



Maestría en Salud Pública
Orientación: Establecimientos y
Servicios de Atención Médica
Director: Profesor Dr. José María Paganini

UNLP INUS

**Impacto de la continuidad
terapéutica de personas con secuelas
de quemaduras en su reinserción a
la productividad**

Autora: Terapeuta Ocupacional Rut C. Leegstra
Director: Dr. Gustavo Marín
Co-directora: Dra. María Cristina Chardon

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis directores de tesis: Dr. Gustavo Marín, Dra. María Cristina Chardón.

A las personas externadas de la UTI del Servicio de Quemados y Cirugía Plástica que han colaborado con el presente estudio.

Al Comité de Docencia e Investigación y al Servicio de Quemados y Cirugía Plástica del HIGA. San Martín por brindarme la posibilidad de realizar la presente tesis.

Al Departamento de Ciencias Sociales de la Universidad Nacional de Quilmes por brindarme su apoyo.

A la Carrera Licenciatura en Terapia Ocupacional de la UNQ, a la directora Lic. María Laura Finauri por su comprensión, estímulo y apoyo.

Al Profesor Dr. Fortunato Benaim, al Dr. Mauro Daroda por transmitirme el conocimiento, amor y entusiasmo en la atención de las personas con quemaduras.

A mis padres que abrieron mi camino
A mis hijos que acompañaron este proceso

A María Fabiana Cacciavillani, apoyo y estímulo incondicional.

A Valeria De la Vega, quien me acompañó en el proceso de investigación.

A Carlota Vega por estimularme particularmente en la elección del tema.

A todos aquéllos que de alguna manera han contribuido a concretar la presente tesis.

ÍNDICE DE CONTENIDO

PORTADA	1
AGRADECIMIENTOS	2
INDICE	3
RESUMEN	5
1.CAPÍTULO I	8
1.1 Abreviaturas	9
1.2 Definiciones	11
1.3 Tema	13
a- Introducción	13
b- Problema	15
c- Estado actual del conocimiento	19
c.1 Quemaduras	19
c.2 Ocupaciones	28
c.3 Quemaduras y productividad	30
2.CAPÍTULO II	
2.1 Objetivo General	36
2.2 Objetivos Particulares	36
2.3 Materiales y métodos	37
Tipo de estudio	37
Ámbito de estudio	37
Instrumento de recolección de datos	38
Población de estudio	38
Criterios de inclusión	38

Criterios e exclusión	38
Período de estudio	39
Unidades de análisis	39
Variables sociodemográficas	39
Variables del proceso mórbido	40
Variables del proceso ocupacional	42
Variables de seguimiento	44
Aspectos éticos	45
CAPÍTULO III	
Resultados	47
CAPÍTULO IV	
4.1 Discusión	89
4.2 Propuestas para la planificación de Políticas en Salud Pública	114
4.3 Dificultades en el estudio	115
4.4 Limitaciones del estudio	117
4.5 Conclusiones	117
4.6 Citas bibliográficas	119
4.7 Anexos	
Anexo I – Datos de H. C.	128
Anexo II- Encuesta	132
Anexo III- Consentimiento informado	137

RESUMEN:

Las quemaduras son un flagelo con inmensas repercusiones en la persona, su familia, la comunidad, el estudio y trabajo. Afecta la salud y el bienestar de aquellas personas que han sufrido graves quemaduras con consecuencias de difícil resolución e incapacitantes. Es un grave problema de Salud Pública al que las autoridades tienen que direccionar sus políticas de promoción, prevención, asistencia, rehabilitación y de reinserción a la comunidad.

180000 muertes al año se producen a nivel mundial por quemaduras, afectando principalmente a los países de ingreso bajo y medio. En Argentina 190000 personas padecen quemaduras al año y mayormente se presentan en el ámbito doméstico, tanto en niños como en adultos.

Estas lesiones afectan con mayor frecuencia a jóvenes en edad productiva. Respecto al género predomina en el sexo masculino aunque se va dando un giro a nivel mundial de predominancia al sexo femenino. Respecto a las causas el fuego ocupa el primer lugar de frecuencia en jóvenes y adultos.

Se ha avanzado y continuamente se profundiza el conocimiento respecto a salvar las vidas de los pacientes quemados y cada vez se logran mejores resultados; también en relación a la rehabilitación física, sin embargo no se ha estudiado lo suficiente respecto a la rehabilitación psíquica y calidad de vida, como tampoco en relación a la reinserción ocupacional.

Los sobrevivientes a quemaduras deberán transitar el complejo y doloroso proceso de reinserción en la comunidad, implicando entre otros, el retorno a la actividad productiva, tema escasamente investigado.

Para este estudio se entiende por productividad a las ocupaciones en las que la persona contribuye de algún modo al mantenimiento de su comunidad económica y social e incluye el trabajo remunerado y no remunerado; dentro de este último las tareas del hogar y el cuidado de otros.

Estudios previos evidencian las dificultades que presentan los pacientes con graves quemaduras para el reintegro al trabajo pago, siendo que en algunos casos no lo logran y en relación a la reinserción a las tareas del hogar y cuidado de otros es aún mayor la vacancia de conocimientos.

Por otra parte también es escasa la producción de conocimiento respecto a los resultados de los tratamientos interdisciplinarios que se realizan por consultorios

externos con este tipo de población y el impacto que produce sobre la reinserción a la comunidad.

El presente estudio está dirigido a determinar el grado de reinserción a las actividades productivas de las personas con quemaduras grados II, III y IV de gravedad de la provincia de Buenos Aires, que egresaron de la internación del Servicio de Quemados y Cirugía Plástica del HIGA San Martín, en los períodos 2009/2010 y 2014/2015 y a analizar el impacto que produce una continuidad del tratamiento interdisciplinario por consultorio externo en términos de dicha productividad.

Se realizó un estudio cuali-cuantitativo, retrospectivo, de corte transversal y descriptivo en su fase inicial y posteriormente analítica.

En la población de estudio se incluyeron todos los pacientes mayores de 15 años que egresaron de la sala UTI o de la terapia intermedia del HIGA San Martín.

Se utilizó como fuente primaria las historias clínicas de todos los pacientes ingresados en la terapia intensiva del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados en los años 2009/2010 y 2014/2015 y el cuaderno de ingresos y egresos del Servicio mencionado. Se realizó encuesta telefónica y entrevistas en profundidad a dos participantes del estudio.

El Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del hospital San Martín, situado en La Plata, es el único Servicio especializado en el tratamiento de las quemaduras de la provincia de Buenos Aires. Cuenta con Terapia Intensiva, Terapia Intermedia y consultorios externos.

El equipo de asistencia durante la internación es interdisciplinario. Cuenta con profesionales dependientes del mismo Servicio y a través del sistema de interconsultas con los de otros Servicios.

Se recabó datos de 182 historias clínicas conformadas por 94 pacientes grupo II de gravedad, 72 grupo III y 16 grupo IV. La población en estudio mostró características de vulnerabilidad socioeconómica, siendo la mayoría trabajadores no registrados o en negro.

Se analizó la adherencia a tipo de tratamiento y grado de seguimiento, en relación al grado de reinserción a la actividad productiva; también se relacionó el grado y tipo de continuidad por consultorios externos con el grado de gravedad de las quemaduras.

Los resultados obtenidos con este estudio abren interrogantes para futuras investigaciones en las cuales se profundicen las consecuencias y el impacto de las

terapias interdisciplinarias en términos de regreso a sus actividades habituales de los grandes quemados una vez que se les otorga el alta hospitalaria e ingresan en seguimiento por consultorios externos de las Unidades de Cirugía Plástica y Quemados.

Palabras clave: quemados, reinserción, interdisciplina, tratamientos

...” tenemos el deber moral de eliminar los obstáculos a la participación y de invertir fondos y conocimientos suficientes para liberar el inmenso potencial de las personas con discapacidad”

Professeur Stephen W Hawking

1. CAPÍTULO I:

En el primer capítulo de la presente tesis, se presenta un glosario de definiciones y abreviaturas, a continuación la introducción, planteo del problema, cerrando con el estado actual del conocimiento. Se citan mayormente datos y trabajos científicos de otros países, y en menor proporción de Argentina, y Provincia de Buenos Aires, dado la escasez de los mismos sobre el tema productividad en personas con quemaduras graves.

La clasificación de las quemaduras, Benaim (1954) por grupos de gravedad en grado I, II ; III y IV se utiliza en el presente estudio dado que a pesar del tiempo transcurrido tiene plena vigencia, utilizándose actualmente en el hospital HIGA San Martín -donde se recabó los datos para la presente tesis- y en Argentina en general.

1.1 Nómina de abreviaturas

AAQ: Asociación Argentina de Quemaduras

AVPP: años de vida potencialmente perdidos

EVS: esperanza de vida sana

SP: Salud Pública

HIGASM: Hospital Interzonal General de Agudos Gral. San Martín

Serv. de CP y Q: Servicio de Cirugía Plástica y Quemados

UTI: Unidad de Terapia Intensiva

TI: Terapia Intermedia

CE: Consultorios externos

TO: Terapia Ocupacional

ABA: American Burns Association

CAOT: Canadian Association of Occupational Therapist

OCDE: Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico.

OIT: Organización Internacional del Trabajo

PNUD: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

CEPAL: Comisión Económica para América Latina y el Caribe

INDEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos

SCTQ: superficie corporal total quemada.

MMSS: miembros superiores

MMII: miembros inferiores

E: encuestados

RTR: retorno al trabajo rentado

RTNR: retorno al trabajo no rentado

UPA: Unidad de pronta atención

AAVPPP: años acumulados de vida productiva potencial perdidos

ART: aseguradora de riesgo de trabajo.

1.2 Definiciones:

Las **quemaduras** son lesiones producidas en los tejidos vivos por la acción de diversos agentes físicos, químicos o biológicos que provocan alteraciones, las cuales varían desde un simple enrojecimiento hasta la destrucción total de las estructuras afectadas. Benaim (1968).

Localizaciones especiales, Benaim (1991) la define como “aquellos sectores corporales en los cuales las secuelas tienen mayor importancia funcional y/o estética”.

Productividad: ocupaciones en las que la persona contribuye de algún modo al mantenimiento de su comunidad económica y social”; incluye el trabajo remunerado y no remunerado, dentro de este último las tareas del hogar y cuidado de otros.

Empleo formal: (también denominado trabajo “en blanco”) es aquél que se encuentra formalizado mediante la celebración de un contrato de trabajo entre el trabajador y el empleador, y que se ajusta a los requerimientos de ley como el pago de impuestos, seguridad social, prestaciones, entre otros.

Empleo informal: (también denominado trabajo “en negro” para esta tesis) incluye todo trabajo remunerado, tanto autoempleo como empleo asalariado que no está registrado, regulado o protegido por marcos legales normativos, así como también trabajo no remunerado llevado a cabo en una empresa generadora de ingresos.

Discapacidad: La discapacidad es toda limitación en la actividad y restricción en la participación, originada en la interacción entre la persona con una condición de salud y los factores contextuales (entorno físico, humano, actitudinal y sociopolítico), para

desenvolverse en su vida cotidiana, dentro de su entorno físico y social, según su sexo y edad.

Limitaciones de la actividad: dificultades que un individuo puede tener en el desempeño/realización de actividades OMS, 2001

Restricciones de la participación: problemas que un individuo puede experimentar al involucrarse en situaciones vitales.

Participación ocupacional, “se refiere a la participación en actividades cotidianas, laborales o recreativas que forman parte del contexto sociocultural de la persona y las cuales son deseadas o necesarias para su propio bienestar.” (Gary Kielhofner, 2011)

Los **factores contextuales** (entorno físico y social) son el medio en el que se desempeña el individuo; por ejemplo, en la comunidad, en la escuela, en el trabajo, entre otros, y en relación a pautas culturales conocidas y compartidas (OMS, 2001).

Violencia: el uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza, contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones. OMS, 2003.

Cuidado: es un sistema de actividad construido en las diferentes culturas, que responde a procesos socio-históricos determinados. El sistema está destinado a sostener, conservar, promocionar la vida y la calidad de vida de las personas. (Chardón, 2011)

1.3 Tema

a. Introducción

Cada año, las quemaduras ocasionan aproximadamente 180000 muertes al año, que en su gran mayoría tienen lugar en los países de ingreso bajo y mediano (OMS, 2018)¹. En Argentina, se considera que sufren quemaduras 190000 personas al año, siendo que los adultos representan el 60% del total y la tasa de mortalidad oscila del 18 al 20% (AAQ, 2018)². En los pacientes que logran sobrevivir será altamente frecuente el desenlace a algún grado de discapacidad, (OMS,2014)³ “las lesiones debidas a la violencia, los accidentes de tráfico, las quemaduras, las caídas y los ahogamientos son la causa del 10 % de las muertes y el 16 % de las discapacidades que se producen cada año³. En Argentina (2015) las quemaduras se encuentran registradas en el sistema estadístico dentro de la categoría “causas externas” y ocupan el cuarto lugar de mortalidad específica por causas, luego de las enfermedades cardiovasculares, tumorales e infecciosas e incluyen los accidentes de tráfico de vehículo de motor, otros accidentes de transporte, inclusive secuelas, accidentes no especificados, otras causas externas de traumatismos accidentales, inclusive secuelas, suicidios inclusive secuelas, agresiones inclusive secuelas, eventos de intención no determinada, inclusive secuelas, complicaciones de la atención médica y quirúrgica, ahogamiento y sumersión accidentales y las demás causas externas⁴. En el año 2005 hubo 19419 muertes por causas externas en Argentina de las cuales 3782 ocurrieron en el rango de 15 a 24 años. La tasa de mortalidad ajustada por edad según grupos de causas (por 100.000 habitantes) fue de 44,32 para las causas externas en el país y 41,05 en la provincia de Buenos Aires⁴.

El registro de AVPP discriminado por causas - 0 a 70 por cada 10000 habitantes - es de 199,12 en los varones y 46,10 en las mujeres en la provincia de Buenos Aires (2015)⁴; éste es un indicador relevante en el tema de las quemaduras ya que la mayoría de los afectados son personas jóvenes y mide la sumatoria de los años de vida prematuramente perdidos; otro indicador que ha comenzado a utilizarse en los últimos años es el EVS, indicador de calidad de vida; mide los años promedio de vida con buena salud que esperaría vivir un individuo en una población, momento y edad

determinada, si se mantuvieran constantes las tasas de mortalidad y prevalencia de enfermedades crónicas, limitaciones permanentes o discapacidades por edad observadas en esa población. Sólo se registra a nivel nacional, siendo para el año 2005 de 63 en varones y 68 en mujeres ⁵.

El reporte de numerosas investigaciones ha demostrado la predominancia masculina de las quemaduras, así la American Burn Association en su reporte anual (2014) indica que casi el 69% de los pacientes quemados son de género masculino y la media para todos los casos fue de 32 años de edad ⁶, sin embargo en el último informe de la OMS (2018) muestra un cambio respecto al género: “según los datos más recientes, las tasas de muerte por quemaduras es ligeramente mayor en mujeres que en hombres. Esto contrasta con el patrón común de lesiones, según el cual las tasas de lesiones tienden a ser más elevadas entre los hombres que entre las mujeres” ¹. Según cada región, el nivel socio-económico y la actividad que cada persona desarrolla, variará la predominancia de quemaduras por género; así en quemaduras eléctricas se observa la predominancia de lesiones en hombres trabajadores; Noble ⁷ (2006) en su estudio Quality of life and return to work following electrical burns, reporta que el 96% de los encuestados son masculinos;

El giro de predominancia por género que reporta la OMS en el año 2018 se produce debido a que “las mujeres están más expuestas al riesgo asociado con la cocina al aire libre o con el uso de cocinas peligrosas que pueden comprometer la ropa. Las llamas abiertas que se utilizan como calefacción y para iluminar también conllevan riesgos; la violencia auto infligida o interpersonal es otro de los factores” “aunque no se estudia lo suficiente” ¹

Respecto al lugar en que ocurren con mayor frecuencia las quemaduras es en el ámbito doméstico y laboral ¹

Horacio Barragán (2010) ⁸ plantea el tema de las quemaduras como problema urgente de atender desde la Salud Pública a fin de dar respuestas desde el sistema de atención de la salud de una manera holística e integral y destaca que este problema “es a nivel de diferentes países”, es decir a nivel mundial, de mayor magnitud en determinadas regiones y menor en otras. Las quemaduras no ocurren por azar, son prevenibles, por ello un gran desafío para los que tienen el poder de decisión es planificar y fortalecer las campañas de prevención, en primer lugar y organizar la asistencia integral para quienes ha fallado la prevención en segunda instancia. Para todo ello se debe tener presente que el riesgo de sufrir quemaduras guarda correlación con la posición socio-

económica; además “las lesiones por quemaduras no fatales son una de las principales causas de morbilidad, que incluye hospitalización prolongada, desfiguración y discapacidad, lo que suele generar estigmatización y rechazo” ³. El 30% de supervivientes a quemaduras presentan dificultades psicológicas, sociales o de ambas pudiendo ser moderadas o graves ⁹, por tanto no se puede pensar la problemática de los sobrevivientes a quemaduras únicamente desde la posible secuela físico-funcional y focalizada únicamente en la persona afectada. El paciente y su familia atraviesan un proceso complejo y doloroso que comienza con el incidente, sigue con arduos tratamientos y continúa con la dificultosa reinserción en la sociedad; frente a esta problemática compleja ¿se considera desde el sistema de salud dar respuesta tanto a la persona afectada por las lesiones por quemaduras como a su familia? ¿se incluye la problemática comunitaria y de reinserción ocupacional?

Actualmente la comunidad científica en el tema de las quemaduras sostiene que el tratamiento debe continuar luego del alta de internación, dado que aún muchos años después del evento, estas personas presentan dificultades para su reinserción social y laboral, así por ej. Jason Noble, et al concluyen en que “*el tratamiento de estos pacientes no termina con la cicatrización de las heridas, sino que va mucho más allá de ello*” ⁷. Estas personas requieren un fuerte soporte de la familia y del equipo de salud para la acomodación a su nueva vida por lo que el modelo de tratamiento debe ser interdisciplinario y trabajar desde un comienzo de manera holística, considerando que la problemática es un tema de Salud Pública que comienza con la prevención o en su defecto con el evento por quemaduras y termina con la reinserción familiar, ocupacional y comunitaria.

b. Problema

La asistencia de las personas afectadas por quemaduras graves se ha centrado en un primer momento fundamentalmente en “salvar la vida”. Posteriormente, se comenzó a hacer intervenciones a fin de mejorar las secuelas funcionales y estéticas que sufrían estos pacientes. A medida que se avanzaba científicamente, los logros iban siendo más exitosos, con la aplicación de nuevas técnicas. Sin embargo, no se profundizó en la calidad de vida ni sobre la productividad de estas personas luego de la externación, aunque sí fue surgiendo el interrogante continuo acerca de los

tratamientos que se debían impartir y si los existentes eran suficientes. Martha Druery, et al ¹⁰, reporta que *“mucho se está haciendo para avanzar en el conocimiento en el campo del cuidado clínico, pero ha habido una escasez en investigación que explore los resultados psicosociales”*. Los sobrevivientes a quemaduras graves deben enfrentar la externación que implica la reinserción familiar, social y laboral, con un cuerpo y una psiquis que han sufrido transformaciones considerables. Si bien cuando estas personas están internadas preguntan cuándo tendrán el alta, es habitual observar conductas dubitativas al momento de concretarse, acerca de si es conveniente el alta inminente o quedarse un tiempo más. Muestran temor e inquietud ante la posible salida del hospital. Estar nuevamente en la comunidad les implica enfrentar la complejidad de temas a resolver, como posible pérdida de empleo, no poder continuar en el mismo puesto de trabajo, o no poder cuidar a las personas que tenían a su *cuidado*. Algunos de ellos son el sostén de la familia presentándose así un complejo problema económico; los gastos se les incrementan; muchos tienen que enfrentar erogaciones por el siniestro, como pérdida de la vivienda y/o todo tipo de pertenencias, pago de tratamientos propios o de familiares que también se han quemado en el evento, etcétera.

Las personas con quemaduras graves presentan restricciones ocupacionales en su etapa de internación; no obstante, van logrando en forma gradual y dificultosa la participación ocupacional. Para ello, reciben asistencia tanto en el período agudo, como en el siguiente a la externación, desde diferentes disciplinas que conforman el equipo de salud. La participación ocupacional se refiere a *“la participación en actividades cotidianas, laborales o recreativas que forman parte del contexto sociocultural de la persona y las cuales son deseadas o necesarias para su propio bienestar.”* ¹¹.

Cuando los sobrevivientes a quemaduras son externados continúan con los tratamientos por consultorios externos y, al mismo tiempo, deben reintegrarse progresivamente a sus actividades. Teniendo en cuenta los datos demográficos el grupo etario más afectado por quemaduras es población joven, por lo cual un área ocupacional directamente afectada será la productividad. En Estados Unidos, se investigó en relación al tema reportando que es frecuente que las lesiones por quemaduras determine una reducción al menos temporal en la actividad profesional, de forma que un 50 a 60% de los pacientes tienen que cambiar su situación laboral luego del evento ⁹. En otra investigación de autores suizos, los resultados arrojaron

que el 31% de los pacientes externados no retornó al trabajo ¹², coincidiendo con estudios de otros países aunque con algunas diferencias de porcentaje ^{7 13 14}; además, un dato relevante que arrojó dicho estudio es que aquellos pacientes externados que no lograron trabajar tuvieron una baja calidad de vida. No obstante, la mayoría de los trabajos científicos se refieren únicamente al retorno al trabajo pago. No se ha medido el retorno al trabajo no rentado como tareas del hogar, cuidado de personas, voluntariados, etcétera, actividades en que las personas también contribuyen al mantenimiento de su comunidad económica y social.

En la provincia de Buenos Aires, se desconoce el impacto del tratamiento actual recibido por consultorios externos en la participación ocupacional de las personas externadas en actividades de productividad. Hay un solo efector de salud especializado en quemaduras en la provincia citada anteriormente, el Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del HIGASM, sito en la ciudad de La Plata, ubicado en zona sanitaria XI. El mismo es hospital escuela de referencia provincial para la patología aguda y crónica de alta complejidad en adultos con desarrollo en emergencias y trauma, trasplantes, oncología y servicios clínicos quirúrgicos y de diagnóstico especializados.

Allí se asisten pacientes con diagnóstico quemaduras, a partir de los 15 años de edad. Está organizado con una UTI especializada con 5 camas, una Unidad de CI y CE (al momento del inicio de la presente tesis y al finalizar el pabellón se encontraba en proceso de remodelación). El equipo de salud del Serv. de CP y Q. está conformado por médicos intensivistas, cirujanos plásticos, terapistas ocupacionales, kinesiólogos, enfermeros, trabajadores sociales en forma permanente. Además mediante el sistema de interconsultas brindan atención profesionales de otros servicios, entre ellos psiquiatras y psicólogos, infectólogos, nutricionistas, etcétera.

Aunque son varias las disciplinas que intervienen en la asistencia del paciente quemado grave, no siempre el trabajo es interdisciplinario. Cuando el paciente se externa, continúa con un seguimiento médico realizado por cirujanos plásticos y profesionales de T.O., en forma sistemática. Si bien pueden tener algún seguimiento de otras disciplinas, el mismo no está sistematizado y no todos reciben los tratamientos necesarios. Ello es debido a diferentes problemáticas que se presentan tanto a nivel organizativo del hospital como del sistema de atención de la salud en la

provincia de Buenos Aires, además de las particulares de cada paciente. Muchos externados viven en otra localidad o bien en el interior de la provincia. En este último caso, se realiza la derivación a su lugar de origen orientándolo para que acceda a los servicios que necesita y, a su vez, continúe en forma simultánea el control o intervenciones en el Serv. de CP y Q del HIGASM. Los tratamientos no están planificados en forma integral e interdisciplinaria pero sí hay una articulación entre los distintos profesionales que intervienen en la atención.

La reinserción a la actividad productiva de las personas sobrevivientes a quemaduras graves es entonces un tema en el que no se ha profundizado en Argentina y que en la presente investigación se propone hacerlo en la provincia de Buenos Aires. Por tanto, se describe y analiza la participación de los sobrevivientes a quemaduras, egresados del HIGASM, en actividades de productividad y se relaciona con el tipo y grado de seguimiento desde el sistema de salud. Se comparará a aquellas personas que han tenido un seguimiento adecuado luego de su egreso hospitalario, respecto a aquéllas que no han recibido dicha atención, a fin de conocer el impacto que tiene la continuidad terapéutica por consultorios externos en su posterior reinserción de los pacientes en relación a la productividad y de esta manera poder contribuir al conocimiento para ser utilizado en la planificación de estrategias de atención de la salud que apunten a brindar asistencia en forma integral y coordinada durante la externación de las personas que han sobrevivido al evento por quemaduras y así aportar a una mejor calidad de vida de estos individuos.

Así surge la pregunta: ¿cómo impacta el tratamiento que se imparte en el Serv. de CP y Q del HIGA San Martín, en los sobrevivientes a quemaduras -grados II, III y IV de gravedad- en la participación ocupacional en actividades productivas, después de la internación?. Respondiendo a esta pregunta, se proyecta el presente estudio sosteniendo como hipótesis que la continuidad terapéutica luego del alta de internación de las personas afectadas por quemaduras graves impactará en la reinserción a actividades productivas.

c. Estado actual del conocimiento

Se presenta en este ítem, el estado actual del conocimiento en relación a las quemaduras (1), luego acerca del concepto de las ocupaciones (2), para finalmente cerrar con Quemaduras y la ocupación productividad (3).

c. 1 Quemaduras

Este tipo de lesión afecta a todas las poblaciones aunque en mayor medida a las de condiciones socioeconómicas bajas. Las quemaduras ocurren en forma previsible, siendo posible evitarlas. Así los países desarrollados han logrado reducir las muertes por quemaduras, siendo que en los de ingresos medio y bajos aún falta mucho por lograr. En India, más de un millón de personas sufren quemaduras moderadas o graves cada año, en Bangladesh casi 173000 niños sufren quemaduras moderadas o graves cada año, en países desarrollados como Estados Unidos en el año 2008 se produjeron más de 401 lesiones por quemaduras (OMS 2018) ¹.

El tema de las quemaduras es un problema complejo de resolver para la SP y requiere urgente planificación de medidas a implementar desde el sistema de salud; el impacto económico es un factor importante a analizar. En el año 2000 los costos directos de la atención de los niños con quemaduras de USA superaron los US\$ 211 millones; en Noruega los costos de la gestión hospitalaria por quemaduras superaron los 10,5 millones de Euros (2007). También se deben considerar los costos indirectos, como pérdida de salarios y discapacidad ¹.

La OMS (2008) reportó que los Servicios de atención para las quemaduras son inadecuados en muchos países de ingresos bajos y medios, incluida la atención en período agudo y de rehabilitación y recuperación a largo plazo ¹⁵.

Como en otros temas de Salud Pública la inequidad se hace presente. En los países de ingresos altos se brinda un tipo de atención por quemaduras que está fuera del alcance de la gran mayoría de los países pobres. Pacientes que logran sobrevivir en países de ingresos altos tienen altas probabilidades de morir en los de ingresos bajos.

Además las lesiones por quemaduras en las extremidades aunque presenten un bajo porcentaje de superficie corporal total quemada pueden desarrollar con mayor frecuencia contracturas en personas que viven en los países pobres; éstas podrían evitarse con métodos de rehabilitación y/o cirugías.

Otra cuestión de importancia que ha planteado la OMS y que en Argentina no se ha desarrollado aún respecto a la problemática de las quemaduras graves son las redes de apoyo; el sostén que aporta el grupo de pares está desarrollado en los países de altos ingresos y casi totalmente ausentes en los de ingresos bajos y medios.

Para comprender el tema de las quemaduras, es necesario esclarecer algunas especificidades de estas lesiones, entre ellas las causas, profundidad (tipo de quemaduras), extensión de la superficie corporal quemada, gravedad de las lesiones, y localizaciones especiales.

Hay diferentes clasificaciones para establecer el nivel de **profundidad** de la lesión; entre ellas la clasificación Benaim ¹⁶, ABA (American Burns Association) y Converse-Smith ¹⁷. Actualmente en Argentina se utiliza la clasificación del Dr. Benaim, (1952) por medio de la cual se las categoriza en quemaduras tipo A, AB y B.

Quemaduras **tipo A**: afecta solamente la dermis. Incluye las quemaduras tipo A superficial, que se presenta con enrojecimiento de la piel (eritema) y la quemadura tipo A flictenular donde puede estar comprometida la membrana basal y se presenta con flictenas; no requieren injerto. Curan espontáneamente en 7 días, sin dejar secuelas.

Quemaduras **tipo AB** o quemaduras intermedias o dudosas comprometen la dermis, pudiendo destruirla, profundizarse y requerir injerto o evolucionar con regeneración a partir de los restos epidérmicos de las faneras. Habitualmente producen secuelas estéticas y/o funcionales.

Quemaduras **tipo B**: la lesión se extiende hasta la hipodermis con lesión de todas las capas de la piel y requieren escarectomía precoz e injerto o colgajos.

Es necesario medir la **extensión de las quemaduras** tanto para la evaluación como para la implementación de tratamientos, siendo muy útil el dato también para realizar los estudios científicos. Se calcula en porcentajes de superficie corporal

quemada y cuanto mayor es la misma peor es el pronóstico. No obstante en el caso de los adultos mayores de 70 años quemados presentan riesgo de muerte independientemente de la extensión.

En la actualidad se utilizan diferentes tipos de medición y registro; para los sobrevivientes del presente estudio se utiliza la regla de los 9 y la superficie de la mano¹⁸.

La regla de Wallace¹⁷ (regla de los 9) aplicable a adultos, asigna a los distintos segmentos corporales un valor de 9% o sus múltiplos, y 1% a los genitales.

Cabeza y cuello: 9%

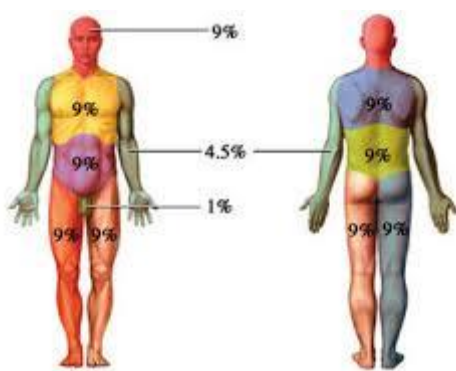
Tronco anterior 18% (Torax 9% y abdomen 9%)

Tronco posterior 18% (parte alta espalda 9% y baja 9%)

Miembros inferiores 18% (cada uno)

Miembros superiores 9% (cada uno)

Región genital 1%



Regla de Wallace. Guías clínicas Auge. Gran Quemados. bilbiotecaminsal.cl

Otra medición que se utiliza es la regla de la palma de la mano: la cara palmar de la mano del paciente representa el 1% de la superficie corporal. Es útil en quemaduras de superficie y distribución irregular.

En cuanto al **nivel de gravedad** en Argentina se utiliza actualmente la clasificación de las quemaduras que fue desarrollada por el Dr. Benaim¹⁹ en el año

1956, en la cual combinando la extensión y profundidad las categorizó en *grupos de gravedad*, siendo el grupo I leve, el II moderadas, III graves y IV críticas ¹⁶; Tabla N° 1

Las lesiones por quemaduras se clasifican según sus **causas** en:

Quemaduras **térmicas**, son las más frecuentes y se clasifican según el mecanismo de producción en

- *Quemaduras por contacto*: son causadas por contacto con un material sólido caliente - generalmente son profundas- o con un líquido caliente, siendo la causa actual más frecuente en niños.
- *Quemaduras por fuego directo*: generalmente son de mayor profundidad, de variada extensión y se asocian con lesión por inhalación cuando el espacio en que se produce es cerrado; es la causa actual más frecuente en adultos.
- *Quemaduras por radiación*: se produce por exposición a los rayos ultravioleta y por radiaciones ionizantes.
- *Quemaduras por frío*: se producen cuando existe exposición de la piel y los tejidos a bajas temperaturas durante un tiempo prolongado.

Quemaduras **químicas**: en la provincia de Buenos Aires no son tan frecuentes; producen lesiones generalmente de tipo intermedio (AB) y limitadas. La gravedad depende del agente, su concentración, volumen y duración del contacto ¹⁷.

Quemaduras **biológicas**: pueden ser producidas por productos de origen vegetal o animal siendo también poco frecuentes.

Quemaduras **eléctricas**: son lesiones infrecuentes, generalmente se producen en contexto de trabajo y suelen ser catastróficas.

GRUPOS DE GRAVEDAD BENAİM (12 a 60 años)

PROFUNDIDAD DE LAS Q.	GRUPOS DE GRAVEDAD			
	GRUPO I LEVE	GRUPO II MODERAD	GRUPO III GRAVE	GRUPO IV CRÍTICO
A SUPERFICIAL	HASTA 10%	11 A 30%	31 A 60%	MÁS DE 60%
AB INTERMEDIAS	HASTA 5%	6 A 15%	16 A 45%	MÁS DE 45%
B PROFUNDAS	HASTA 1%	2 A 5%	6 A 30%	MÁS DE 30%

Tabla N° 1. Diagnóstico de gravedad de las quemaduras de acuerdo con su extensión y profundidad (Benaim, 1956), realizada por la autora de la tesis, basado en cuadro publicado por Benaim, 2000 ¹⁹

En un estudio previo acerca de quemaduras eléctricas, calidad de vida y retorno al trabajo, las lesiones fueron asociadas con dificultad significativa para el retorno al trabajo, sólo el 23% de los sobrevivientes fueron capaces de reintegrarse al trabajo pago anterior, mientras que el 32% no volvió a trabajar en absoluto; los restantes volvieron a su trabajo anterior pero con modificaciones en sus tareas o realizando actividades completamente nuevas ⁷.

Las lesiones por quemaduras a causa del fuego directo se han asociado a las dificultades en la reinserción a las actividades de productividad; también las quemaduras producidas por otras causas como químicas o líquidos calientes dificultan el reintegro al trabajo, sin embargo son menos frecuentes que el fuego directo.

Localización: según la zona de localización de las quemaduras variarán las secuelas que se puedan presentar, requiriendo particular atención la cara, el cuello, las manos, pies, genitales, zona perianal y todas las zonas de flexión, denominadas localizaciones especiales. En un estudio realizado en Colombia, se encontró que cuando la población presentaba quemaduras graves en zonas corporales como cara y

tórax la calidad de vida se veía severamente afectada ²⁰.

Las quemaduras **faciales** se consideran quemaduras de zonas especiales por las secuelas estéticas y funcionales que presentan como así también por el riesgo de inhalación en el accidente, provocando una mayor gravedad y peor pronóstico. La lesión tisular y el edema producen deformidad duradera y permanente; las cicatrices deformantes son causa de graves secuelas psicológicas, además de los trastornos funcionales que provocan ²¹. Al retornar a la sociedad muchos sobrevivientes con esta localización de sus quemaduras viven en reclusión, habiendo un elevado riesgo de suicidio. Las cirugías reconstructivas tienen resultados limitados. En los últimos años se ha comenzado a realizar trasplante facial, usando tejidos de otro paciente, con resultados alentadores como alternativa terapéutica para sobrevivientes a quemaduras con desfiguración facial catastrófica, aunque hasta el presente hay escasa experiencia, pudiendo citar la de algunos países como Francia, USA, China y España ²².

La localización de las lesiones por quemaduras en **manos** - zona donde más comúnmente se presentan las quemaduras ²³ - merece ser destacada dado que reviste una complejidad específica siendo más frecuente las quemaduras de dorso y menos las palmares. La función de la mano depende de múltiples factores como estabilidad, movilidad, sensibilidad, destreza, fuerza y coordinación. *“Es el único apéndice que actúa fuera de un círculo de 60 cm alrededor del eje central del cuerpo”* ²⁴.

Además de los tratamientos médicos y quirúrgicos impartidos a las personas con quemaduras de mano, es fundamental el tratamiento kinésico y de terapia ocupacional, uso de férulas, equipamiento y tratamiento compresivo para lograr la menor secuela posible ya que son frecuentes las deformidades.

Las quemaduras palmares son de más difícil resolución por las retracciones que ocasiona según el grado de profundidad ²⁵.

Respecto al **género** si bien se mantiene la predominancia masculina en países desarrollados, hubo un cambio a nivel mundial reportado por la OMS (2018) ¹ - como se ha mencionado anteriormente- evidenciando una mayor frecuencia femenina en la actualidad, por la representación de países de nivel económico bajo y medio donde en las mujeres persiste el rol asignado social y culturalmente a las tareas domésticas; también incide en la predominancia femenina el aumento de agresiones, auto y hetero-agresión aunque aún faltan datos que lo sustenten. Un

estudio realizado en Cuba sobre autoagresión, evidencia que el género femenino fue el más afectado en todos los grupos de edades, concentrándose en el rango etario de 15 a 24 años, siendo la cocina, el lugar donde se desarrolla la autoagresión en un 63,2% de los casos ²⁶. En Argentina la Dra. Lorenz ²⁷ señaló que *“en el caso de las mujeres, son altos los porcentajes de quemaduras por intento de suicidio: se rocían con alcohol. Son mujeres con una inestabilidad emocional que las lleva a asumir esta manera de morir”*

La violencia de género es un flagelo en la actualidad, *“el hombre que usa el fuego como medio para agredir a una mujer, tiene además el objetivo de destruir su cuerpo, provocarle una discapacidad física, una discapacidad social y lesiones psicológicas de gran impacto que en muchos casos no tiene recuperación, en caso que sobreviva al ataque”* ²⁸.

Hay escasez de datos disponibles en Argentina en relación a las auto agresiones y hetero agresiones en mujeres; en los hospitales se registra la información que brinda el paciente o el familiar que acompaña no siendo siempre un dato fidedigno, recién cuando se expide la justicia se obtiene el dato confiable.

Tratamiento actual: los criterios de internación que se utilizan en el Serv. de CP y Q del HIGASM como prioritarios son ¹⁸:

Edad: más de 65 años

Embarazo

Compromiso de vías aéreas

Intoxicación por monóxido de carbono

Quemaduras en localizaciones especiales: cara, manos y pies, periné, genitales, zonas de pliegues de flexo-extensión

Quemaduras eléctricas

Traumatismos asociados con o sin fractura expuesta: cráneo.encefálicos, de tórax abierto o cerrado, con ruptura de víscera hueca o maciza

Enfermedades previas: epilepsia, desnutrición, diabetes, hipo e hipertiroidismo severo, cardiopatía y valvulopatías, afecciones broncopulmonares severas, úlcera o gastritis erosiva, cáncer, IRA, IRC, enfermedades inmunodepresoras, SIDA.

Habitat socioeconómico desfavorable

En las UTI especializadas en quemaduras, el trabajo es interdisciplinario contando con varias especialidades médicas que intervienen y otras profesiones de la salud; según los expertos no podría abordarse esta problemática compleja si así no fuera ^{29 30}. Bolgiani ³¹ plantea que *“es un error intentar tratar un paciente quemado grupo III o IV de gravedad sin tener infraestructura adecuada y sin tener un equipo interdisciplinario”*.

Muchos pacientes graves requieren sedación y algunos no, no obstante cuando están conscientes tienen que tolerar una serie de tratamientos diarios que contribuyen a salvarles la vida y tener la menor cantidad de secuelas posibles; entre ellos, reiteradas cirugías, curaciones cruentas y dolorosas e impresionantes para quien las padece, prácticas continuas de enfermería, ejercicios, uso de férulas y elementos compresivos que ofrecen cuidado a sus articulaciones y segmentos corporales pero también producen incomodidad ^{30 32}.

Además, como se ha mencionado anteriormente, el tratamiento no termina con el alta de internación, sino que en ese momento comienza un nuevo proceso de abordajes múltiples que también si bien van a contribuir a una mejor calidad de vida posterior, es de difícil atravesamiento por parte de los sobrevivientes a quemaduras y sus familias. Generalmente tendrán más de una cirugía reconstructiva y se continuará en muchas ocasiones con el uso de férulas y fundamentalmente tratamiento compresivo.

La presoterapia sigue siendo una técnica de elección a fin de mejorar las cicatrices retráctiles e hipertróficas ^{17 31}; fue desarrollada por Larson en 1971, aunque ya se observó sus efectos en el siglo XVI ³¹. *“La presión reduce la síntesis de colágeno a través de diversos mecanismos por ejemplo mediante una reducción de la perfusión vascular y de nutrientes de la cicatriz. También se cree que la PT reduce el entorno inflamatorio en el interior de la cicatriz eritematosa prurítica inmadura”* ³³ Existen distintos elementos compresivos para tal fin, entre ellos las prendas compresivas, vendas elásticas, coban, neoprene, etcétera. En Argentina y particularmente en la provincia de Bs. As. es un tratamiento complejo de instrumentar; los costos son elevados y se presentan dificultades para la provisión a los pacientes, no obstante es una técnica que se utiliza en el hospital San Martín, utilizando los elementos compresivos al menor costo posible.

Los sobrevivientes a quemaduras manifiestan malestar, incomodidad y disminución en su calidad de vida por el uso de los elementos compresivos, no obstante la mayoría de los especialistas siguen implementando esta técnica, por los resultados funcionales y estéticos que parecen lograrse y además, por no ser una técnica invasiva²⁹; la mayor cantidad de quejas son manifestadas en época de calor y según Gollop A.³² en general las prendas compresivas son bien toleradas.

La mayoría de los autores señalan los efectos beneficiosos del tratamiento compresivo^{30 32 34} sin embargo Anzurat et al³⁵ han arribado a la conclusión que no hay diferencia a largo plazo entre los sobrevivientes que hicieron el tratamiento y los que no, reportando que el tratamiento compresivo *aunque puede disminuir la altura de la cicatriz no se asocia a modificaciones significativas de las puntuaciones globales de cicatrización.*

Otro aspecto importante que afecta la calidad de vida y la participación ocupacional de las personas con quemaduras severas es el dolor; está presente tanto en el período en que el paciente está internado en la terapia intensiva como luego en la externación. Los sobrevivientes a quemaduras soportan distintos niveles de dolor, muy intensos en algunos períodos y persistentes a largo plazo; se utilizan tratamientos farmacológicos y no farmacológicos, éstos últimos incluyen tratamientos psicoterapéuticos como así también estrategias implementadas por terapeutas físicos y ocupacionales. La literatura da cuenta de los progresivos avances significativos para el tratamiento del dolor, aunque no suficientes^{36 37}.

Un problema grave que presentan las personas con quemaduras severas es el prurito. Hay escasos estudios sobre el tema siendo que es un serio problema para la calidad de vida de estas personas incluyendo la participación en actividades productivas; cuando es intenso las personas no pueden prestar atención a otra cosa. Hay algunas evaluaciones para determinar la intensidad del prurito; una que se utiliza con adultos consiste en que califiquen del 0 al 10, representando el 0 sin picazón y 10 el máximo de picazón. Para los niños se desarrolló hace relativamente poco tiempo en USA un instrumento de medición llamado el hombre del picor, creado por Blakeney y Marvin (2000)³⁸ donde el niño marca con puntos en un dibujo de monigotes, teniendo 5 alternativas desde 0: sin picazón hasta 4: que corresponde a: la picazón es terrible, no puede quedarse quieto ni concentrarse.

Seguimiento: Las quemaduras irrumpen en la vida de los sujetos modificándose para siempre, cada uno encontrará las estrategias para sobrevivir; para ello es necesario brindar un abordaje interdisciplinario, desde un modelo biopsicosocial de la salud, donde se lo acompañe desde el alta de internación hasta la reinserción plena en la comunidad.

La literatura continúa poniendo énfasis en la necesidad e importancia de la continuidad terapéutica una vez externados los sobrevivientes a quemaduras y se promueve un seguimiento al menos de dos años por consultorios externos, como así también se destaca el tipo de tratamientos necesarios de implementar^{9 17 29 38}.

La incomodidad que deben soportar los sobrevivientes a quemaduras a causa de los múltiples tratamientos es agobiante para el paciente y su familia o cuidadores. El equipo de salud debe evaluar este factor dado que en no pocos casos se presenta el abandono de tratamiento.

c.2 Ocupaciones

La ocupación ha sido definida como la actividad que las personas realizan en su vida diaria para ocupar su tiempo y dar sentido a la vida³⁹, y se ha categorizado desde la disciplina Terapia Ocupacional con distintas clasificaciones según el país de su elaboración a fin de organizarlas para su estudio y aplicación práctica. La American Occupational Therapy Association, en la Terminología Uniforme (1994) plantea que las ocupaciones pueden clasificarse en tres áreas de desempeño ocupacional: actividad de la vida diaria, trabajo y actividades productivas, y juego y ocio⁴⁰, mientras que la Canadian Association of Occupational Therapist (1997) las divide en tres categorías: autocuidado, productividad y ocio⁴¹. El cuidado personal se definió como *“aquellas ocupaciones dedicadas a cuidar de uno mismo”* incluyen todas las actividades necesarias para el cuidado personal y la autogestión; en tanto la productividad como *“aquellas ocupaciones que contribuyen social o económicamente o que sirven como sustento económico”* -incluyen las actividades con recompensa económica o sin ella, mientras que el ocio comprende *“aquellas ocupaciones que se llevan a cabo por placer”*⁴¹.

Para esta investigación se utilizó la clasificación de la Canadian Association of Occupational Therapist, 1997: autocuidado, productividad y ocio.

El presente estudio focalizó en una de esas categorías “*productividad*” que comprende al trabajo remunerado y no remunerado, incluyéndose dentro de este último a las tareas del hogar y cuidado de otros.

El concepto de productividad de la CAOT, 1997, no difiere demasiado de otras conceptualizaciones, Trujillo, et al ⁴² (1991), en Colombia, la ha definido como “maestría de conocimientos, habilidades y destrezas que permite a la persona cumplir tareas de utilidad individual o social, en el tiempo previsto para su realización y con una inversión racional de energía humana y física. También la productividad como actividad humana ha sido definida desde diversas disciplinas como la sociología, psicología, economía, entre otras.

El trabajo remunerado comprende el trabajo formal y el informal. Hay varias denominaciones para el trabajo informal: trabajo en negro o no registrado, trabajo precario y trabajo ilícito no habiendo un consenso en los conceptos. Esto dificulta la formulación de políticas públicas “*El trabajo informal puede o no ser precario y estar o no registrado, pero esas características son ajenas a su carácter de informal, pues hacen referencia a las modalidades de la relación salarial*” ⁴³.

Los trabajadores informales no cuentan con contratos de empleo seguros, prestaciones laborales, protección social o representación de los trabajadores.

Para la presente tesis se toma el concepto de trabajo informal como sinónimo de trabajo en negro, que incluye todo trabajo remunerado, tanto autoempleo como empleo asalariado que no está registrado, regulado o protegido por marcos legales normativos, así como también trabajo no remunerado llevado a cabo en una empresa generadora de ingresos. Según la OCDE ⁴⁴ el trabajo en negro o no registrado es “aquel que sin ser ilícito en sí mismo no está declarado a una o varias autoridades que deberían tener conocimiento de él y por este hecho, se sustrae a la reglamentación o a los impuestos, o lleva a una reducción de las prestaciones de la seguridad social”

Interesa para este estudio la precarización laboral en la provincia de Buenos Aires ya que como presenta el informe del Ministerio de Trabajo ⁴³ “*un trabajador no registrado gana 40% menos que otro contratado de acuerdo a las normas legales y previsionales vigentes*”; además “*la precarización significa una mayor subordinación y dependencia*”, y lo hace víctima de mayor explotación, llevando a la exclusión social; además como se ha mencionado anteriormente la vulnerabilidad producto de la pobreza genera mayor probabilidad de lesiones por quemaduras.

c. 3 Quemaduras y productividad

Las secuelas por lesiones de quemaduras que se presentan en las distintas esferas de la persona -física, psicológica, emocional, familiar, social y económica- afectan el retorno a las actividades de productividad, tanto rentadas como no rentadas.

En una revisión de estudios realizada sobre el retorno al trabajo concluyeron que los sobrevivientes a quemaduras tuvieron problemas en la reintegración al trabajo entre un 21 a un 50% de pacientes adultos ⁴⁵, mientras que otros investigadores han estudiado la reducción en la participación social y en la actividad profesional, reportando que es frecuente que las lesiones por quemaduras determinen una reducción al menos temporal en ellas, de forma que un 50 a 60% ⁹ de los pacientes tienen que cambiar su situación laboral; también se ha evidenciado que la reinserción al trabajo depende de múltiples factores: el empleado y su familia, el sistema sanitario, el seguro laboral y las compensaciones económicas; asimismo se ha investigado acerca de las personas que no logran reinsertarse ni obtener un nuevo trabajo después del evento por quemaduras; un estudio realizado en un país desarrollado evidencia que en algunas personas con quemaduras severas se ha presentado una permanente incapacidad para trabajar, siendo esta alteración entre el 1 al 5% de los supervivientes a quemaduras ⁴⁵. Noble et al ⁷ reportó que el 32% no retornó al trabajo pago, con la particularidad de ser un estudio focalizado en personas que sufrieron quemaduras eléctricas únicamente, el 45% cambió de tareas y sólo el 23% retornó a las mismas.

Dado la evidencia de las dificultades o imposibilidades de reintegro al trabajo de las personas con quemaduras graves o moderadas, se han realizado numerosos trabajos científicos en diferentes países, para investigar los predictores del retorno al trabajo rentado, demostrándose que el predictor más significativo para el retorno a la actividad laboral rentada de esas personas es la superficie corporal total quemada ^{23 46}. El segundo lugar lo ocupan distintos factores según la población en estudio, además de las variables que se han propuesto analizar los investigadores, entre ellos: la profundidad de la quemadura, los días de estada en el hospital, los procedimientos

quirúrgicos a los que han sido sometidos, la utilización de injertos de piel, localización de quemaduras en manos y rostro entre otros ⁴⁶. Los factores demográficos también han sido estudiados y hay consenso en la comunidad científica que no son predictores de retorno al trabajo pago, entre ellos, estado civil, edad, género, nivel educativo, raza ²³.

Son escasos los trabajos que han analizado otros factores específicamente relacionados con la reinserción laboral, como por ejemplo el trabajo pago anterior realizado, status de trabajador, o compensación a los trabajadores ⁴⁵. En un estudio realizado por el Departamento de Terapia Ocupacional en Taiwán ²³, (2009) reportaron que en investigaciones anteriores se evidenció que el tipo de empleo anterior a las quemaduras fue el factor más significativo del retorno al trabajo pago y por ello, sostienen que deben investigarse otros factores además de la superficie corporal total quemada. Además un hallazgo a considerar por este estudio fue que ser el principal sustento económico en la familia fue el más significativo predictor del retorno al trabajo e informaron que esta variable no había sido investigada en estudios previos; finalmente concluyeron que ser el principal asalariado en la familia es un gran motivador para garantizar el trabajo posterior a presentar las lesiones por quemaduras.

Otra variable necesaria de investigar es el tiempo que les lleva a los sobrevivientes a quemaduras reintegrarse a las actividades productivas. Hay escasos trabajos publicados en relación a los factores cuali y cuantitativos involucrados en la predicción del tiempo desde la externación hasta la reinserción laboral. En un estudio de investigación sobre epidemiología del paciente gran quemado adulto en Chile reportaron que *“no existen datos acerca de las tasas de reinserción social ni laboral, tampoco acerca de las oportunidades ni costos de rehabilitación”* ⁴⁷. Tampoco hay trabajos en Argentina sobre éste tema específico: retorno al trabajo rentado y no rentado.

En relación a la calidad de vida de los sobrevivientes a quemaduras, Blakeney et al (2009) ⁹ evaluaron a los pacientes quemados con el *“Quality of life questionnaire”* y encontraron que en este cuestionario los supervivientes a quemaduras puntuaron menos su calidad de vida que las personas normales en la mayoría de las áreas incluido el bienestar general, las relaciones interpersonales, las actividades profesionales, las actividades recreativas y la participación en actividades

organizadas al aire libre. Estar empleado está asociado a un alto grado de satisfacción con la vida tanto en la población en general como en los que tienen lesiones físicas ²³.

Además de las dificultades que se les presenta a las personas con quemaduras severas para participar en sus ocupaciones a causa de las secuelas, el mismo tratamiento afecta su vida diaria; se ha estudiado escasamente acerca del impacto que tiene el tratamiento integral del paciente quemado en la calidad de vida de esas personas; el mismo incluye además de las cirugías reconstructivas, el ejercicio, uso de férulas y elementos compresivos -como se ha mencionado anteriormente- que si bien son eficaces, resultan incómodos para la mayoría de los pacientes. Hyunjin Oh, Sunjoo Boo (2017) ¹⁹ en un estudio realizado en tres centros de Quemados de Korea del Sur, informaron que las personas quemadas manifestaron haber tenido más dificultades en el trabajo y en el régimen de tratamiento.

Con respecto a la literatura y trabajos científicos sobre el retorno a las actividades no rentadas, *cuidado de otros y tareas del hogar* se encontró escasa producción desde la disciplina Terapia Ocupacional habiendo una mayor vacancia de conocimientos que en otros temas; los estudios en la medicina se han centrado en salvar la vida y mejorar las secuelas, aunque en los últimos tiempos junto a otras disciplinas como la psicología han comenzado a realizar estudios acerca de la calidad de vida.

Los sobrevivientes a graves quemaduras que realizaron tareas de *cuidado de otros* antes de quemarse -a los hijos, padres adultos mayores, enfermos, discapacitados- generalmente tienen que reintegrarse a ellas luego de la externación en una situación paradójica ya que necesitan imperiosamente *cuidarse y ser cuidados*, al mismo tiempo que *cuidar a otros*. Hay numerosos estudios sobre la temática del cuidado y del cuidado de otros, en particular acerca del cuidado de niños y de adultos mayores, como así también del cuidado al final de la vida, pero no en particular sobre el trabajo de cuidado ejercido por los sobrevivientes a quemaduras, siendo un trabajo silencioso, invisibilizado y no rentado, en concordancia con el reporte de la OIT (2018) donde manifiesta que “*el grueso del trabajo de cuidados en todo el mundo es realizado por cuidadoras y cuidadores no remunerados, en su mayoría mujeres y niñas pertenecientes a grupos socialmente desfavorecidos*” ⁴⁸.

El concepto de cuidado se ha trabajado desde diferentes disciplinas, como la psicología, sociología y antropología. Montserrat Díaz Fernández y María del Mar

Llorente Marrón ⁴⁸ conceptualizan al cuidado como un “bien necesario que satisface una necesidad básica en el ciclo vital de cada efectivo poblacional”.

”La economía del cuidado surgida en los últimos tiempos, sustenta el *cuidado* dentro de las actividades de producción. Históricamente el cuidado ha sido una actividad llevada a cabo fundamentalmente por mujeres. El hombre salía a trabajar y era la mujer quien se ocupaba de los niños, enfermos, discapacitados y ancianos; en los últimos tiempos en algunas culturas este fenómeno se ha ido modificando, teniendo el hombre una mayor participación en actividades de cuidado. Este cambio se ha ido generando junto a las transformaciones socio-económicas en que la mujer ha salido del ámbito privado al público, incorporándose cada vez más en el sistema productivo rentado; esto llevó a que se disponga de menos tiempo para las tareas de cuidado que se daban en el ámbito familiar. *“El trabajo remunerado afecta al doméstico a través del salario, por la cantidad y calidad de bienes y servicios que permite consumir y por su organización reflejada en horarios, responsabilidades y espacios. Por su parte el trabajo doméstico influye sobre el remunerado por su función y la reproducción de los grupos domésticos”* ⁵⁰.

Para este estudio se toma la definición de Chardón (2011) ⁵¹ *“El cuidado es un sistema de actividad construido en las diferentes culturas, que responde a procesos socio-históricos determinados. El sistema está destinado a sostener, conservar, promocionar la vida y la calidad de vida de las personas. Se desarrolla en diferentes escenarios, siendo uno de los fundamentales la familia. Los cuidados se desarrollan en la vida de relación”*.

La actividad de cuidado implica tareas que se realizan en el seno de las familias pero que no siempre pueden ser cubiertas en su totalidad por ellas, teniendo el Estado una responsabilidad ineludible en este sentido, tanto en los cuidados a proveer en sus instituciones, como así también brindando la cobertura paga de tareas de cuidado en las familias. En los últimos tiempos, en Argentina, las políticas se han orientado en la formación de cuidadores para adultos mayores y se ha creado el Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios ⁵², aunque en general no se observó la implementación de cobertura de dichos gastos, sólo unas pocas obras sociales lo cubren y aún con muchas dificultades, siendo impracticable el sostén económico desde las familias. Las Universidades comienzan a ofrecer cursos para el acompañamiento y cuidado de las personas con el fin de capacitar a aquéllos que ejercen las tareas de cuidado, como así

también dar una posibilidad de salida laboral.

La actividad de cuidado de las personas dependientes entonces, generalmente está ejercida por las familias y por las personas que a cambio de una remuneración las realizan. *La tensión de lo privado y lo público es inherente a las funciones de cuidado, ya que se despliegan en ambos escenarios de nuestra cultura*⁵¹

A lo largo de la vida de los individuos la necesidad de ser cuidados va variando en intensidad y modalidad. Tanto al comienzo como al final de la vida el ser humano requiere cuidados, siendo imprescindibles al principio de la vida y con intensidad variable en el final. Otros son los momentos de enfermedad, que irrumpen en la vida de los sujetos individuales y sus familias, como en el caso de las quemaduras siendo que en un instante la vida independiente se modifica pasando a períodos de dependencia variable, parcial o total, necesitando cuidados al tiempo que cuidar ellos a otros miembros de su familia. El cuidado es complejo y variable, *presentando una doble cara, alguien que recibe y alguien que da*⁴.

Las tareas de cuidado de familiares les insumen -mayormente a las mujeres- un tiempo rico no remunerado, siendo que frecuentemente por ese motivo, no pueden tener un trabajo rentado, camino que conduce a una mayor pobreza. En el Informe del PNUD (2015)⁵³ se informa que *“en todo el mundo las mujeres realizan la mayor parte del trabajo de cuidados no remunerado que abarca las labores domésticas y el cuidado de otras personas. Por ello disponen de menos tiempo para el trabajo rentado y para el tiempo libre.”*

Los datos de CEPAL, (2014), evidencian el problema femenino de pobreza reportando que “en América latina el índice de feminidad de la pobreza - porcentaje de mujeres pobres de 20 a 59 años con respecto a la proporción de hombres pobres de esa misma franja etaria, corregido por la estructura poblacional.- subió 11 puntos siendo de 118. 2 en el año 2014. En los hogares indigentes el índice se incrementó 12 puntos, situándose en 121,5. En los países donde más se redujo el porcentaje de pobreza por ingresos en los últimos años se incrementó el índice de feminidad de los hogares pobres, entre ellos en Argentina”⁵⁴.

No obstante como se ha mencionado anteriormente en la actualidad los varones también realizan actividades de cuidados en las familias -aunque en menor proporción-, por lo que en los sobrevivientes a quemaduras severas también se les presenta la problemática: “tener que cuidar necesitando cuidados”. Más de la mitad de los jóvenes que no estudian ni están empleados, se dedican a tareas de cuidado y

trabajo doméstico no remunerado ⁵⁴.

La presente tesis se basa en el concepto de cuidado como un derecho ^{49 50 55}, a cuidarse, cuidar y ser cuidado.

La otra actividad incluida en trabajo no rentado, como se ha mencionado anteriormente es “*tareas del hogar*” o *cuidado del hogar*, éstas son realizadas mayormente por mujeres aunque cada vez más se observa en el mundo occidental la participación del varón en las mismas, sin embargo hay predominancia de tipos de actividades realizadas por mujeres y otras por varones. En un estudio realizado en México (2003) sobre género y tareas domésticas muestra que” *la mayoría de las mujeres llevan a cabo actividades de ejecución como preparar comida (73,8%) lavar los trastes y limpiar la cocina (57,1%) y lavar y planchar la ropa (66,2%), en tanto los varones privilegian las actividades de gestión, como trámites relacionados con la casa (71,8%) y realización de arreglos (73,8%)*” No obstante hay algunas tareas que según el mismo estudio se llevan a cabo en forma compartida como las compras y cuidado de los hijos. “*Los varones manifestaron ser los proveedores, mientras que sus esposas realizan el trabajo doméstico*” ⁵⁰.

Algunos autores incluyen las tareas del hogar dentro de las tareas del cuidado a diferencia de la clasificación presentada por la CAOT en que las “tareas del hogar” es una categoría distinta de “cuidado de otros” como se ha mencionado anteriormente; ésto se fundamenta en que las tareas del hogar, por ejemplo preparación de comidas o limpieza son necesarias y se hacen también para el cuidado de otras personas, generalmente familiares, hijos, padres, etc. no obstante ambas visiones tienen un mismo foco, la diferencia radica en la forma de establecer las categorías y no en el sentido estricto del concepto ya que la Terapia Ocupacional no desconoce que preparar comida para un niño o un anciano es una actividad de cuidado; también desde otras disciplinas se utiliza el término trabajo doméstico, trabajo reproductivo, trabajo de cuidados, todos ellos incluidos en la categoría de trabajo no remunerado ⁵⁵

2. CAPÍTULO 2:

OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GENERAL:

- Determinar la participación en actividades de productividad de las personas con quemaduras grados II, III Y IV de gravedad de la provincia de Buenos Aires, que egresaron de la internación del Servicio de Quemados y Cirugía Plástica del HIGA San Martín, en los períodos 2009/20010 y 2014/2015 y analizar el impacto que produce la continuidad del tratamiento en términos de productividad.

2.2 OBJETIVOS PARTICULARES

- I- Determinar la cantidad de pacientes quemados grados II, III y IV de gravedad con residencia en la provincia de Buenos Aires que lograron su alta del hospital HIGA San Martín, durante el periodo de estudio y las características sociodemográficas y de morbimortalidad.
- II- Identificar el grado y tipo de continuidad terapéutica que recibieron los pacientes mencionados.
- III- Establecer la participación de los pacientes mencionados en actividades productivas antes del evento.
- IV- Determinar el grado de reinserción a las actividades de productividad de los de los pacientes incorporados al presente estudio y el tiempo transcurrido desde la externación hasta lograr la reinserción.
- V- Establecer la participación actual a las actividades de productividad.
- VI - Analizar la participación en actividades de productividad de los pacientes mencionados en relación con el tipo y grado de continuidad de asistencia brindada por el equipo de salud luego del alta hospitalaria.
- VII- Comparar el grado de participación (completo, parcial o nulo) en actividades productivas de los pacientes externados según grado de gravedad de las quemaduras (II, III y IV) conforme a su relación temporal con el

evento (comparación de las actividades antes del evento y posterior a su egreso hospitalario).

- VIII- Comparar el grado y tipo de seguimiento de los E según grado de gravedad (II y III) de las quemaduras y su impacto en la reinserción a la productividad.

2.3 MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio:

Se hizo un estudio cuali-cuantitativo, retrospectivo, de corte transversal y, descriptivo en su fase inicial y posteriormente analítica.

La fase inicial fue para responder a los objetivos descriptivos y la posterior analítica con el fin de relacionar para su análisis la participación en ocupaciones de productividad de los sobrevivientes a quemaduras con el tipo y grado de seguimiento recibido pos externación.

Ámbito de estudio:

La presente investigación se realizó en un hospital de máxima complejidad de la Provincia de Buenos Aires, Hospital Interzonal de Agudos Gral. San Martín, siendo éste el único hospital de dicha provincia que cuenta con un servicio especializado en el tratamiento del paciente quemado.

El total de población en esta provincia es de 15.625084 habitantes, según el INDEC (censo 2010) y la mayor concentración de la población se localiza en el Gran Buenos Aires.

El sistema de salud provincial está organizado en doce zonas sanitarias, perteneciendo el HIGA San Martín a la Zona XI; recibe a las personas mayores de 15 años de toda la provincia con diagnóstico de quemaduras entre otros, dado su categorización como hospital de máxima complejidad.

En el año 1978 se creó el Servicio de Cirugía Plástica y Quemados y desde esa época brinda asistencia a toda la población que lo requiera, teniendo en la actualidad una experiencia de 41 años. Allí se realizó la identificación de pacientes y en la Universidad Nacional de Quilmes se efectuó el seguimiento y análisis de resultados siendo que la autora de la presente tesis pertenece al Programa de Investigación I+D

Problemáticas del cuidado. Metamorfosis socioculturales y producción de subjetividades en los espacios sociales contemporáneos, dirigido por la Dra. María Cristina Chardón.

Instrumento de recolección de datos e indagación:

Se utilizó como fuente primaria las Historias Clínicas de todos los pacientes ingresados a la UTI del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del HIGASM de La Plata, en los años 2009/2010 y 2014/2015 y cuaderno de registro de ingresos y egresos del mismo Servicio.

Se implementó una encuesta telefónica a todas las personas que decidieron prestar colaboración con el presente estudio y que reunieron los criterios de inclusión, utilizando el muestreo accidental, también denominado por cuotas, por lo cual no se puede generalizar.

Se realizó entrevistas en profundidad a dos encuestados que aceptaron participar en ellas.

Se estableció los ejes temáticos de la encuestas

Población de Estudio:

En el estudio se incluyeron todos los pacientes mayores de 15 años, que egresaron de la sala UTI/o TI de HIGASM con diagnóstico de quemaduras grados II, III Y IV de gravedad, residentes en la provincia de Buenos Aires.

Criterios de inclusión:

Los criterios de inclusión que se determinaron para este estudio fue que las personas internadas tuvieran diagnóstico de quemaduras grado II, III y IV de gravedad, mayor de 15 años, que haya tenido el alta de internación de la UTI del Serv. de CP y Q del HIGA San Martín, con residencia en la provincia de Buenos Aires y que prestaron conformidad mediante el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

Se determinó como criterios de exclusión toda persona que haya sido asistidas por quemaduras por consultorios externos y/o en otro centro asistencial,. Que

tuvieran un grado I de gravedad, según clasificación Benaim, que no pudieran comprender; las embarazadas, y todo aquél que no prestara conformidad.

Período de Estudio:

Se tomaron dos períodos de estudios, años 2009/2010 y 2014/2015. Los primeros fueron escogidos por ser los más antiguos con existencia de registros en el Servicio y de esta manera poder describir la reinserción a la productividad de los sobrevivientes a quemaduras externados y la actual participación, habiendo transcurrido entre 8 y 9 años al momento de las encuestas desde la fecha de alta de internación. También se tomó años 2014 y 2015 por ser los registros más actuales en que funcionó el Serv. de CP y Q con la infraestructura requerida ya que luego se cerró la internación en el Pabellón de Quemados por refacción, persistiendo aún su cierre.

Unidades de análisis:

Las unidades de análisis fueron todas las historias clínicas pertenecientes a cada paciente egresado de la UTI del Servicio de Quemados y Cirugía Plástica del HIGASM, en los años 2009, 2010, 2014 y 2015. Para corroborar los datos, se utilizó también como fuente primaria el registro diario de internaciones y altas del mismo Servicio.

Variables socio demográficas:

Las variables sociodemográficas que se han recabado son las siguientes: sexo, edad, zona sanitaria de residencia, obra social, nivel educativo, convivencia.

El dato sobre el sexo fue extraído de las historias clínicas, variable independiente, cualitativa nominal dicotómica: femenino/masculino.

La variable *edad* mide la edad en años de las personas en estudio. También se recogió de las H. C. Variable independiente. Escala numérica discontinua.

Zona Sanitaria de Residencia, se obtuvo de las H.C. tomando el municipio declarado como lugar de residencia al ingreso a internación en la UTI del Serv. de CP y Q y se trasladó el dato a la zona sanitaria correspondiente según clasificación del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires: Zonas I, II, III, IV, V, VI, VII, VIII, IX, X, XI y XII: Variable independiente, excluyente.

Zona Sanitaria de Residencia actual. Dato obtenido por la encuesta. Variable

independiente. Determina la zona sanitaria en que vive el sobreviviente a quemaduras en el momento de la encuesta, trasladando nuevamente el dato del municipio a la zona sanitaria.

Obra social variable independiente, excluyente, Si/No, muestra la cobertura que puede poseer el paciente quemado al momento del ingreso al hospital, ejemplo obra social, prepaga, etcétera, es nominal, categórica.

Nivel de estudio: dato obtenido por encuesta. Variable independiente. Variable categórica excluyente: primaria incompleta, primaria completa, secundario incompleto, secundario completo, estudios terciarios incompletos, estudios terciarios completos, estudios universitarios incompletos, no sabe o no contesta.

Convivencia: se determinó por encuesta. Variable independiente, dicotómica excluyente, solo/con alguien. Si responde con alguien se registró con quién o quiénes.

Variables del proceso mórbido

Óbito: se registró el fallecimiento o no del paciente en su internación en la Unidad de Terapia Intensiva del Serv. de CP y Q del HIGA San Martín. Variable independiente, dicotómica excluyente: Si/No.

SCTQ: variable independiente, cuantitativa continua (escala de intervalos) se mide el porcentaje de la superficie corporal total en m² que presentan las lesiones por quemaduras en los pacientes ingresados al Serv. de CP y Q. El dato se extrajo de los registros en las H.C. según regla de los 9 de Wallace.

Tipo de quemaduras: variables según grado A, AB y B (Clasificación Benaim), muestran la profundidad de las lesiones por quemaduras, son variables independiente, cuantitativa discretas. Las personas quemadas generalmente presentan más de una categoría o las tres, distribuidas por diferentes zonas de la extensión de la piel quemada. El dato se extrajo de las historias clínicas, según registros médicos y se organizó según las siguientes categorías:

A, AB, B, TODAS, A Y AB, A Y B, AB Y B, siendo categorías excluyentes.

Grupos de gravedad: II (moderado), III (grave) IV (crítico), variables independientes, cuantitativas discretas, excluyentes, se determinó por el registro de diagnóstico médico en que combinó la extensión y la profundidad de las quemaduras (Clasificación Benaim), el dato se extrajo de la H. C. de cada paciente quemado.

Topografía de la lesión: variable independiente. se registraron las zonas del cuerpo quemadas, para ello se utilizó el registro de las H. C. que está protocolizado con las siguientes categorías: lesión tipo B circunferencial, cabeza/cuello, tronco, MMSS, MMII.

Localizaciones especiales: variable independiente, zonas que por razones estéticas o funcionales se las denomina de esta manera (clasificación Benaim), el dato se extrajo de las HC.

Etiología de la quemadura: se utilizó la clasificación que consta en las H.C. : Térmicas - exposición al sol, contacto con líquidos calientes, contacto con fuego directo, inflamación de líquidos, contacto con sólidos calientes, contacto con gases calientes, contacto con sólidos fríos, contacto con gases fríos, eléctricas -lesiones por rayos, explosión/fogonazo eléctrico, descarga eléctrica, otras- químicas contacto con álcalis, contacto con ácidos, contacto con compuestos orgánicos -otras - abrasión, medicamentos, biológicas (medusas) exposición a radiaciones ionizantes, otras; variables excluyentes.

Accidente: para ello se utilizó el registro tipo según planilla del Servicio de Quemados y C.P. donde se consigna doméstico, trabajo, público, autoagresión, agresión por terceros, otros. Variable independiente, excluyente.

Fecha de accidente, variable independiente. Se registra la fecha en que sucedió el evento por quemaduras. Se extrajo de las H.C.

Fecha de ingreso al hospital. Variable independiente. Muestra la fecha de ingreso del

paciente a la UTI del Serv. de CP y Q. Se extrajo del libro ingresos/egresos de pacientes quemados del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados y fue corroborado con las H. C.

Fecha de egreso; variable independiente: muestra la fecha de egreso del hospital. Se extrajo del libro ingresos/egresos del Servicio de Quemados y corroborado con los registros de H.C.

Días de estada; muestra los días que el paciente permaneció internado en la UTI. El dato se obtuvo con la diferencia entre el día de ingreso y egreso de la UTI de quemados, que se tomó de las fuentes primarias H.C. y cuaderno de ingresos/egresos.

Variables del proceso ocupacional

Los siguientes datos fueron obtenidos por encuestas.

Trabajo remunerado antes del evento por quemaduras: Mide el haber realizado o no algún trabajo antes del momento del siniestro, por el cual percibía dinero; variable independiente, categórica excluyente. SI/NO.

Tipo de trabajo remunerado antes de quemarse: describe cuál, cuáles trabajos remunerados realizó el sobreviviente a quemaduras antes del evento por el cual percibió un pago. Variables no excluyentes.

Condición del trabajo anterior al evento por quemaduras. Variable dicotómica excluyente: Blanco/negro.

Trabajo remunerado después del evento por quemaduras.

Se refiere a la reinscripción al trabajo pago anterior al evento por quemaduras; variable dependiente, dicotómica excluyente: SI/NO

Tiempo transcurrido desde el alta de internación a la reinscripción laboral: variable independiente, cuantitativa. Mide el tiempo que transcurrió desde el alta de internación de la UTI de quemados del HIGASM hasta la reinscripción al trabajo anterior.

Tipo de trabajo: Descripción del/de los trabajo/s al/a los que se reintegró luego de la

externación. Cuál/cuáles. Variable dependiente.

Motivo del no retorno al trabajo anterior remunerado: descripción de motivos por los cuales la persona encuestada manifestó no haber vuelto a su trabajo anterior: exclusión de la empresa, por decisión propia, por sugerencia o indicación profesional, otros. Variable dependiente.

Nuevo trabajo: se registra si posteriormente al evento por quemaduras ingresó a un nuevo trabajo. Variable dependiente, dicotómica excluyente: SI/NO.

Tiempo transcurrido desde la externación hasta tener un nuevo trabajo: tiempo transcurrido desde el alta de la UTI hasta que ingresó a un nuevo trabajo. Variable independiente, cuantitativa.

Tipo de trabajo al/a los que ingresó: cuál/cuáles, descripción de trabajo/s al/ a los que ingresó. Variable dependiente.

Trabajo remunerado actual: expresa participar de un trabajo en el momento de la encuesta. Variable categórica excluyente SI/NO.

Trabajo no remunerado antes del evento por quemaduras

a) *Tareas del hogar:*

Tareas del hogar que realizaba antes del evento por quemaduras, variable independiente dicotómica excluyente. SI/NO

Descripción de Tareas del hogar que realizaba antes al evento por quemaduras: descripción de las tareas que los encuestados manifestaron haber realizado en su hogar antes de presentar las quemaduras, variable independiente

Reinserción a las tareas del hogar: se registra si realiza tareas del hogar luego del alta hospitalaria. Variable dependiente, dicotómico excluyente: SI/NO.

Descripción de las Tareas del hogar que realizó luego de la externación: Cuál/cuáles, se registra la descripción de las tareas del hogar que los encuestados refirieron haber realizado después del evento por quemaduras. Variable dependiente

Tiempo transcurrido desde la externación al retorno a las tareas del hogar: mide el tiempo transcurrido desde el alta de la internación en la UTI hasta la reinserción a las tareas del hogar. Variable independiente, cuantitativa.

b) *Cuidado de otros:* cuidado de personas realizado antes del evento por quemaduras, (generalmente familiares), por cuya tarea no percibieron dinero alguno, por ejemplo

niños, adultos mayores, enfermos, discapacitados. Variable independiente, dicotómica excluyente: SI/NO.

Personas cuidadas antes de presentar quemaduras: descripción de las personas que tuvo al cuidado el encuestado antes del evento por quemaduras, sin percibir pago por ello, variable independiente

Reinserción a las tareas de cuidado no pago: variable dependiente dicotómica excluyente: SI/NO.

Personas cuidadas pos externación: A quiénes cuidó, descripción de las personas que tuvo al cuidado sin cobrar, después del evento por quemaduras.

Tiempo transcurrido desde la externación hasta la reinserción a las tareas de cuidado: tiempo transcurrido entre el alta de la UTI y la reinserción a las tareas de cuidado no pago. Variable dependiente cuantitativa

Variables de seguimiento:

Se determinaron el tipo y grado de seguimiento

El **tipo** se refiere a los tratamientos posibles de recibir luego de la externación para el tratamiento integral de sus quemaduras. Está conformado por variables no excluyentes

Variables: Consultas con médico cirujano, médico psiquiatra, médico clínico, médicos de otras especialidades, psicólogo, terapeuta ocupacional, kinesiólogo, trabajador social, otros, no recuerda.

El **grado de seguimiento** se registró construyendo las variables según escala de Litkert en

- **Continuidad sin pérdida de contacto óptima:** ha tenido al menos una consulta o sesión al mes con algún miembro del equipo de salud en los primeros doce meses luego del alta hospitalaria.
- **Continuidad sin pérdida de contacto mínima:** ha tenido al menos una consulta o sesión cada dos meses con algún miembro del equipo de salud durante los primeros seis meses.
- **Fluctuante:** ha tenido contacto de manera fluctuante, interrumpida durante el

año siguiente al alta.

- **Escaso:** ha habido contacto de dos veces en un año con algún miembro del equipo de salud.
- **Nula:** no ha habido contacto con algún miembro del equipo de salud luego del alta hospitalaria y durante los 12 meses siguientes.

Si la respuesta no fue grado óptimo se le pregunta por qué cree que fue de esa manera el tratamiento posterior o la ausencia del mismo.

Grado de reinserción a las actividades productivas:

El grado de medición utilizado fue completo, parcial y nulo.

Completo: se reintegró a todos los trabajos anteriores al evento por quemaduras.

Parcial: se reintegró al menos a un trabajo de los que desempeñaba antes del siniestro.

Nulo: no se reintegró a ningún trabajo anterior al evento por quemaduras

Se confeccionó una matriz de datos en excel.

Se puso a prueba la encuesta y se modificó la misma.

Se confeccionó ejes orientadores para las entrevistas en profundidad.

2.4 Aspectos éticos:

El plan de tesis del presente estudio se presentó ante el comité de investigación del HIGA San Martín para su evaluación tal como indica el procedimiento a realizar, habiendo sido aprobado.

Previo a tomar las encuestas a las personas externadas por quemaduras de la UTI del Serv. de C.P. y Q. se les explicó los objetivos, el tema y la finalidad de la investigación, habiendo comprobado que los posibles encuestados comprendieron lo explicitado y consintieron participar en forma voluntaria. Se les informó el tiempo aproximado que llevaría responder y que podían terminar la encuesta en el momento que ellos desearan como así también manifestar si algún tema era de su incomodidad pudiendo no responder. Se les garantizó la confidencialidad de los datos a obtener.

Todo ello se hizo conforme a las normas éticas citadas en la declaración de Helsinki,

tal como lo plantea en su primer artículo: ...“*La AMM (Asociación Médica Mundial) insta a otros involucrados en la investigación médica en seres humanos a adoptar estos principios*”. Se trabajó acorde a los artículos 7, 8, 9 y 12 de los Principios Generales y 21, 22 sobre Requisitos Científicos particularmente. Las encuestas se llevaron a cabo en un marco de confidencialidad tal como se expresa en el artículo 24: “*Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la confidencialidad de su información personal*”. El consentimiento informado se ajustó a los artículos 25, 26 y 31 de la declaración de Helsinki.

No existe ningún conflicto de interés de la tesista para la realización de este estudio.

3. CAPÍTULO III.

3.1 RESULTADOS:

Respondiendo al primer objetivo particular: ***“Determinar la cantidad de pacientes quemados grados II, III y IV de gravedad con residencia en la Provincia de Buenos Aires que lograron su alta del hospital HIGA San Martín, durante el periodo de estudio y las características sociodemográficas y de morbimortalidad”***, se relevó las HC de todos los pacientes ingresados a la Terapia Intensiva del Serv. CP y Q de dicho hospital, excluyendo los pacientes con grado I de gravedad, en los años 2009, 2010, 2014 y 2015 y se hizo el conteo, obteniendo 182 casos.

Más de la mitad de los pacientes ingresados a la UTI presentaron quemaduras con grado II de gravedad (51,65%), el segundo lugar de frecuencia se presentó en el subgrupo de gravedad III y mucho menor en el subgrupo de gravedad grado IV o crítico. Tabla N°2

Grado de gravedad	n	%
II	94	51,65
III	72	39,56
IV	16	8,79
Total	182	100

Tabla N° 2. Frecuencias y porcentajes por grupos de gravedad.

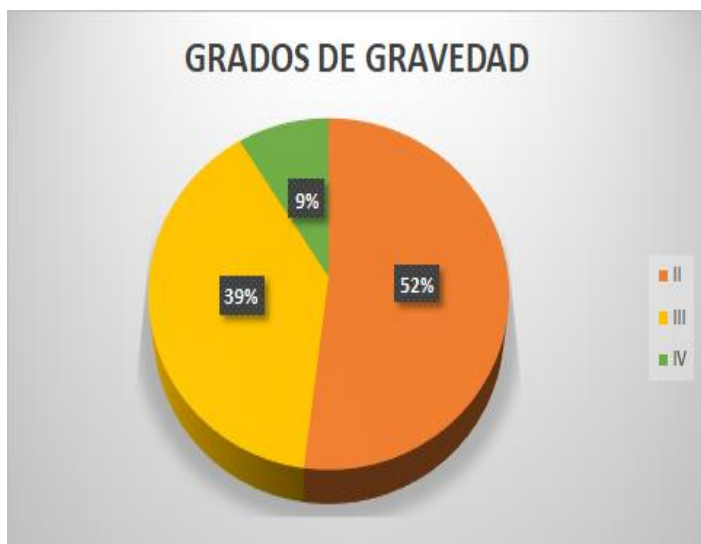


Gráfico N° 1. Porcentaje de pacientes ingresados a la UTI según grado de gravedad.

En relación a la tasa de defunciones se obtuvo los siguientes resultados: del total de 182 ingresos registrados en los años 2009, 2010, 2014 y 2015, con grados II, III y IV de gravedad, lograron sobrevivir el 64,28 %, siendo del 35.72% los óbitos. En los casos de ocurrencia del siniestro en fin de semana el porcentaje de mortalidad asciende a un 36,2%, sobreviviendo el 63,8%; el 68% (f.17) de ellos fue masculino y el 32% (f.8) femenino.

Del total de hombres registrados (115) un 66,08% (76 casos) no falleció, mientras que un 33,97% sí; del total de mujeres registradas (67) un 61,20% (41 casos) no falleció, mientras que un 38,80% (26 casos) sí.

En relación al análisis de óbito por sexo se extrae que la probabilidad de fallecimiento ante el evento por quemaduras es similar para ambos grupos (de acuerdo al porcentaje de fallecimientos, se presentan diferencias porcentuales leves mayores en mujeres).

Del grupo etario 15 a 24 años fallece el 20,37%, mientras que en el grupo 69 y más, la mitad fallecen”.

El análisis por **género** evidencia una mayor cantidad de accidentes presentados en varones respecto de las mujeres; el 63,2% de sujetos que ingresaron a la UTI de quemados fueron varones (115), mientras que esta cifra descende a un 36,8% (67) de casos femeninos;

Excluyendo los óbitos la frecuencia fue de 76 varones (66.08% de sexo masculino) y

41 mujeres (61,20% de sexo femenino), siendo el total 117 casos de sobrevivientes.

Gráfico N° 2

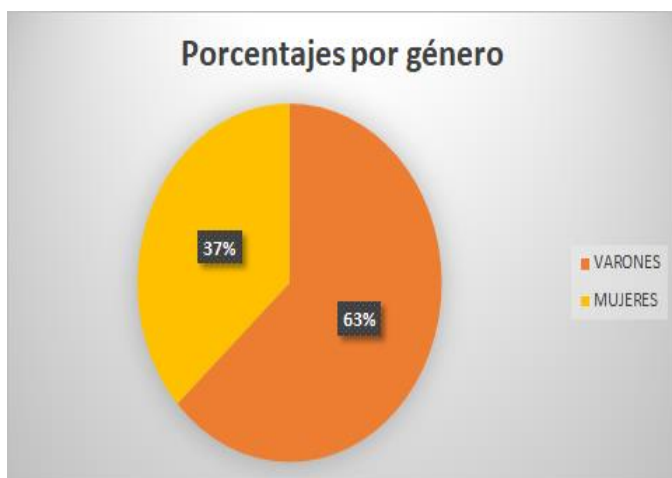


Gráfico N° 2. Porcentaje por género

En cuanto a la **edad**, la mayor concentración de casos 29,67 % son jóvenes de 15 a 24 años; le continúa con un 10,44 % el grupo etario 25 a 29. Se observa una tendencia al descenso de eventos en grupos etarios posteriores, aunque, se produce un repunte significativo en el grupo etario 69 y más, con un 8,79%. Tabla N° 3.

Rango de edad	n	%
15 a 24	54	29,67
25 a 29	19	10,44
30 a 34	16	8,79
35 a 39	18	9,89
40 a 44	14	7,69
45 a 49	14	7,69
50 a 54	6	3,30
55 a 59	9	4,95
60 a 64	11	6,04
65 a 69	5	2,75

69 y más	16	8,79
Total	182	100

Tabla N° 3. Frecuencia y porcentajes según grupo etario.

Respecto al **día de accidente** el análisis de datos arrojó que la mayoría de los casos ingresados a la UTI tuvo su evento por quemaduras en fin de semana, representando el 40,65% (n: 182); Gráfico N° 4; de ellos el 23,01 % ocurrió en sábado y el 17,59 % en domingo; seguido de 14,83 % en jueves; miércoles 12,08 % lunes 11.54 %, martes y viernes con un 10,43 %. Gráfico N° 3.

Del total de casos ocurrido en el fin de semana, un 63,8 % son masculinos mientras que un 36,2 son femeninos.

En la mayoría de los casos el **día de ingreso** al Serv. CP y Q del HIGASM, coincide con el evento por quemaduras; la mayor frecuencia de ingresos se presenta en sábado, tabla N°4; si se analiza por sexo los resultados arrojan que en hombres la mayoría de los ingresos se produce en domingo mientras que en las mujeres se da los días miércoles.

Días de la semana	f	%
Lunes	21	11.54
Martes	19	10.43
Miércoles	22	12.08
Jueves	27	14.83
Viernes	19	10.43
Sábado	42	23.01
Domingo	32	17.59
Total	182	100

Tabla N° 4. Registro día de ingreso

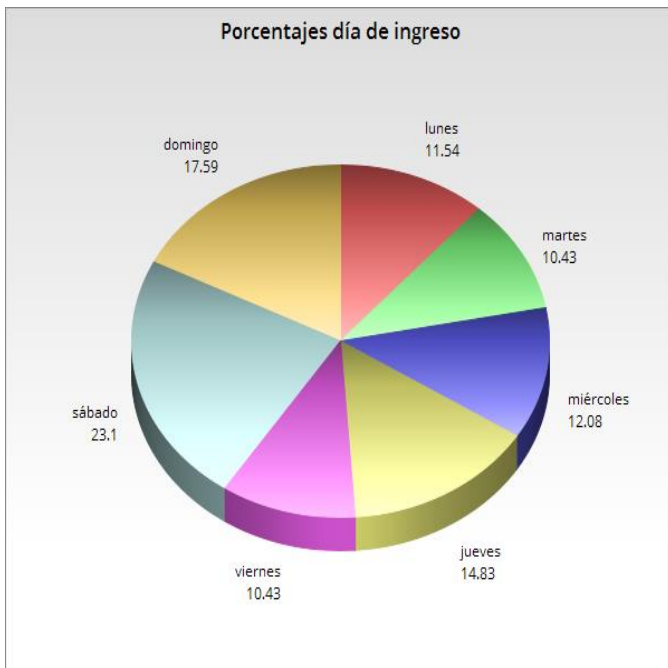


Gráfico N° 3. Días de ingreso

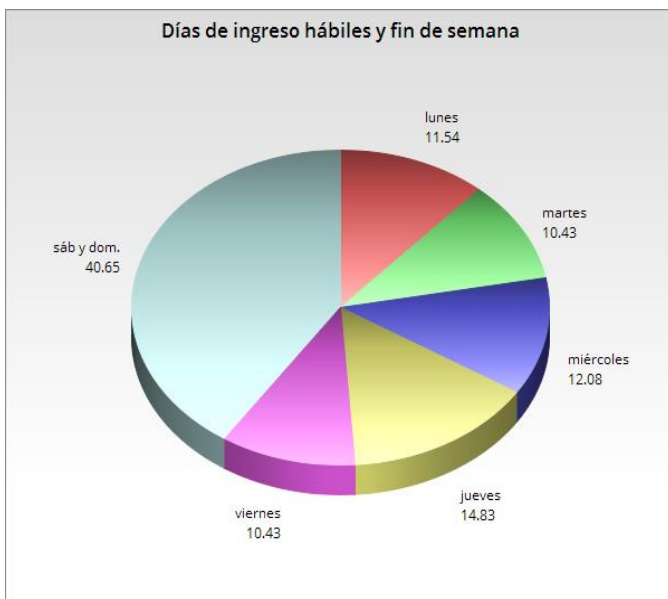


Gráfico N°4. Porcentaje fin de semana/días hábiles.

El promedio de **días de estada** es de 42, 25 días, siendo la mediana de 30,5.

Del registro de la **Zona Sanitaria de Residencia al momento del evento** se obtuvo que más de la mitad de los sobrevivientes a quemaduras que ingresaron al Serv. de CP y Q del HIGASM enrolados en este estudio, residían en Zona XI al momento del evento (57,14%) dato que se corresponde con la zona donde dicha

institución está situada , seguido de zona VI (12,63%), zona V (6,60%), zona XII y VII (ambas con un 4,94%) , en las demás zonas el porcentaje de residencia estuvo por debajo del 4 % ; y en relación a la **obra social**, el 73,63% de los sobrevivientes a quemaduras no tuvo registro de obra social alguna en las H.C., mientras que el 26,37% sí.

Con respecto al **Tipo de Quemaduras** como se mencionó anteriormente, se utilizó categorías según el tipo de registro en las H. C. siendo opciones posibles las siguientes: A, AB y B, o combinadas: A y AB; A y B; AB y B; TODAS.

La presencia de quemaduras tipo AB o intermedias se encuentra en la mayoría de los pacientes registrados para este estudio, generalmente en combinación con otros tipos de quemaduras A o B; sumando las AB en presentación única y combinadas con A o con B, ascienden a la suma del 85.72 % de los casos de este estudio, gráfico N° 6. Las lesiones con presencia de tipo de profundidad AB únicamente representa el 12,08; las formas únicas de presentación tipo A o tipo B son aún más escasas. Tabla N°5.

Gráficos N° 5

Tipo de Q	%
A	7.14
A y AB	38.46
A y B	2.20
AB	12,08
B	4.94
B y AB	18.70
TODAS	16.48
TOTAL	100

Tabla N°5. Porcentaje según tipo de quemadura.

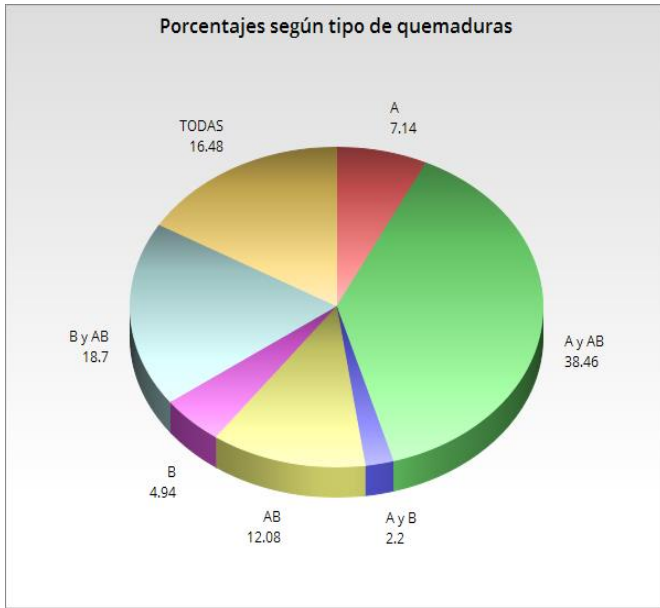


Gráfico N° 5. Porcentajes por tipo de quemaduras

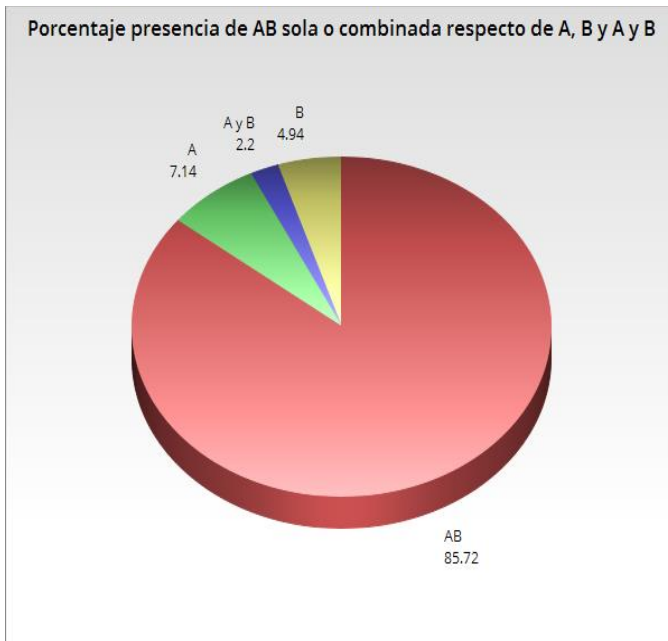


Gráfico N° 6. Porcentaje de frecuencia de AB en distribución única o combinada con otros tipos de quemaduras, respecto de quemaduras A, B o A y B.

Se registró el **porcentaje de superficie corporal total quemada** obtenido de las H. C. de los pacientes de este estudio, presentándose un rango de 1-95 %, con una concentración en el 20% de SCTQ; se evidenció una gran heterogeneidad de

porcentajes de superficie corporal total quemada procediéndose a construir rangos según se puede ver en la tabla N° 3: de 1 a 20%, 21 a 40%, 51 a 60%, 61 y más; la mayor cantidad de casos se registró en el rango de 1 a 20% con un 54,3% de los casos.

Rangos de SCTQ	% de ocurrencia
1 a 20%	54,3
21 a 40%	32,9
41 a 60%	6,4
61 y + %	6,4
Total	100

Tabla N° 6. Porcentajes según rangos establecidos de SCTQ

En relación a la **topografía de las lesiones por quemaduras** de los casos registrados para este estudio la ubicación fue heterogénea, abarcando distintas zonas corporales en un mismo paciente siendo que el 73,61 presentó quemaduras en **MMSS** conjuntamente con otras zonas corporales mientras que el 2,75% las tuvo distribuidas en MMSS únicamente; la sumatoria de ambas -quemaduras de MMSS combinadas con otras zonas corporales más las quemaduras localizadas sólo en MMSS- asciende al 76.36 % de los casos en esta investigación.

Más de la mitad de los pacientes ingresados a la UTI del Serv. de CP y Q tuvo lesiones por quemaduras en **cabeza y cuello**; el 64, 29 % presentó dichas lesiones en forma conjunta con otras zonas corporales y sólo el 0,55% presentó en cabeza y cuello únicamente; sumando ambas asciende al 64,84 % de casos en que se presentó las quemaduras de cabeza y cuello. La mayor concentración de topografía conjunta que involucró cabeza y cuello fue en el subgrupo cabeza y cuello-tronco-MMSS con un 20,88 % y cabeza y cuello-tronco-MMSS-MMII con un 18,68 % de los casos registrados para este estudio.

Zona corporal	f	%
Cabeza y cuello	1	0,55
Cabeza y cuello; MMII	1	0,55
Cabeza y cuello; MMSS	10	5,49
Cabeza y cuello; MMSS; MMII	12	6,59
Cabeza y cuello; tronco	8	4,40
Cabeza y cuello; MMII y tronco	3	1,65
Cabeza y cuello; tronco, MMSS	38	20,88
Cabeza y cuello, tronco, MMSS; MMII	34	18,68
Lesión circunferencial, cabeza y cuello; tronco	1	0,55
Lesión circunferencial; cabeza y cuello; tronco; MMSS	1	0,55
Cabeza y cuello; lesión circunferencial, MMII	9	4,95
Lesión circunferencial; tronco; MMII	1	0,55
Lesión circunferencial; tronco; MMSS; MMII	1	0,55
Lesión circunferencial; tronco; MMSS; MMII; otras	1	0,55

lesiones traumáticas		
MMII	8	4,39
MMSS	5	2,75
MMSS;MMII	11	6,04
Tronco	4	2,20
Tronco; MMII	7	3,85
Tronco; MMSS	17	9,34
Tronco; MMSS; MMII	9	4,94
Total	182	100

Tabla N° 7. Frecuencia y porcentaje de la topografía de las lesiones.

Además del análisis topográfico de las lesiones se hizo el de **localizaciones especiales** de la población en estudio, por la importancia funcional y/o estética que redundan en la reintegración a las tareas productivas; las combinaciones que se presentaron en la heterogeneidad de la distribución de las quemaduras se presentan en la tabla N°4 y gráfico N° 4. Luego se procedió a sumar las frecuencias de cada localización en particular y se evidenció que un mayor porcentaje de lesiones se presentó en **cara y cuello** (70,16%), **manos y pies** (70,15%) seguidas de las que comprometieron zonas de flexo-extensión (37,10%). La frecuencia de quemaduras que afectaron genitales y periné en la población de este estudio fue baja.

Localizaciones especiales	n	%
Cara y cuello	33	18.13
Cara y cuello;genitales	2	1.10
Cara y cuello, manos y pies	41	22.52

Cara y cuello, manos y pies; genitales	3	1.65
Cara y cuello; manos y pies, genitales, zonas de pliegue	1	0.55
Cara y cuello, manos y pies, periné, zonas de pliegue	3	1.65
Cara y cuello, manos y pies, zonas de pliegue	33	18.13
Cara y cuello, zonas de pliegue	13	7.14
Genitales, zonas de pliegue	1	0.55
Manos y pies	35	19.23
Manos y pies, zonas de pliegue	12	6.60
Periné, genitales	1	0.55
Zonas de pliegue f/e	4	2.20
TOTAL	n: 182	100

Tabla N° 8. Frecuencia y porcentaje de localizaciones especiales.

En relación a la **etiología de las quemaduras** el 70.88 % de los casos registrados que ingresaron a la UTI del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados en el período de estudio, tuvo como causa el *fuego directo*, seguido de la causa *térmicas inflamación de líquidos* con un 15,38 %, *térmicas contacto con líquidos calientes* 7,14 %, siendo que las causas eléctricas por descarga o por explosión/fogonazo, químicas contacto con ácidos, térmicas con sólidos calientes y otros tuvieron porcentajes inferiores al 3%.

Respecto al **tipo de accidente** los datos fueron recabados de la hoja de registro de ingreso de los pacientes quemados del HIGASM, utilizando la clasificación que consta en el protocolo de admisión. En más de la mitad (63,43%) de los casos

registrados en este estudio el evento fue doméstico, seguido por agresión de terceros (12,10), trabajo (8,79%) , autoagresión (7,14%) público (6.59 %), otros (1,65%). Tabla N° 9. Gráfico N° 7.

Tipo de accidente	%
Doméstico	63,73
Agresión de terceros	12,10
Trabajo	8,79
Autoagresión	7,14
Público	6,59
Otros	1,65
Total	100

Tabla N° 9. Tipo de accidente.

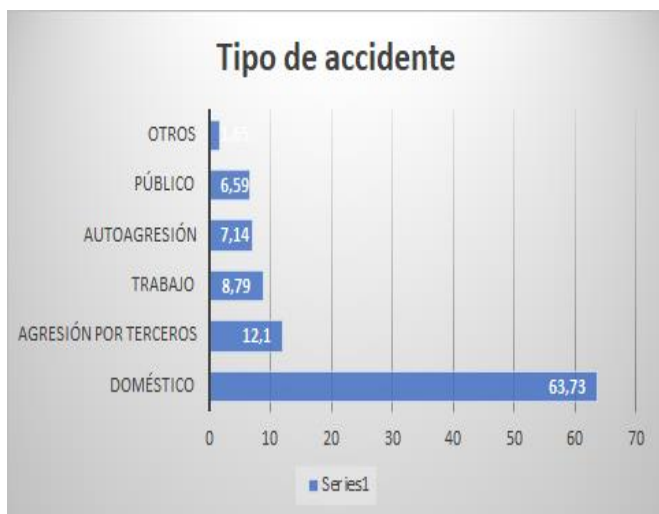


Gráfico N° 7. Porcentaje tipo de accidente.

Resultados asociados al Objetivo II: “Identificar el grado y tipo de continuidad terapéutica que recibieron los pacientes mencionados”.

El grado y tipo de continuidad terapéutica se obtuvo por encuestas, como se ha mencionado anteriormente.

De los 182 casos registrados para este estudio, 65 fueron óbitos, quedando 117 posibles de encuestar; en 23 de ellos, no constó registro telefónico alguno; a los 94 restantes se los llamó por teléfono, obteniendo que 19 no fueron abonados en servicio, 1 estuvo inhabilitado para usar el teléfono al momento de la encuesta, en 6 el número registrado estuvo equivocado; quedando 68 personas a encuestar, 42 de ellas no se pudo contactar por haber dejado en desuso los teléfonos fijos y/o celulares registrados en las HC o el que respondía manifestó no conocer a esa persona o no tener dato actual de ella. En un caso la familia informó el fallecimiento de la persona a encuestar, posterior a la externación, teniendo como causa otro accidente, 1 se mudó a otra provincia, 1 no atendió por estar en “estado delicado” al momento del contacto telefónico según referencia del familiar, otro sobreviviente registrado estuvo privado de su libertad; 2 externados posibles de encuestar no quisieron participar, finalmente 20 respondieron las encuestas telefónicas.

Cuando los sobrevivientes a quemaduras ingresan al hospital, en situación de emergencia, se registra el teléfono de la persona que lo acompaña, pudiendo ser un vecino, un policía o cualquier persona que transitó por el lugar en que sucedió el evento y colaboró; esto dificulta el contacto posterior.

Como se expuso anteriormente se registró el grado de seguimiento de los pacientes externados, según la siguiente escala de Likert.

- **Continuidad sin pérdida de contacto óptima:** Ha tenido al menos una consulta o sesión al mes con algún miembro del equipo de salud en los primeros doce meses luego del alta hospitalaria.
- **Continuidad sin pérdida de contacto mínima:** ha tenido al menos una consulta o sesión cada dos meses con algún miembro del equipo de salud durante los primeros seis meses.
- **Fluctuante:** Ha tenido contacto de manera fluctuante con algún miembro del equipo de salud, es decir interrumpida durante el año siguiente al alta.
- **Escaso:** ha habido contacto dos veces en un año con algún miembro del

equipo de salud luego de la externación.

- **Nulo:** no ha habido contacto con ningún miembro del equipo de salud luego del alta hospitalaria y durante los 12 meses siguientes.

Es de destacar que al nombrar equipo de salud en la escala de Likert se hace referencia a la asistencia de profesionales brindada en cualquier institución de salud, pudiendo ser por lo tanto en centros asistenciales en su zona de origen o en el HIGASM.

De los encuestados para este estudio, se registró las variables lugar de residencia, convivencia, y nivel educativo y se analizó su relación con el tipo y grado de seguimiento

El lugar de residencia, se registró por zonas sanitarias y también por municipio a fin de visualizar la posible distancia con el hospital San Martín. La zona sanitaria de residencia de los encuestados que tuvieron grado óptimo de seguimiento fue en su mayoría Zona XI representando el 75% de los casos (La Plata y Berisso); el resto en Zona VI (Berazategui) y Zona V (San Fernando). No hubo sobrevivientes encuestados con grado de seguimiento óptimo, con residencia en otras zonas sanitarias.

La residencia que contestaron los encuestados con seguimiento *nulo* fueron: zona XII (La Matanza) con un 37,5%, zona V (Mar del Plata) 25%, Zona XI (Brandsen y La Plata) 25% zona VII (Moreno) 12,5%.

Las zonas sanitarias de residencia de sobrevivientes a quemaduras encuestados con seguimiento *fluctuante fueron:* zona V (Tigre); *escaso:* zona V (Tigre) y zona XI (La Plata) .

Con respecto a la variable convivencia, los datos de las encuestas arrojaron que casi la totalidad de los sobrevivientes a quemaduras encuestados que tuvieron grado **óptimo** de seguimiento convivieron *con alguien* antes y después de presentar las lesiones por quemaduras.

Las personas convivientes nombradas por los encuestados fueron esposa, marido, pareja, hijos, madre, padre y hermanas. Luego de la externación por quemaduras

nombraron los mismos familiares habiendo habido algunas diferencias con motivo de haber cambiado de pareja conviviente o haber tenido un nuevo hijo.

La convivencia de sobrevivientes encuestados que tuvieron grado **fluctuante** de seguimiento han convivido *con alguien* antes y después del evento por quemaduras, como así también las personas quemadas con grado de seguimiento **escaso**, excepto un encuestado que decidió no contestar esa pregunta.

De los encuestados con grado **nulo** de seguimiento el 71,42% convivió *con alguien* antes de quemarse, mientras que el 28,57 *vivía solo*. Luego del evento por quemaduras el 28,57% *vivió solo* aunque no son los mismos encuestados que respondieron la no convivencia antes y después. Tabla N° 10

GRADO S.	CA	S/CA	N/C	T/A	CP	S/ CP	N/C	T/P
Óptimo	7	1		8	7	1		8
S/ PCM	1			1	1			1
Fluctuante	1			1	1			1
Escaso	2		1	3	2		1	3
Nulo	5	2		7	5	2		7
Total	16	3	1	20	16	3	1	20

Tabla N° 10. Frecuencia de convivencia según grado de seguimiento

GRADO S: grado de seguimiento

CA: convivencia anterior al evento

S/ CA: sin convivencia anterior al evento

N/C: no contesta

T/A: total convivencia anterior al evento.

CP: convivencia posterior al evento

S/CP: sin convivencia posterior al evento

T/P: total convivencia posterior al evento.

S/PCM: sin pérdida de contacto mínima.

El **nivel educativo** manifestado por los encuestados muestra que todos estuvieron escolarizados, habiendo presentado desde un nivel de primaria completa a universitario incompleto, no siendo significativa esta variable para la adherencia al tratamiento.

De los 20 encuestados, el 65 % ha continuado tratamiento para sus quemaduras por consultorios externos, luego de la externación, mientras que el 35 % ha tenido un grado de seguimiento nulo.

Más de la mitad de los encuestados que han tenido algún grado de seguimiento posterior a la externación por quemaduras, tuvieron grado óptimo 61,54 % siendo que el 23,08 % tuvo un seguimiento escaso, el 7,69 % ha manifestado haber tenido una continuidad de tratamiento sin pérdida de contacto mínima e igual porcentaje tuvo un seguimiento fluctuante .

Los encuestados con grado nulo de seguimiento (35 %) manifestaron haber tomado la decisión de no hacer ningún tratamiento posterior a la externación. De los que han continuado tratamiento por consultorios externos la mayoría de ellos han mencionado la gran incomodidad y padecimiento por el uso de tratamiento compresivo, utilización de férulas, realizar curaciones, ejercicios, cirugías a repetición, y multiplicidad de tratamientos.

Una encuestada joven, con quemaduras en cara, cuello, tórax, MMSS y zonas dadoras en MMII manifestó:

...”me retaban, me costaba mucho usar la presoterapia, y me decían: lo tenés que usar [me dijeron], [dije] no! me duele! o sea, pero lo tenés que usar”

...”o me daba una silicona más [la terapeuta ocupacional] y yo: no, porque me pica...era un rechazo a todo, pero igual lo usé..o no lo usé...siempre tenía dolor pero de a poquito me fui resignando y dije lo voy a empezar a usar”...

En cuanto al **tipo de seguimiento**, la mayor frecuencia de consultas por profesión que se obtuvo de los encuestados con algún grado de seguimiento, fue Terapia Ocupacional, f. 10 de n: 13, lo que representó el 76,92 % de los encuestados, seguido de consulta médica con cirujano plástico 56,84 % ; psicólogo 23,07 % , psiquiatra 15,38 % , kinesiólogo 15,38 % , clínico 7,69 % , otros: dermatólogo 7,69

% , otros: alcohólicos anónimos: 7,69 %.

De los 13 encuestados que tuvieron algún grado de seguimiento el 61,5 % fue atendido por parte de más de una disciplina, mientras que 38,5 % tuvo adherencia con un solo tipo de profesión. De los encuestados que recibieron tratamiento por equipo interdisciplinario en su mayoría (75 %) se repite el equipo Cirugía Plástica y Terapia Ocupacional.

Relacionando el *tipo* con *grado de tratamiento*, se puede decir que todos los encuestados grado óptimo de seguimiento concurren a tratamiento de terapia ocupacional, mientras que algunos de ellos tuvieron consultas o tratamientos con alguno/algunos de los siguientes profesionales: médicos (clínico, cirujano plástico, psiquiatra) y psicólogo.

En relación al Objetivo específico III: “Establecer la participación de los pacientes mencionados en actividades productivas antes del evento”, se obtuvieron los siguientes resultados:

A- Trabajo rentado anterior al evento por quemaduras: el 80 % de los encuestados contestó tener un trabajo rentado antes del evento por quemaduras.

Condición de trabajo rentado: de los sobrevivientes que contestaron haber trabajado antes del evento por quemaduras, el 75% manifestó haberlo hecho “en negro” o empleo informal, mientras que el 18,75% informaron haber sido trabajadores en blanco o empleo formal, y el 18,75 % restante no contestó la pregunta.

Descripción de tipos de trabajos: los encuestados han manifestado trabajar en tareas varias de pizzería, ayudante de cocina, pedicura, carpintería de aluminio, cromado, changas, jardinería, juntar tierra, limpieza, trabajos en construcción de obras, pintor de autos, chapa y pintura de autos, tareas de campo, peluquería, siendo la mayoría trabajadores manuales; cuatro hicieron trabajo predominantemente mental: gestoría, cuidado de personas, cuidado de autos y vigilancia.

B. Trabajo no rentado anterior al evento por quemaduras: cuidado de otros y tareas del hogar

B-1 Cuidado de otros

De los 20 encuestados, el 40% manifestó haber cuidado a otras personas -sin obtener un pago por ello- antes del evento por quemaduras, mientras que el 60% no cuidó a ninguna persona sin remuneración.

La participación en actividades de cuidado se ha dado en el seno familiar, siendo la tarea más asignada el cuidado de los hijos (62,5 %), seguido de cuidado de madre adulta mayor (25 %) , sobrina (12,5 %), ex marido (12,5 %).

En el análisis por género, se relevó que del total de encuestados que hicieron tareas de cuidado sin retribución dineraria antes del evento por quemaduras, el 62,5% fue de sexo femenino, mientras que en los varones fue de un 37,5%.

B- 2. Tareas del hogar

Casi la totalidad de encuestados (95 %) respondieron haber realizado tareas del hogar antes del evento por quemaduras.

Las actividades descriptas como tareas del hogar en las que participaron antes de quemarse fue limpiar, lavar, lavar platos, cocinar, lavar ropa, secar, pasar trapo, planchar, todas, las habituales, ayudar a la esposa.

En relación al Objetivo IV: “Determinar el grado de reinserción a las actividades de productividad de los pacientes incorporados al presente estudio y el tiempo transcurrido desde la externación hasta lograr la reinserción” se puede decir que más del 60% de los encuestados se reintegraron con **grado completo** a las actividades productivas remuneradas, observándose que en las actividades productivas no pagas (cuidado de otros y tareas del hogar), se reinsertó también en grado completo por encima del 84%. Tabla N° 11.

<i>GRADO REINSE CIÓN</i>	<i>TRABAJO RENTADO %</i>	<i>CUIDADO DE OTROS %</i>	<i>TAREAS HOGAR %</i>
<i>Completo</i>	<i>62,50</i>	<i>87,5</i>	<i>84,2</i>
<i>Parcial</i>	<i>18,75</i>	<i>0</i>	<i>10,5</i>
<i>Nulo</i>	<i>18,75</i>	<i>12,5</i>	<i>5,3</i>
<i>Total</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>100</i>

Tabla N° 11. Grado de reinserción a las actividades productivas expresado en porcentajes.

Se presenta la descripción de los resultados de la reinserción a la productividad trabajo rentado A.1 y el tiempo transcurrido desde la externación hasta la reinserción al trabajo rentado A.2. posteriormente se muestra la reinserción al trabajo no rentado B, discriminado en B1: cuidado de otros y B2: tareas del hogar.

A - Trabajo rentado posterior al evento por quemaduras:

A.1 Reinserción al trabajo rentado

A.2 Tiempo transcurrido desde la externación y hasta la reinserción al trabajo rentado.

A.1 Reinserción al trabajo rentado:

Como se mencionó anteriormente el 62,50 % de los E se reintegró con grado completo al trabajo anterior rentado, el 18,75% parcial y el 18,75% nulo.

El 81,25% de los encuestados se reintegró al menos a un trabajo luego de la externación siendo que el 18,75 de ellos se reintegró a un trabajo y a otro trabajo no (grado parcial).

Los encuestados que presentaron grado nulo de reinserción, lo relacionaron con no soportar el calor de la cocina sobre su piel quemada, presencia de miedo a salir de su hogar (en quemaduras por agresión de género), problemas con compañeros de

trabajo, discriminación, y tener que dedicarse en forma exclusiva a las tareas de cuidado de familiar.

De los encuestados que se reintegraron a un trabajo pero a otro no, lo relacionaron con haber dejado un trabajo por los siguientes motivos: haberse quemado con ácido trabajando en taxidermia, no soportar el calor de la cocina y por el aspecto de sus quemaduras, enfatizando que la peluquería es una actividad en que el cuerpo de él está en contacto y cerca del cuerpo del cliente.

Algunos sobrevivientes a quemaduras severas tuvieron una conducta resiliente que les permitió reintegrarse al trabajo aún con secuelas visibles estéticas y funcionales, una encuestada manifestó:

“Hay gente que te mira como bicho raro y otros te miran normal” “pero no les hago caso”

En cambio otro E expresó:

“reintegrarse a lo laboral es terrible” “la gente se te pone a ver los injertos” “los compañeros de trabajo me pusieron piel de serpiente” “discriminan por el aspecto”

A.2 Tiempo transcurrido desde la externación hasta la reinserción al trabajo rentado.

De los E que se reintegraron al trabajo rentado el 77 % se reintegró antes de los 11 meses inclusive, desde la externación, siendo que más del 50 % lo hizo antes de los 6 meses. El 23 % se reinsertó entre el año y los dos años luego del alta de internación. Tabla N° 12.

Meses	%
0 a 1	23,0
2 a 6	31,0
7 a 11	23,0
12 a 24	23,0
TOTAL	100

Tabla N° 12. Tiempo transcurrido desde la externación hasta el RTR.

La media de tiempo transcurrido desde la externación hasta el RTR fue de 3.25 meses.

Como se mencionó anteriormente un 20% de los encuestados no trabajaron en un trabajo rentado antes del evento.

Cuatro encuestados refirieron haber obtenido su primer trabajo luego del evento por quemaduras. Uno de ellos manifestó trabajar a los meses de externarse del hospital (no pudo precisar el dato referido a cuántos meses) en un taller mecánico, otro E tuvo su primer trabajo luego de dos años del alta de internación, desarrollando como actividad laboral tareas de granja, la condición laboral de ambos fue en negro. Un tercer encuestado obtuvo su primer trabajo rentado en un término mayor a dos años de su externación, en un frigorífico y un cuarto sobreviviente a quemaduras lo logró a los tres años del alta de internación del hospital manifestando que el tiempo transcurrido y la dificultad tuvo como causa sus quemaduras, el trabajo obtenido fue en una cooperativa; la condición laboral de estos dos últimos encuestados fue *en blanco* o empleo formal.

B. Reinserción al trabajo no rentado: *cuidado de otros y tareas del hogar*

B.1 Cuidado de otros

El 87,5% de los encuestados que realizaron estas actividades antes del evento por quemaduras tuvo grado completo de reinserción.

El tiempo que transcurrió desde la externación hasta el retorno a la actividad *cuidado de otros* fue en más de la mitad de los encuestados dentro de los 6 primeros meses y casi la totalidad (85,71%) dentro del año.

Una encuestada manifestó reintegrarse al *cuidado de otros* al mes del alta hospitalaria, debido a que no tuvo quien la reemplazara en la actividad, cuidar a su ex marido, siendo acompañada por su pareja actual en el primer mes; otra sobreviviente que no cuidaba a otros sin percibir un pago por ello, antes de quemarse, después de externarse realizó la tarea cuidando a su madre adulta mayor, “por necesidad”; manifestaron que la reinscripción a la tarea de cuidado fue en forma gradual y acompañados por un otro.

Respecto a la reincorporación a las tareas de cuidado por sexo se observó que no hubo diferencia significativas entre varones y mujeres encuestados, es decir que las lesiones por quemaduras no parecen haber incidido en el retorno a dichas actividades según el género de los encuestados; sin embargo en el retorno al trabajo rentado fueron los hombres quienes más se reintegraron.

Si bien no es objetivo de este estudio, un hallazgo incidental obtenido por género fue que la mayoría (90,9 %) de los varones no realizaba las actividades de cuidado entre las personas encuestadas antes de quemarse.

B. 2 Tareas del hogar:

El 84,2% se reintegró con grado completo a las tareas del hogar, el 10.5% se reintegró con grado parcial, (reintegro a algunas tareas del hogar y a otras no), mientras que el 5,3% tuvo grado nulo de reinscripción a dicha actividad.

De los encuestados que no se reintegraron en su totalidad a las tareas del hogar, dos manifestaron no haber retornado a la actividad cocina y uno no se reintegró por vivir en situación de calle.

El tiempo que transcurrió hasta poder participar nuevamente de esas actividades desde la externación fue más del 83 % dentro del primer año - siendo un valor similar a la reinscripción a tareas de cuidado-.

Es de destacar que algunos sobrevivientes refirieron haberse reintegrado de manera inmediata a las tareas del hogar o al mes, y que junto con los que se reintegraron entre los dos a 6 meses de externado el 72,2 % lo hizo antes de los 6 meses. El 44,4 % se reintegró antes de los dos meses. Tabla N° 13

Los que se han reintegrado en corto tiempo lo han relacionado a la necesidad imperiosa de cubrir esas necesidades. Una encuestada refirió reintegrarse a las tareas del hogar y cuidado de otros al mes porque no tenía otra opción dado que el hijo dependía de que ella pudiera hacerlo, habiendo comenzado a hacerlas acompañada en un primer momento por su madre.

Otra encuestada manifestó reintegrarse a las tareas del hogar en forma inmediata a la externación y de manera gradual.

Meses	%
0 inmediato	22,2
1	22,2
2 a 6	27,8
7 a 11	11,1
12 a 24	16,7
TOTAL	100

Tabla N° 13. Tiempo desde el alta de internación hasta el RTNR, tareas del hogar.

Respondiendo al objetivo particular V “Establecer la participación actual a las actividades de productividad”, se describe la actividad productiva pos egreso hospitalario actual, es decir al momento de la encuesta.

El 80 % de los encuestados está trabajando en la actualidad, en un *trabajo rentado* habiendo transcurrido un rango de 3 a 9 años de externación. Dos encuestadas manifestaron no trabajar en trabajo rentado por tener que asistir a sus madres mayores -trabajo no rentado-, uno refirió no conseguir trabajo por su condición de secuela de quemaduras y un último encuestado no contestó la pregunta habiendo querido terminar antes la encuesta.

Uno de los encuestados que se reintegró al año a tareas de auxiliar de educación manifestó haber quedado luego cesante. Su trabajo era por contrato y no fue

renovado, según refiere el entrevistado éste fue motivado por presentar dificultades funcionales y estéticas por las quemaduras. Refirió no haber podido realizar las tareas de cocina en escuelas por la intolerancia al calor y tampoco transportar baldes con peso, actividades requeridas para su puesto de trabajo, actualmente no trabaja en un trabajo rentado.

El 85% de los encuestados manifestó realizar actualmente *tareas del hogar*. Los encuestados que no participan en tareas del hogar en la actualidad no lo vincularon a las quemaduras; uno de ellos manifestó no hacerlo por vivir en situación de calle y otros por no necesitar hacerlas.

En la actualidad el 30 % de los encuestados realiza la actividad *cuidado de otros* sin obtener un pago por ello. Una de las encuestadas dejó de cuidar porque falleció la persona cuidada (E3).

Objetivo VI: Analizar la participación en actividades de productividad de los pacientes mencionados en relación con el tipo y grado de continuidad de asistencia brindada por el equipo de salud luego del alta hospitalaria.

Acorde a los resultados arrojados por los datos de las encuestas de la presente tesis, se analizó la participación de la población en estudio en las actividades productivas en relación al tipo y grado de continuidad de asistencia brindada por el equipo de salud luego del alta hospitalaria; para ello se organizó los resultados de la siguiente forma:

A- Relación de la participación en actividades productivas y *grado de continuidad de tratamiento*

- A-1 Grado de continuidad de tratamiento y trabajo rentado
- A- 2 Grado de continuidad de tratamiento y trabajo no rentado: cuidado de otros.
- A- 3 Grado de continuidad de tratamiento y trabajo no rentado: tareas del hogar.

B- Relación de la participación en actividades productivas y *tipo de asistencia*

A-1. *Grado de continuidad* de tratamiento y trabajo rentado

Grado óptimo: el 40 % de los encuestados tuvo grado óptimo de seguimiento, el 62,5 % de ellos se reintegró al trabajo anterior con grado completo, el 12,5 % se reintegró con grado parcial (a un trabajo sí y al otro no), el 12,5 % presentó grado nulo de reintegro y otro 12,5 % no trabajaba antes del evento por quemaduras;

Grado continuidad sin pérdida de contacto: el 5 % de los encuestados tuvo este grado de seguimiento y fue con grado completo de reintegro a su trabajo anterior rentado;

Grado fluctuante: el 5 % de los encuestados tuvo este grado de continuidad de tratamiento, reintegrándose también a su trabajo anterior;

Grado escaso: el 15 % de los encuestados presentó un grado de seguimiento escaso, de ellos un 5 % se reintegró en grado completo a su único trabajo pago, otro 5 % lo hizo en grado parcial de reinscripción y otro 5 % no trabajó antes del evento.

Grado nulo: el 35 % de los encuestados no continuaron con ningún tratamiento ni consulta luego del alta hospitalaria por quemaduras, de ellos el 42,9 se reintegró a su trabajo anterior con grado completo y el 14,3 % se reintegró en grado parcial; el 14,3 % no se reintegró. El 28,5 % no trabajó antes de quemarse.

Si bien el 71% de los encuestados que se reintegró al menos a un trabajo rentado tuvo algún grado de adherencia al tratamiento también se puede decir que de los que tuvieron grado nulo sólo el 14,3 % no se reintegró.

Otro resultado surgido del análisis sobre reintegro al trabajo pago es que todos los encuestados que trabajaron antes de quemarse en más de un trabajo pago, se reintegraron solo a uno de ellos, perdiendo así un 50% de actividad productiva rentada.

A-2. *Grado de continuidad* de tratamiento y trabajo no rentado: cuidado de otros.

Respecto a la relación de la continuidad de tratamiento con la actividad “*cuidado de otros*” el 75 % presentó algún grado de seguimiento; de los pacientes externados que se reintegraron a esta actividad, el 50 % tuvo grado *óptimo* de seguimiento, el 25 % *nulo*, el 12,5 % *escaso* y 12,5 % *continuidad sin pérdida de contacto*.

Una sola encuestada no se reintegró cumpliendo el rol una hermana de ella, su grado

de seguimiento fue *fluctuante*. No se puede aseverar una relación significativa entre el grado de continuidad de tratamiento y el retorno a las tareas de cuidado por el bajo número de encuestados, sin embargo la mayoría de ellos se reintegró habiendo tenido algún grado de seguimiento en un 75% de los casos en estudio.

A-3. Grado de continuidad de tratamiento y trabajo no rentado: tareas del hogar:

Casi todos los encuestados (87,5 %) que tuvieron grado *óptimo* de seguimiento se reintegraron a las tareas del hogar con grado completo de reinserción; una encuestada también con grado *óptimo* de seguimiento presentó grado parcial debido a que no se reintegró a la tarea cocinar por “*no soportar el calor en la piel*”. Es de destacar que en este caso la familia ha mostrado un rol sobreprotector -según referencias de la encuestada-; la encuestada aún no se reintegró a esta actividad habiendo transcurrido tres años desde la externación hasta el momento de la toma de la encuesta

Del resto de los encuestados que se reintegraron con grado completo de reinserción, el 10 % presentó *grado escaso* de continuidad, el 5 % *grado fluctuante*, el 5 % con grado de *continuidad mínima de seguimiento*. En síntesis haber tenido algún grado de seguimiento se relacionaría con la reinserción a esta actividad aunque el 25 % presentó *grado nulo de seguimiento* y se ha reintegrado. Nuevamente se infiere que ellos han obtenido las capacidades al menos indispensables para desempeñarse en estas actividades en los tratamientos recibidos en la Terapia Intensiva.

B- Relación del tipo de tratamiento recibido por los encuestados y la reinserción a las actividades productivas:

Se objetivó que la *profesión* con la que hubo más encuestados (76,92%) con adherencia fue Terapia Ocupacional, seguido de consulta con el cirujano plástico (56,84 %). En orden decreciente continua psicología (23,07 %), psiquiatría (15,38 %), kinesiología (15,38 %), clínica médica (7,69%) Analizando el tipo de seguimiento por *equipos interdisciplinarios* también en el que mayor adherencia hubo fue terapia ocupacional y cirugía plástica. Gráfico N° 8.

El 35 % no se reintegró habiendo tenido la mayoría seguimiento (sólo el 14,3 % no

tuvo grado de seguimiento) por lo que es probable que el tipo de tratamiento esté relacionado con la reinserción a la actividad productiva aunque no se puede aseverar.

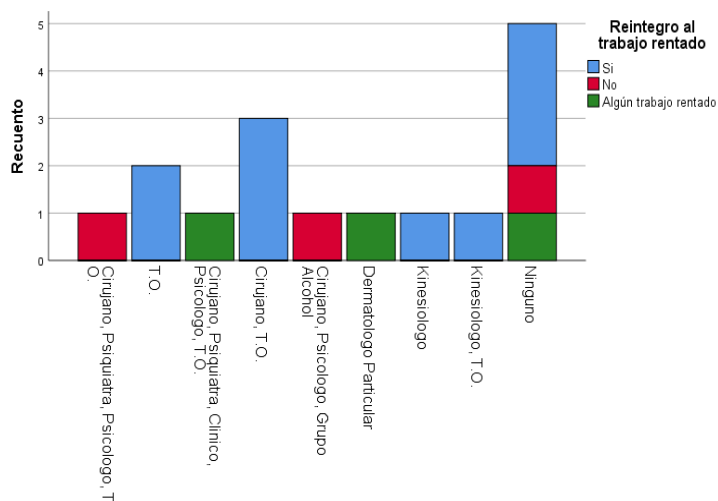


Gráfico N° 8. Reintegro al trabajo rentado según tipo de tratamiento recibido.

Con respecto a la reinserción a la actividad *cuidado de otros* y tipo de tratamientos recibidos el 87,5 % se reintegró a estas tareas; el 87,5 % tuvo seguimiento por consultorios externos con algún/algunos profesional/es; el 12,5 % que no se reintegró a las tareas de cuidado recibió tratamiento interdisciplinario; y otro 12,5 % se reintegró a la actividad sin haber recibido ningún tipo de tratamiento por consultorios externos.

La profesión con la que más se presentó seguimiento en los que se reinsertaron a la actividad *cuidado de otros* fue TO, seguido de consulta con el cirujano plástico, psiquiatra, médico clínico, kinesiología. Gráfico N° 9.

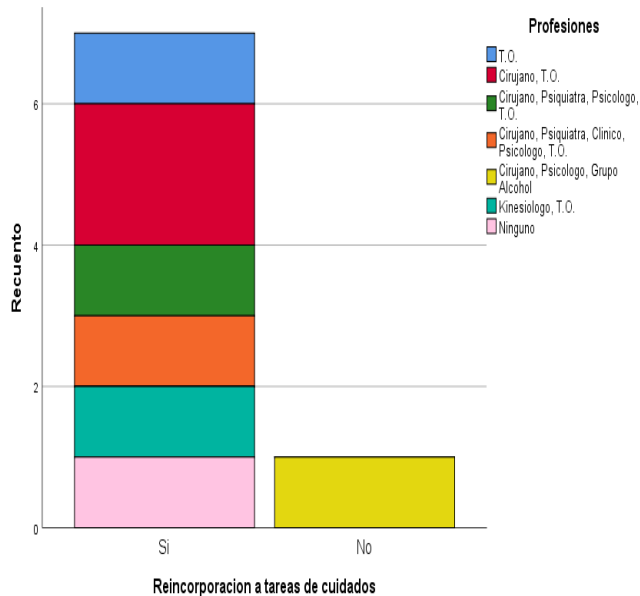


Gráfico N° 9 Reinscripción a las tareas de cuidado según tipo de tratamiento recibido.

En cuanto al tipo de tratamiento que sostuvieron los encuestados que se reinsertaron a las *tareas del hogar*, y con un grado *óptimo* de seguimiento, T O fue sostenido por todos ellos, ocupando el segundo lugar de adherencia por profesión cirugía plástica; por lo que se infiere que el tipo de seguimiento ha influido en la reinscripción a esta actividad, siendo que Terapia Ocupacional es particularmente la profesión que dirige sus objetivos a lograr la participación en las ocupaciones diarias y el 100 % de los que tuvieron grado óptimo de seguimiento se reintegró, sin embargo del total de encuestados que participaron de la actividad tareas del hogar, el 36,84 % tuvo grado nulo de seguimiento y de ellos el 85,7 % se reinsertó. G. N°10

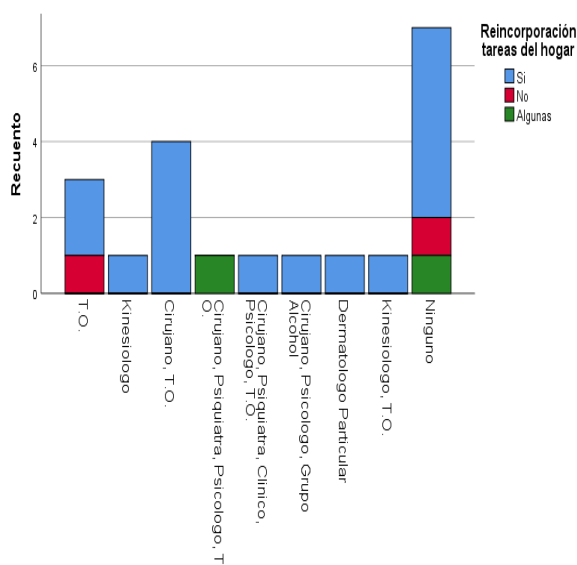


Gráfico N° 10. Reintegración a las tareas del hogar según tipo de seguimiento

Respondiendo al objetivo VII “Comparar el grado de participación en actividades productivas (completo, parcial, nulo) de los pacientes externados según grado de gravedad de las quemaduras (II, III y IV) y conforme su relación temporal con el evento (comparación de las actividades antes del evento y posterior a su egreso hospitalario)”.

Doce E presentaron quemaduras grado III y ocho grado II de gravedad. No se obtuvo encuestas de personas con grado IV.

De los 12 participantes grado III de gravedad de lesiones por quemaduras en este estudio, 10 trabajaron en un trabajo pago antes del evento y de los 8 con grado II trabajaron 6.

Del análisis comparativo del *grado de participación* (completo, parcial o nulo) de los encuestados en las actividades productivas según grados de gravedad se evidenció que mientras que el 100 % de encuestados grado II de gravedad que trabajaron antes del evento por quemaduras luego de la externación participaron todos en un trabajo rentado en *grado completo o parcial*, sólo el 60 % grado III lo logró en *grado completo* luego del alta hospitalaria y un 10 % en *grado parcial*. No hubo encuestados grado II de gravedad de quemaduras con *grado nulo de participación* luego del evento mientras que en los de grado III de gravedad el 30 % tuvo *grado de participación nulo* post externación.

Los dos encuestados grado III de gravedad que no trabajaban en un trabajo pago al momento de quemarse lograron obtenerlo a los dos años del evento por quemaduras por primera vez y de los encuestados grado II uno no trabajaba por la edad y luego de tres años de externarse logró tener su primer trabajo rentado, mientras que otra manifestó no trabajar en un trabajo rentado antes ni después del evento por quemaduras debido a tener que dedicarse al cuidado de su madre adulto mayor (trabajo no rentado).

Respecto a las actividades productivas no rentadas, luego del evento por quemaduras de los E que participaron en la actividad *cuidado de otros* el 100% de los encuestados grado II de gravedad lo hicieron con *grado completo de reinserción*, mientras que de grado III de gravedad participó el 80 % de los encuestados también con *grado completo de reinserción*, siendo el 20 % *grado nulo*.

En relación a las tareas del hogar de los sobrevivientes grado II de gravedad participaron el 85 % con *grado completo* mientras que el 15 % lo hizo en *grado parcial*; en grado III de gravedad, el 75 % de los encuestados tuvo *grado completo* de participación luego de la externación, siendo que el 8,3 % tuvo *grado parcial* y el 16,7 % *grado nulo*.

- **Finalmente en relación a los resultados asociados al Objetivo VIII “Comparar el grado y tipo de seguimiento de los encuestados según grado de gravedad (II y III) y su impacto en la reinserción a la productividad”.**

De la comparación del *grado y tipo de seguimiento* de los E según *grado de gravedad* de las quemaduras en la reinserción a la productividad se obtuvo que los sobrevivientes *grado III* de gravedad que se reintegraron al trabajo anterior rentado con grado completo de reinserción (60%) junto al reintegro con grado parcial de reinserción (a un trabajo y al otro no) en total 70 %, (el 30% no se reintegró) el 57 % de ellos tuvo grado de seguimiento óptimo, el 14,3 % escaso y el 28,6 % nulo.

Se infiere que en los casos del presente estudio no fue significativo el *grado de seguimiento* para la reinserción al trabajo rentado en los encuestados grado III, ya que de los que retornaron a dicho trabajo, el 42,9 % se reintegró habiendo tenido un grado de seguimiento nulo o escaso y del 30 % que no se reintegró al trabajo pago anterior hubo grado de continuidad nulo, escaso y óptimo por partes iguales, demostrando también que el grado de continuidad no impactó en la reinserción laboral.

Respecto al *tipo de seguimiento* del grupo de gravedad III que tuvieron *grado óptimo* (50 %) se evidenció que todos continuaron con terapia ocupacional y uno solo no continuó con cirujano plástico, siendo que todos ellos se reintegraron al menos a un trabajo. No obstante del otro 50 % que incluye encuestados con grado de seguimiento nulo en un 66,6 %, fluctuante 16,7 % y escaso 16,7 % también se han reinsertado en un 80 %.

Si bien no se puede determinar si el tipo de seguimiento fue significativo es altamente probable que haya influido en los encuestados de grado III.

De la comparación del grado y tipo de seguimiento según grado de gravedad E

grado III que se reintegraron a la actividad *cuidado de otros* con *grado completo de seguimiento* el 75 % tuvo grado óptimo y el 25 % nulo.

Si bien la mayoría de ellos tuvo un grado de adherencia óptimo es bajo el número de encuestados para inferir una relación entre grado de seguimiento y reinserción a las tareas de cuidado de los encuestados grado III, siendo que del total de encuestados con esa gravedad de quemaduras el 58,33 % no realizaron la actividad cuidado de otros antes del evento por quemaduras y del 41,66 % que participó en ellas, el 25 % tuvo grado nulo de reinserción.

Respecto del *tipo de seguimiento* el 75 % que se reinsertó a la actividad de cuidado tuvo seguimiento de terapia ocupacional, el 50 % además con cirugía plástica y en menor porcentaje con otros miembros del equipo de atención.

De la comparación del grado y tipo de seguimiento de los E **grado III** de gravedad que se reintegró a la actividad tareas del hogar el 90 % se reintegró en grado completo de reinserción, de ellos el 44,4 % presentó grado óptimo, 11,1% fluctuante, 11,1 % escaso y 33,3 % nulo; y respecto *al tipo de seguimiento*. El 71,42% de los que tuvieron algún grado de seguimiento el 71,4 % continuó con terapia ocupacional y cirugía plástica por consultorios externos. En las otras profesiones hubo porcentajes bajos de seguimiento

Como se mencionó anteriormente, el 100% de los encuestados **grado II** de gravedad que trabajaron antes del evento se reintegró al menos a un trabajo (dos de ellos no trabajaron antes de quemarse), el 66,7 % lo logró con grado completo de reinserción y presentaron el 33,3 % grado óptimo de seguimiento, el 16,7 % continuidad mínima y otro 16,7 % grado nulo de seguimiento; el 33,3 % de encuestados con grado parcial de reinserción presentaron grado escaso y nulo respectivamente respecto al grado de seguimiento por consultorios externos. Tabla N° 17.

Analizando el *reintegro al trabajo* pago con el *grado de seguimiento*, respecto a los E grado II, se infiere que no fue significativa el grado de continuidad de tratamientos ya que como se puede observar hubo variedad de grados de seguimiento desde nulo a óptimo en las personas que se reintegraron al trabajo rentado en grado completo o parcial de reinserción.

Con respecto al *reintegro al trabajo pago y tipo de seguimiento* relacionado a los E grado II que se reinsertó al trabajo rentado, la profesión con la que hubo mayor frecuencia fue terapia ocupacional como único tratamiento o en combinación con cirugía plástica o kinesiología.

Grado re inserción T. P	NULO	ESCASO	ÓPTIMO	CONT. MÍNIMA	FLUC TUANTE	TOTAL
Completo	16,7%	0,0%	33,3 %	16,7%	0 %	66,7 %
Parcial	16,7%	16,7%	0,0%	0,0%	0 %	33,3 %
TOTAL	33,3%	16,7%	33,3%	16,7%	0 %	100 %

Tabla N° 17. Encuestados grado II. Grado de re inserción al trabajo pago según grado de seguimiento.

Analizando el reintegro a las tareas del hogar con el *grado de seguimiento* de los E **grado II** se pudo evidenciar que el 100% de los encuestados se reinsertó con grado completo, habiendo presentado el 28,6 % del total grado nulo, 28,6 % escaso y 28,6% óptimo de seguimiento por consultorios externos; con grado parcial de re inserción a estas tareas se presentó un 14,3 % y presentó grado nulo de seguimiento. En síntesis el 42.9% tuvo grado nulo, el 28,6% escaso y el otro 28,6% óptimo, no siendo significativo el grado de seguimiento para la re inserción a las tareas del hogar dado que todos se reintegraron presentando diversos grados de seguimiento desde óptimo a nulo; y en relación al *tipo de seguimiento* de los que tuvieron algún grado de continuidad terapéutica se repite Terapia Ocupacional como tipo de profesión con mayor frecuencia, seguido de Cirugía Plástica.

Respecto al reintegro a la actividad *cuidado de otros* relacionado con *grado de seguimiento* de los E **grado II**, el 87,5 se reintegró a la actividad; el 100% se presentó en grado completo de re inserción a partir del primer mes de externación y presentaron diferentes grados de seguimiento, óptimo, escaso y continuidad mínima, por lo que no se relaciona el grado de seguimiento y la re inserción a las tareas de cuidado y en relación al *tipo de seguimiento* se repite Terapia Ocupacional en el 83,3 de los casos que se reintegraron, seguido de Cirugía Plástica con el 50 %.

En relación al retorno al trabajo *no rentado tareas del hogar*, hubo menor diferencia de porcentajes entre los encuestados **grado II y grado III** y en la actividad *cuidado de otros se mantiene también una diferencia mínima (87,5/75 %)*. Se puede decir entonces que no hubo diferencias significativas en la comparación de los E grado II y III de gravedad en relación al grado de continuidad en la reinserción a las mismas.

Sin embargo sí hubo diferencias significativas entre los encuestados grado II y grado III en el retorno a la actividad productiva rentada, dado que el 30% de los E grado III no se han reintegrado (grado nulo) y el 10% sólo lo hizo a uno de sus trabajos (grado parcial), mientras que los encuestados grado II se reintegraron el 100%; el 66,7 % lo hizo en grado completo y el 33,3 % en grado parcial. Se infiere que la reinserción a la actividad productiva rentada está relacionada con el grado de gravedad de las quemaduras.

Resultados del análisis de las entrevistas en profundidad:

Se realizaron entrevistas en profundidad a dos pacientes enrolados en este estudio, se procedió a su transcripción y se establecieron los siguientes ejes de análisis, respondiendo a los objetivos propuestos: continuidad y tipo de tratamiento; trabajo rentado; tareas del hogar; cuidado de otros; padecimiento.

Las dificultades, miedos, frustraciones, que acompañan al proceso de reinserción a la productividad de las personas que han sufrido quemaduras graves es un tema invisibilizado por lo que se consideró imprescindible realizar entrevistas en profundidad; como sostiene Robles B.⁵⁶, la intencionalidad principal de este tipo de técnica, es adentrarse en la vida del otro, penetrar y detallar en lo trascendente, descifrar y comprender los gustos, los miedos, las satisfacciones, las angustias, zozobras y alegrías, significativas y relevantes del entrevistado; consiste en construir paso a paso y minuciosamente la experiencia del otro.

Entrevistada A. Paciente femenina, de 58 años de edad que presentó quemaduras de tipo A y AB en un 25% de superficie corporal total quemada. La zona de distribución de las quemaduras fue en cabeza, tronco, MMSS, incluyó *localizaciones especiales*

como cara, manos, axilas (zonas de pliegue de flexo-extensión).

El siniestro se desarrolló en día sábado, fecha cercana a las fiestas -20 de diciembre de 2015- en su hogar, realizando en ese momento la actividad no rentada *cuidado de otros*.

La entrevistada no trabajaba en un empleo pago al momento del siniestro ni luego de él. Realizaba trabajos no rentados: cuidado de su madre y tareas del hogar. Luego del evento por quemaduras se reintegró a ambas actividades, comenzando a realizar algunas tareas del hogar al año y medio, otras más tardíamente y algunas no las realiza; a la actividad cuidado de su madre se reintegró a los dos años desde la externación.

La entrevistada manifestó que en la actualidad, luego de 4 años desde la externación del Servicio de C.P. y Q. padece accesos de llanto en cualquier lugar, como así también ira, depresión, manifestando que a veces piensa que no debería vivir, entre otros padecimientos.

EJE I: continuidad y tipo de tratamiento:

Del análisis acerca del *grado y tipo de seguimiento* se pudo observar las debilidades en la respuesta del sistema de atención de la salud.

Asimismo, si bien no es objetivo de este estudio, es de destacar, la eficiente asistencia que manifestó la entrevistada haber recibido durante la internación en la Terapia Intensiva del HIGA San Martín.

Presentó un **grado de seguimiento** *escaso* y el **tipo** de tratamiento recibido fue *Terapia Ocupacional* y *Cirugía Plástica* únicamente.

La paciente refirió haber abandonado el tratamiento de *Terapia Ocupacional* manifestando como causa su decisión de no realizar el tratamiento compresivo y de desensibilización de la cicatriz por no soportarlo y no estar de acuerdo.

“No podía tolerar las vendas para comprimir y la silicona la perdí en el camino, no podía tener presión, me molestaban las axilas”

Sin embargo, no comunicó a los profesionales su decisión de abandonar el tratamiento, siendo que se podría haber modificado las técnicas.

Respecto al tratamiento médico de Cirugía Plástica, concurrió a las curaciones por CE

“me atendía el que estaba de turno, no era como el médico en la Terapia”

Además manifestó no continuar con consultas médicas dado que el médico le indicó que volviera si Terapia Ocupacional consideraba necesario que lo hiciera y abandonó este tipo de tratamiento como se describió precedentemente.

Refirió no haber sido citada por kinesiología para tratamiento por consultorios externos, habiendo recibido el tratamiento durante la internación.

Con respecto a psicología y psiquiatría, se infiere que no tuvo oportunidad de tratamiento accesible; la entrevistada relató que una vez externada Terapia Ocupacional la derivó a psicología al UPA; al ver que estaba situado en un lugar peligroso decide no concurrir; vuelve al HIGASM a buscar asistencia. Refiere que no fue aceptada en el Servicio de Salud Mental, siendo derivada nuevamente; finalmente queda sin tratamiento, manifestando la necesidad de haberlo recibido.

“estaba viva por la contención de Terapia Ocupacional”

“A veces comparo con el soldado que vino de Malvinas y no tiene contención psicológica”

En síntesis la entrevistada A presenta en la actualidad alteraciones físicas y psíquicas que no fueron tratadas adecuadamente, mostrando la gravedad de sus secuelas a través de la descripción. Se infiere por el relato una deficiente respuesta del sistema de atención de la salud.

Eje II Padecimiento:

Los resultados de las encuestas -como se ha mencionado anteriormente- han arrojado

que los sobrevivientes a quemaduras pertenecientes a este estudio, en su mayoría han podido reintegrarse a las actividades productivas. Para participar en ellas se infiere que han logrado al menos las capacidades mínimas necesarias; no obstante dado que fue imperioso en la mayoría de ellos reinsertarse en un breve período de tiempo, tuvieron que soportar el *padecimiento* de diferentes trastornos propios de las secuelas durante años - incluso sin recibir tratamientos- al mismo tiempo que hacer las tareas propias de cada actividad.

Por ello se ha decidido establecer el eje *padecimiento* para el análisis de la entrevista en profundidad.

Según el relato de la entrevistada A se pudo evidenciar desde la externación y hasta el momento de la entrevista (4 años) la presencia de dolor, prurito, disminución de la fuerza muscular, hipersensibilidad del tejido cicatrizal, intolerancia al calor, intolerancia a la ropa, trastornos del sueño, de la imagen corporal, baja autoestima, agorafobia, llanto repentino, miedo, ira, pérdida de la feminidad, depresión y discriminación.

El sufrimiento en relación al **dolor** luego de la externación lo describió con una duración de tres años y lo manifestó así:

“durante la internación no tuve dolor, en mi casa sí....tomaba un tranquilizante que me daba mi novio y no sé qué más”

“dormía sin poder moverme, los hombros se fueron hacia adelante de tanta cama, recién el año pasado (3 años desde la externación) me pude acostar de costado, me dolía la cicatriz del pecho, por eso no podía girar, probaba y volvía hacia arriba”

Al ser interrogada en relación a la presencia de **prurito**, contestó:

...Aún hoy en día y me desespera. Antes estaba en la cama y me picaba...

La entrevistada mostró trastornos en su **imagen corporal**, aún luego de 4 años del evento por quemaduras.

“Me ví reflejada en una foto que ví por whatsapp de un niño con cáncer...de un

segundo al otro no sos el mismo...me sentí identificada; él se miraba al espejo, estaba pelado, pero veía otro, como era antes. Me veo en el espejo...

“Te disfrazás, para salir ponés careta, cuando te ves en el espejo, no sos vos”

“sos un monstruo”

“es horrible, en cualquier momento...porque vos te ves....o en el micro [me miro] y me veo la mano....me quiero arreglar y tengo cicatrices. No me acuerdo como era mi piel acá...[mostrando su antebrazo y muñeca]

“No soy yo, lo que veo...no soy yo”

El miedo lo manifestó relacionado a la cocina, al horno, a la estufa, todas fuentes de calor emitido por el fuego. Dejó de utilizar su cocina, haciendo la comida en la de su madre.

La **baja autoestima** pudo inferirse según lo relatado por la entrevistada:

“mi mamá estaría mejor si yo no estoy” “soy una carga”

La intolerancia al **calor** aún persiste

“al año sentía el calor en la piel”

“estoy siempre lejos del calor, no tolero, ahora tolero más que antes”

Presentó molestias por la **hipersensibilidad** luego de la externación

“no podía tocar nada”

También manifestó **disminución de fuerza muscular**

“no podía abrir la tapita, no tenía fuerza, no podía apretar el celular; para la higiene, sabés lo que es?”

El padecimiento frente a la **estigmatización** fue vivido desde la externación y aún persiste. Su relato muestra varios sucesos que vivió al volver a la comunidad:

“La cara de la propietaria [de un negocio en CABA] me discriminaron, no me atendieron, por la cobertura que tenía en mi cabeza, el cuello con un pañuelo me tapaba....en algunos negocios ahora también me discriminan”...

“Voy al correo a pagar la factura, vendada, cabeza, manos, la gente pasa y te mira, no quiero acordarme”...

Eje III Trabajo rentado: la entrevistada manifestó no trabajar en un trabajo pago por tener que cuidar a su madre adulta mayor y lamenta no poder participar en ello.

“Es un peso aún hoy no tener un trabajo”

Eje IV Cuidado de otros,

Se pudo observar la sobrecarga que le produjo la actividad de cuidado de su madre - siendo la única cuidadora-; en ese contexto se origina el siniestro por quemaduras.

“es agobiante cuidarla, mi mamá no hubiese podido ir a un geriátrico”

“Estaba agotada, mi mamá tenía que hacerse el eco dopler de la pierna, yo la cuidaba...me destruyó, todo yo sola. Se sentó en el comedor, terminé de curarla...el día es corto al cuidar y es largo. Como que me limpié [hace un ademán pasando un

trapo sobre su pecho], prendo un fósforo, pienso tengo que estar temprano en el hospital sino pierdo el turno [de su madre], pienso...a qué hora me levanto ? a las 5 hs., no , no me alcanza el tiempo, a las 4 hs., como me visto? y los remedios?, yo le doy a mamá los remedios... ahí me quemé. Me había limpiado con alcohol, no lo ví, recuerdo el sonido de la pava, claro y me prendí fuego.

Refirió haberse reintegrado a la actividad de cuidado a los dos años de externada de la UTI del HIGASM.

Actualmente relata que se enoja mucho cuidándola y presenta pensamientos negativos.

“porqué vivo así ? no tendría que estar viviendo”

Eje V Tareas del hogar, manifestó que ésta es una actividad de su agrado, no obstante durante un año y medio desde la externación no las realizó, refiriendo que no podía tocar nada, no tenía fuerza para abrir una botella; aún en la actualidad relata tener que tener ciertos cuidados como evitar el contacto con el detergente. Comenzó a cocinar a los tres años desde el evento por quemaduras, por intolerancia al calor y miedo.

Se ha evidenciado en el relato de la entrevistada la percepción de una importante diferencia entre el abordaje impartido en la UTI del Serv. de CP y Q y el de CE; mostrando plena satisfacción con el primero y disconformidad con el segundo.

La falta de adherencia al tratamiento por consultorios externos pone en evidencia que el sistema de atención de la salud no le ofreció una atención interdisciplinaria, coordinada e integral acorde a las necesidades de los sobrevivientes a quemaduras.

Entrevistada B

Paciente femenina, que al momento de la entrevista tiene 68 años de edad; presentó quemaduras de tipo A y B, grado de gravedad III hace diez años. Las lesiones por

quemaduras se presentaron en cabeza y cuello, tronco y MMSS. Las localizaciones especiales fueron en cara y cuello y manos. El accidente fue doméstico, por explosión de salamanca, haciendo tareas del hogar; según refiere la paciente se encontraba en estado depresivo por la muerte de un hijo.

El siniestro se produjo un día miércoles en el mes de julio de 2009.

Antes del evento por quemaduras, la entrevistada trabajó en dos trabajos rentados en negro, y en trabajos no rentados: cuidado de su ex marido y tareas del hogar. Antes de los 6 meses del alta hospitalaria se reintegró a uno de los trabajos rentados: pedicura y al otro no: ayudante de cocina. A las tareas del hogar y al cuidado de otros se reintegró en forma inmediata en forma gradual.

EJE I: grado y tipo de seguimiento; la entrevistada tuvo un grado de seguimiento *óptimo* y realizó consultas o tratamiento de *cirugía plástica, clínica médica, psiquiatría, psicología, y terapia Ocupacional*.

Mostró una conducta resiliente durante el proceso de tratamiento por consultorios externos y basó su fortaleza en la fe religiosa. El acompañamiento permanente de su marido actual fue un pilar para su recuperación.

Eje II: Padecimiento

La entrevistada manifestó las molestias producidas por el **tratamiento compresivo**

“ lo que usabas para ese tratamiento te daba calor, molestias, imagínate, en la cara y cuello, pero había que hacerlo y lo soportaba para quedar mejor”

El dolor

Relató el dolor padecido por mucho tiempo después de la externación, no obstante manifestó que hacía las actividades y tratamiento aún con la presencia del mismo. Le producía trastornos del sueño.

Prurito

La entrevistada padeció el prurito según el relato,

“la picazón no se calmaba totalmente con ningún tratamiento”

En el verano, con la presencia del calor la intolerancia al tratamiento compresivo aumentaba. Evitaba estar en el exterior hasta la tardecita, esto la obligó a cambiar sus rutinas.

Presentó **disminución de fuerza muscular** en los comienzos del tratamiento por consultorios externos pero fue resuelto con la terapia.

La **estigmatización** se hizo presente cuando la entrevistada quería retomar su trabajo pedicura, ya que tenía que estar “*cuero a cuero*” con la persona a atender. Más aún por tener que utilizar los elementos compresivos que son desconocidos por las otras personas. Esto también le afectaba volver a trabajar en el restaurante.

Eje III Trabajo rentado:

La entrevistada refirió haber trabajado como pedicura, por cuenta propia y como ayudante de cocina en un restaurante antes del evento por quemaduras.

Se reintegró antes de los 6 meses a la actividad pedicura y no volvió al trabajo de restaurante, tomando ella la decisión. Al año de externada comenzó un nuevo trabajo, realizando tareas domésticas por hora en blanco.

Actualmente tiene un trabajo de tareas domésticas en negro.

Eje IV: Cuidado de otros

Realizó la actividad cuidando a su ex marido discapacitado, reintegrándose en forma inmediata a la externación, dado que no había otra persona que lo hiciera, según refirió la entrevistada; en un primer momento lo logró siendo acompañada por su actual pareja y al mes de externada lo hizo sola.

El cese del desempeño en actividad de cuidado no lo vinculó con las quemaduras,

sino que fue producido por el fallecimiento de la persona cuidada.

EJE V: Tareas del hogar

Manifestó haber realizado todas las tareas del hogar antes de quemarse y volver a realizarlas inmediatamente luego de la externación, en forma gradual.

“lo que podías hacías”

Actualmente realiza las tareas del hogar

4. CAPÍTULO 4

4.1 DISCUSIÓN:

Las quemaduras graves siguen siendo un gran desafío para la Salud Pública, tanto por su morbilidad -con las alteraciones físicas, psicológicas, sociales, laborales y discapacidad que implica- como por sus altas tasas de mortalidad. En la población estudiada en la presente investigación se ha determinado los pacientes que han egresado del Serv. de Cirugía Plástica y Quemados del HIGA SM en los años 2009, 2010, 2014 y 2015 y se ha podido analizar las variables que se presentan a continuación.

Con respecto a la tasa de defunciones se puede decir que:

Las personas que egresaron de la UTI del Serv. de CP y Q del hospital mencionado con grado II, III y IV de gravedad fueron 182 en el rango de cohortes estudiadas, años 2009,2010,2014 y 2015; el 64,28 % del total logró sobrevivir, siendo del 35,72 % los óbitos. Si bien el porcentaje de fallecidos puede resultar mayor en comparación con otros estudios, resulta importante remarcar que la población analizada para esta tesis se diferencia de la estudiada en países desarrollados o de instituciones privadas en Argentina, presentando diferentes grados de comorbilidad asociado a la pobreza, además un criterio de exclusión para el presente trabajo fue los pacientes con grado I, el cual posee extremadamente baja mortalidad, no así para grados más elevados;

En los casos con ocurrencia de las **quemaduras en fin de semana** con una f. 69, el porcentaje de mortalidad asciende a un 36,2%, habiendo logrado sobrevivir el 63,8%, siendo levemente mayor la mortalidad respecto de la mortalidad del total de días de la semana; analizado por sexo el 68 % fue masculino y el 32% femenino.

Según los datos obtenidos en la presente investigación en relación a la **mortalidad por grupo etario** se objetivó que entre los más jóvenes, de 15 a 24 años el porcentaje fallecido fue del 20,37% mientras que en el grupo de 69 años y más, la mitad fallecieron; en estudios anteriores se ha evidenciado una tasa de mortalidad en adultos mayores más elevada que la del presente estudio como así también menor, no obstante la mortalidad por quemaduras en este subgrupo es alta; así en una investigación epidemiológica del paciente gran quemado adulto de Chile (2013)

reportan que la mortalidad de los pacientes añosos triplica la de los pacientes más jóvenes con la misma SCTQ ⁴⁷. En México (2013) de los pacientes fallecidos por quemaduras el 32,8 % fueron personas adultas mayores ⁵⁷. Estos hechos se reflejan en nuestro estudio en la demostración de una concentración de óbitos en la población de adultos mayores, lo cual no hace más que reforzar los hallazgos en la bibliografía.

Con respecto a la gravedad de las lesiones, hemos visto que también en la población mayor las capacidades de autodefensa y autorregulación, así como las estructuras anatómicas y funcionales se deterioran con los años, y por ende, existe menor protección ante la noxa ¹⁷. En el otro extremo, los jóvenes fallecidos. Un indicador que debe medirse ante estos eventos son los años de vida potencialmente perdidos. Los datos muestran que en la Provincia de Buenos Aires los AVPP por causas externas cada 10000 habitantes, en el año 2015 fue de 122,40 (199,12 en varones y 46,10 en mujeres), ocupando el primer lugar en los jóvenes seguido de 107,35 por tumores, 79,62 de cardiovasculares y 62,31 infecciosas ⁵⁸. Las quemaduras se cuentan entre las principales causas de pérdida de vida ajustados en función de la discapacidad en los países de ingreso bajo y mediano (OMS 2018)¹; en Chile (2006) en una investigación sobre carga de enfermedad, se estimó que las quemaduras producían la pérdida de 7891 años de vida ajustados por discapacidad ⁵⁹. Un indicador que se ha comenzado a utilizar en otros países para el grupo etario de jóvenes fallecidos, es años acumulados de vida productiva potencial perdidos (AAVPPP) ^{60 61}, éstos se determinan con la edad estimada de jubilación menos la edad de fallecimiento. Es un indicador relevante que aún no se utiliza en nuestro país, pero sí en otros países de Latinoamérica.

La **edad** en que se produjo la lesión por quemaduras con mayor frecuencia fue en el rango de 15 a 24 años, con un 29,67 % de los casos, que sumado a la segunda categoría de 25 a 29 años con un 10,44 %, representan el 40,11 % del total, antes de tener 30 años en edad; presentando coincidencia con estudios previos ^{10 47 62} aunque con algunas variaciones ¹⁷, dado que la edad de ocurrencia de quemaduras depende de varios factores, entre ellos la causa de quemaduras; por ejemplo si el estudio se hace sobre población con causas eléctricas el grupo etario se corresponderá con la edad de los trabajadores. La media de edad para la American Burn Association fue de 32 años ⁶.

Todas las personas registradas en este estudio están en edad productiva ,

tomando la productividad como ha sido definida anteriormente donde se incluye el trabajo rentado y no rentado, dentro de este último las tareas del hogar y cuidado de otros; los más jóvenes de 15 a 16 años y el grupo etario de 69 y más participan habitualmente en tareas del hogar y algunos en cuidado de otros, tal como los que están en el rango de 16 a 65 años, no obstante haciendo referencia únicamente al trabajo rentado, se evidenció que la mayor proporción de los casos registrados se encuentra dentro del rango de 16 a 65 años, todos en edad laboral, por ello es necesario establecer políticas de Salud Pública en campañas de prevención, asistencia, rehabilitación y asistencia a la reinserción al sistema productivo. Como se dijo anteriormente todas las quemaduras son prevenibles, no ocurren por azar, y está afectando en su mayor parte a población joven.

Con respecto a la relación de género de los afectados, se demostró que la **relación varones/mujeres**, entre los pacientes enrolados para esta tesis arrojó un mayor porcentaje de lesionados en el sexo masculino (63,2 %) de los casos registrados; esta proporción está un poco por debajo de estudios previos ^{20 47}, o reporte de algunos organismos, así el Ministerio de Salud de Chile informó el 65,7% (2016) ¹⁷, la American Burn Association el 69 % (2014) ⁶ igual que los autores Hyunjin Oh, et al (2017) ¹⁹, Yu Fang ²³ el 76,9% (2009), aunque en esta última investigación citada se refiere a un estudio acerca de quemaduras de mano, variable que puede incrementar el porcentaje de personas quemadas de sexo masculino por el tipo de trabajo.

El mayor porcentaje de varones con lesiones por quemaduras puede explicarse por la propensión de este subgrupo a los accidentes en la casa, la vía pública, el trabajo, actividades de ocio ³². La CEPAL (2016) reportó que *“los efectos diferenciadores del género en la salud de las personas se observan en la sobre mortalidad masculina por accidentes y violencia”* ⁵⁴; no obstante el informe reciente de la OMS (2018) reporta una modificación observada con respecto a la variable género a nivel mundial *“las tasas de muerte por quemaduras es ligeramente mayor en mujeres que en hombres”*. *Esto contrasta con el patrón común de lesiones según el cual las tasas de lesiones tienden a ser más elevadas entre los hombres que entre las mujeres”* ¹, se infiere que como plantea la OMS este cambio reportado a nivel mundial se va suscitando también en la Argentina asociado a la pobreza con posible *“uso de cocina al aire libre, cocinas peligrosas, llamas abiertas que se utilizan para calefacción y para*

iluminar”¹; también el organismo anteriormente citado destaca las quemaduras a causa de la violencia auto infligida o interpersonal, observándose cada vez más presente en las mujeres argentinas aunque se requieren más estudios. El Ministerio de Salud y Desarrollo Social, en el Análisis de Situación de salud (2018)⁵⁸ reporta que en relación a las causas intencionales en mujeres predominan las lesiones autoinfligidas por sobre las agresiones y homicidio, mientras que en varones esta relación se invierte.

En Córdoba, Argentina se hizo una investigación sobre 100 casos internados por quemaduras reportando que casi la mitad de los casos fueron mujeres (48%)⁶² dato que va mostrando el cambio respecto a mortalidad por género que va ocurriendo, anunciado por la OMS.

Se estima que los resultados de esta tesis respecto al sexo femenino con graves quemaduras están relacionados con el uso de elementos no seguros en población de mujeres de escasos recursos como así también la violencia aunque es escasa la producción de datos específicos sobre el tema; un dato esperanzador es que en Argentina la Corte Suprema de Justicia de la Nación creó en el año 2014, el Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina, a fin de generar información para ser utilizada en políticas públicas⁶³.

En Colombia, Bogotá realizaron un estudio retrospectivo sobre quemaduras con ácido, el 82% de los casos de quemaduras por químicos en el ámbito de una agresión se produjo en mujeres jóvenes (media de edad: 25,8)⁶⁴, la violencia contra las mujeres es una de las amenazas más brutales para el desarrollo humano. Una de cada tres mujeres ha sido objeto de violencia física o sexual. PNUD, (2015)⁶⁵

En relación la **obra social** se puede decir que el 73,63 % de los sobrevivientes a quemaduras ingresados a la UTI del Serv. de CP y Q del HIGASM no poseía cobertura de seguridad social, dato que se corresponde con la condición de trabajo informal que realizaron la mayoría de los encuestados antes de quemarse donde queda evidente la desprotección de los más vulnerables, como se pudo ver en resultados.

Respecto al **día de ingreso** este estudio arrojó que la mayoría de los casos ingresan a la UTI en fin de semana, con un 31.3% y en los varones la mayoría de los ingresos se produce en domingo (17%); este dato si bien no es específico para los

objetivos propuestos en esta tesis, es importante destacar para la planificación de las campañas de prevención de quemaduras. Se infiere que este resultado puede estar relacionado con la mayor frecuencia de accidentes domésticos siendo que las familias en general pasan más tiempo en sus casas durante los fines de semana que en días hábiles y también con las auto o heteroagresiones producto de conflictos suscitados en el ámbito privado familiar. El análisis de datos por día de ingreso no se ha encontrado en estudios previos en la provincia de Buenos Aires.

La **media de días de estada** fue de 42,25 días (rango 1-116), siendo la mediana 30,5 días. La cantidad de días de estada depende de múltiples factores, entre ellos la SCTQ, y la comorbilidad, por lo que se presentan variaciones entre diferentes estudios; en una investigación realizada en China con pacientes que tuvieron quemaduras igual o mayores al 50% de SCTQ el promedio total de días de estada fue de 76,8¹³, mientras que T. Quin et al⁴⁶ reportaron una media de 27,5 días en una revisión sobre 15 estudios publicados en que se analizó ese dato. En Rosario, Argentina se reportó un promedio de 16 días de estada²⁹ en una investigación realizada por fisioterapeutas.

El resultado de días de estada para la presente tesis está por encima del reporte de algunos estudios y por debajo de otros como los citados precedentemente, sin embargo se infiere que el tiempo de permanencia en el hospital San Martín le permitió a esta población recibir por más tiempo tratamientos impartidos por el equipo interdisciplinario de la UTI, como psicología, kinesiología, terapia ocupacional, etc. y que esto ha redundado en brindarles una mayor capacidad y habilidades para el futuro desempeño en las actividades productivas ya que los casos de seguimiento nulo por consultorios externos, han podido reintegrarse a la actividad laboral -tema que se desarrolla más adelante-. También en una entrevista en profundidad la entrevistada refiere la eficiente asistencia que recibió en la internación en la UTI del Serv. de CP y Q., no manifestando lo mismo para la atención por consultorios externos, probablemente debido a una falta de coordinación y organización desde el sistema de salud.

En estudios previos se ha vinculado una mayor cantidad de días de estada con mayor tiempo desde la externación al retorno al trabajo^{23 46}; sin embargo en los casos de este estudio algunos con mayor días de estada se han reintegrado rápidamente al trabajo rentado.

Los resultados sobre la **etiología** muestran que más de la mitad de los casos registrados que sobrevivieron a las quemaduras tuvo como causa el fuego directo (70,88 %), coincidentemente con estudios previos de diferentes países ^{19 46 65}, informes de la OMS¹, AAQ² y American Burn Association⁶.

En todos ellos se reporta la causa fuego directo en primer lugar de ocurrencia en las personas quemadas jóvenes y adultos. Hay algunas diferencias de porcentajes según las regiones, por ejemplo Chile comunicó en las Guías Clínicas Auge que el 73 % de los casos fue por esta causa ^{17 47}.

En la presente investigación el fuego directo ocupa el primer lugar de frecuencia representando el 70.88 % de la población de este estudio como se informó precedentemente, seguido de térmicas inflamación de líquidos (15,38 %), le continúan térmicas contacto con líquidos calientes (7,14 %). Se debe tener presente que la población de este estudio está conformada por jóvenes o adultos ya que en el caso de los niños, la primer causa reportada por los organismos, la literatura y estudios previos ^{1 2 10 23 57 67 68 69}, es térmicas con líquidos calientes.

Las otras causas registradas en esta investigación, eléctricas por descarga o por explosión/fogonazo, químicas, por contacto con ácidos, térmicas con sólidos calientes y otros, tuvieron porcentajes de incidencia inferiores al 3%; se infiere que los bajos porcentajes que arrojó este estudio para estas causas se debe a las características del tipo de trabajo que realizaban las personas que componen la población en estudio, siendo que no hubo trabajadores con electricidad y un sólo caso trabajó con ácidos, entre otros, en coincidencia con un estudio epidemiológico realizado en Chile en el que se ha reportado un porcentaje aún más bajo para estas causas (1 %) ⁴⁷.

En cuanto al **tipo de accidente** se evidenció que en más de la mitad (63,73%) de los casos registrados en este estudio el evento fue doméstico, le continuó agresión de terceros (12,10 %), trabajo (8,79%) autoagresión (7,14%) público (6,59%), otros (1,65%). Los datos arrojados respecto a los accidentes domésticos es coincidente con los reportes de organismos ^{1 2} y publicaciones ^{8 40 69} de diferentes países; en segundo lugar el incidente agresión a terceros se relaciona con la violencia de género y violencia en general; la Oficina de la Mujer de la Corte Suprema de Argentina ⁶³ reportó en 2017 que el 80% de los femicidios ocurrieron en espacios privados, de

ellos el 71% fue en las viviendas de las víctimas, siendo que el 17% fue provocando quemaduras.

En la provincia de Buenos Aires más del 80% de los femicidios ocurrieron en la vivienda de las víctimas. El resultado referido al evento doméstico ocupando el primer lugar de tipo de accidente, se debe considerar para implementar políticas públicas dado que es en el espacio privado del hogar donde sucede la mayoría de los siniestros por quemaduras en la población de la provincia mencionada. En un estudio realizado en Brasil, sobre las quemaduras ocurridas en 61 personas en el ámbito doméstico, hicieron una encuesta a 14 familiares de personas que requerían supervisión -niños y un adulto mayor- y determinaron que los factores de riesgo fueron el bajo nivel socio económico y de instrucción de los responsables del cuidado, además de viviendas precarias, siendo todo ello producto de la pobreza ⁶⁷.

A fin de analizar la causa de lesiones por quemaduras *autoagresión* -que ocupa el cuarto lugar de causas de quemaduras en este estudio- se debe considerar los datos publicados sobre tasas de intento de suicidio en la provincia de Buenos Aires. La concentración se presenta en los más jóvenes, en el año 2017 hubo 3222 suicidios en Argentina, con mayor concentración en la franja de 15 a 24 años (870), siendo que para el mismo año, en la provincia de Buenos Aires hubo un total de 1151 suicidios para el total de grupos etarios (2017), teniendo la mayor concentración también en la franja de 15 a 24 años (238) ⁵⁸.

En la presente tesis los resultados evidenciaron un 7,14 % de casos por esta causa siendo similar a una investigación sobre epidemiología del paciente gran quemado adulto en Chile, donde se informó que la autoagresión (a lo bonzo) se presentó en el 9,2% de los casos de ese estudio ⁴⁷. La diferencia porcentual entre un estudio y otro no debe ser considerado para esta causa, ya que los datos extraídos de la fuente primaria HC de los pacientes de esta tesis acerca de la causa autoagresión no son fiables en su totalidad sino en aproximación, debido a que es frecuente que la persona que acompaña al paciente o aún la misma víctima informe una autoagresión enmascarando una heteroagresión.

En relación al porcentaje de quemaduras evidenciado por causa *agresión por terceros* la comparación con el estudio chileno mencionado anteriormente, muestra una mayor incidencia (12,10%) en los sobrevivientes asistidos en el HIGASM, provincia de Buenos Aires, a diferencia de Chile (3,3%) ⁴⁷.

Con respecto a los accidentes de trabajo, del total de pacientes registrados el 8,79%

fueron los sobrevivientes afectados por esta causa. La mayoría fueron de sexo masculino, siendo uno sólo femenino. La edad más afectada fue el rango de 15 a 24 años, representando el 27,3% de casos de este estudio. El bajo número de quemaduras en individuos de la provincia de Bs. As. que requirieron internación por esta causa se infiere que fue debido a que la población que tuvo accidentes de trabajo en un empleo formal en los períodos analizados, han concurrido a asistirse al subsector privado a través del sistema de las ART.

Respecto a la **topografía de las lesiones** se puede decir que las zonas corporales donde se presentaron las quemaduras en los casos del presente estudio fueron heterogéneas para cada uno de ellos, no obstante la zona que aparece involucrada en el 76,36 % de los casos fue MMSS -conformado por las lesiones de MMSS en forma conjunta con otras zonas corporales (73,61%) más las quemaduras que estuvieron localizadas únicamente en MMSS (2,75%)-. Esta zona corporal dañada afecta a la participación en las actividades productivas de los sobrevivientes a quemaduras de este estudio ya que la mayoría son trabajadores manuales.

Más de la mitad de los pacientes enrolados en este estudio presentó lesiones que involucró cabeza y cuello (64,84%) siendo que en el 64,29% se presentó conjuntamente con lesiones en otras zonas corporales y sólo un caso presentó lesiones únicamente en esa zona (0,55%). Estos resultados ameritan el análisis de las localizaciones especiales en particular, tal como sustenta la comunidad científica^{16 17}, por involucrar zonas corporales en las que las lesiones producirán mayores secuelas si no son tratadas en su especificidad; por este motivo además de la topografía general de las lesiones, se analizó las localizaciones especiales, siendo que el mayor porcentaje de los casos del presente estudio se presentó en cara y cuello (70,16%), la cara es una de las partes más visibles del cuerpo y el impacto de sus posibles secuelas es de una magnitud que afecta la calidad de vida de los mismo; Conejero (2017)²² destaca que *los “individuos desfigurados viven en reclusión, evitando la relación social que para el resto es parte de lo cotidiano”*.

La segunda localización especial con mayor frecuencia para los sobrevivientes de este estudio fue manos y pies (70,15%), difiriendo sólo en un céntimo de los porcentajes de localizaciones en cara y cuello (70,16%), es decir ambas se

presentaron con igual frecuencia; en tercer lugar se presentaron las lesiones que han comprometido zonas de flexo-extensión (37,10 %), siendo en menor proporción; éstas últimas se consideran localizaciones especiales por situarse en superficie corporal que tiene una gran movilidad y capacidad de extensión como la axila, codo, hueso poplíteo entre otros, en las que se producen importantes retracciones cicatrízales.

Estos datos coinciden con estudios previos donde se reportan como zonas más frecuentes manos y pies, cara y cuello, áreas comprometidas que afectan en forma directa la reinserción socio-laboral ⁷⁰. En un estudio realizado en Colombia sobre quemaduras químicas por agresión el 77,7 % afectó la combinación cara y cuello y el 82,2 % la cara y señalan que estas personas son vistas como monstruos incluso delinquentes, no consiguiendo ninguna actividad laboral digna ⁶⁴.

Los sobrevivientes que presentan quemaduras en estas zonas, sufren frente a la estigmatización de los demás, pueden recibir burlas, miradas o evitación; la literatura describe las consecuencias psico emocionales que produce la estigmatización y rechazo y las dificultades que implican para la reinserción social y laboral. Asimismo al ser zonas expuestas pueden presentar disminución de la satisfacción de la imagen corporal y conducta de evitación ⁹, trastornos psicológicos depresión, conductas regresivas y ansiedad en relación a la capacidad para volver al trabajo ⁴⁰.

Las manos si bien representan sólo el 2,5 al 3 % de la SCTQ ^{45 70 73}, es considerada una localización especial particularmente por su importante función, además de ser otra zona expuesta ⁴⁶; para muchos trabajadores es su herramienta principal y particularmente en la población de este estudio, siendo que la mayoría de los encuestados describió trabajos manuales como fuente de ingreso monetario - limpieza, changas, pintor de autos, pedicura, etcétera-; también las manos son esenciales para realizar las otras actividades productivas: tareas del hogar y cuidado de otros. Como se mencionó anteriormente el 70,15% de los pacientes enrolados para este estudio presentaron quemaduras en manos y pies.

Respecto al **tipo de quemaduras** se objetivó que la presencia de quemaduras tipo AB, dudosas o intermedias se encuentra en la mayoría de los pacientes registrados, generalmente en combinación con otros tipos de quemaduras A o B; sumando las formas de presencia única (AB) y combinadas (con A o B) ascienden a la suma del 69,24 % de los casos de este estudio en coincidencia con un estudio

realizado también en Argentina, en la provincia de Córdoba, en el que el 74,26 % fueron quemaduras tipo AB ⁶². Este tipo de quemaduras son lesiones complejas de tratar, pudiendo requerir injertos y generalmente provocan trastornos funcionales, estéticos y discapacidad. Es clave la decisión médica al momento de injertar o no una quemadura AB ya que las que requieren injerto y no son injertadas presentan secuelas cicatrizales de magnitud y discapacitantes.

Cuanto más profunda es la quemadura mayor el probable deterioro funcional y estético. Este tipo de quemaduras presenta otros síntomas asociados a la profundidad de las quemaduras y que interfieren en la vida de los pacientes externados afectando sus actividades y calidad de vida, entre ellos, el prurito. El mismo se presenta según estudios previos en un alto porcentaje (87%) de adultos con quemaduras ⁷⁰. Cuando los pacientes son externados y esperan una disminución de malestares, la picazón va siendo más intensa y recién disminuye durante el segundo año posterior a las quemaduras, además en muchos pacientes el trastorno persiste por muchos años más.

En un estudio realizado en Taiwán una de las principales razones por las que los pacientes con graves quemaduras no retornaron al trabajo pago fue el prurito ²³; también la Guía de Práctica Clínica de la ISBI para el Cuidado de las Quemadura señala que es importante a futuro incluir en las herramientas de valoración del prurito el impacto del picor sobre las actividades de la vida diaria, el trabajo, el ocio, la escuela y el sueño ³³.

Otro síntoma asociado a las quemaduras AB que interfiere en la participación ocupacional es el dolor crónico, ambos -prurito y dolor- pueden causar insomnio y depresión. Una encuestada joven, que presentó quemaduras en cara, cuello, MMSS y tórax manifestó.

“..Estuve dos meses con insomnio....la psiquiatra me había dado unas pastillas para dormir pero me hacía el efecto rebote, en vez de dormir estaba más despierta, entonces vivía loca porque yo trataba de descansar aunque sea un ratito y no podía porque me despertaba...”

El dolor neuropático es proporcional a la gravedad de las quemaduras y produce una alteración de la actividad diaria, como refiere Belén Larrea et al ⁷¹ *“es un fenómeno complejo, muy frecuentemente subestimado y subtratado. Las quemaduras intermedias son las más dolorosas, sobre todo las de segundo grado superficial”*.

Diferentes autores sostienen la importancia de brindar tratamientos no farmacológicos además de los farmacológicos para mitigar el dolor, como la fisioterapia, terapia ocupacional, psicoterapia, entre otros, siendo necesario la acción de un equipo interdisciplinario para paliar este grave malestar que cursan los pacientes externados.

Así relató la misma encuestada:

“estuve 6 meses y 15 días con dolor, no había un día que yo me levante y diga paz, no”

A fin de analizar el **impacto del grado de continuidad y tipo de tratamiento** en el retorno a la productividad de los sobrevivientes a quemaduras enrolados en este estudio se ha realizado sobre las 20 encuestas y las dos entrevistas en profundidad que se tomó aleatoriamente a fin de mostrar las experiencias personales del proceso de seguimiento por consultorios externos y de reinserción a las actividades productivas. Taylor y Bogdan ⁷² (1992) entienden la entrevista en profundidad como *reiterados encuentros cara a cara entre el entrevistador y los informantes, dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tienen los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal y como las expresan con sus propias palabras.*

En el análisis de datos sociodemográficos de los encuestados, se evidenció que la **zona sanitaria** en la que se presentó mayor adherencia al tratamiento y con grado óptimo fue zona XI, infiriendo que la cercanía al centro especializado de atención para las quemaduras influyó en su concurrencia, dado que los encuestados de zonas más alejadas como Mar del Plata, La Matanza, Moreno, no tuvieron seguimiento luego de la externación; si bien podrían haber realizado tratamientos por consultorios externos en su zona.

En relación a la variable **convivencia** no se objetivó asociación con el grado y tipo de seguimiento, siendo la mayoría de los encuestados personas que convivieron con familiares. Algunos de ellos cambiaron de pareja o tuvieron un nuevo hijo luego del evento por quemaduras, otros vivieron con adultos mayores; el **nivel educativo** tampoco fue una variable que se asoció al tipo y grado de seguimiento ya que hubo

encuestados de todos los niveles de educación desde primaria incompleta a universitario incompleto sin observar mayor proporción significativa de ninguno de ellos.

Con respecto al seguimiento, se obtuvo que más de la mitad (65%) de encuestados continuaron el tratamiento por quemaduras luego del alta hospitalaria con diferentes grados de adherencia. El 61,54 % de los participantes de este estudio que tuvieron continuidad de tratamiento presentaron grado óptimo de seguimiento;

Los encuestados que tuvieron grado de continuidad nulo (35%) manifestaron haber tomado la decisión de no hacer ningún tratamiento posterior a la externación, dato a profundizar en estudios posteriores dado que hay investigaciones que dan cuenta de las secuelas que padecen aquellas personas que no tuvieron adherencia a los tratamientos; un estudio realizado en Rosario, Argentina (2018) evidenció que el 90 % de los 15 casos que presentaron secuelas de quemaduras (n: 53) la causa fue el incumplimiento de la terapia indicada luego de la cirugía y sólo el 10 % la cicatrización patológica rebelde al tratamiento ²⁹.

Cuando el paciente egresa del hospital, luego de haber transitado el complejo proceso de curación en la UTI atravesando cirugías, complicaciones típicas como neumonías, otras infecciones, sepsis, pérdida de injertos, curaciones cruentas, etcétera, se abre una nueva etapa de continuidad de tratamientos a iniciarse por CE. Éstos a su vez, resultan incómodos, molestos y a veces dolorosos como por ejemplo la presoterapia o ferulaje, cirugías, tratamientos psicológicos o psiquiátricos, siendo motivos referidos por algunos sobrevivientes encuestados para dar por finalizado el tratamiento antes del alta del equipo tratante, aún con el probable riesgo de padecer mayores secuelas ²⁹; otros han continuado los tratamientos, atravesando el padecimiento descrito ⁷⁰.

Sobre este punto se debe reflexionar sobre el resultado del vínculo médico paciente y no únicamente las dificultades que ocasionan las técnicas (también con profesionales no médicos que reproducen el modelo); aún se presenta fuertemente el modelo tradicional de atención con una asimetría marcada médico-paciente en la que el médico tiene el saber y el paciente debe acatar las indicaciones, el primero es quien decide, el segundo quien debe cumplir con lo indicado; ante esta situación compleja al paciente sólo le queda como posibilidad el abandono del tratamiento, representado

por un 35 % de los casos de este estudio; una propuesta más actual de la que se esperan mejores resultados es la atención centrada en el paciente⁷³, quien toma un rol activo de decisión sobre cada parte del proceso de atención, redundando en un mayor compromiso con sí mismo en la adherencia a los tratamientos, si bien no hay suficientes estudios al respecto. Esta propuesta también fue planteada en el modelo canadiense de Terapia Ocupacional surgido en los comienzos de la década de 1980 donde sustenta fuertemente como base del mismo la perspectiva centrada en el cliente⁷⁴.

Retomando el análisis de seguimiento, se puede decir que el *grado de seguimiento* de los encuestados del presente estudio ha influido en el *reintegro al trabajo anterior rentado*, *trabajo no rentado cuidado de otros y tareas del hogar*; en la actividad *trabajo rentado* el 81,2 % se reintegró al menos a un trabajo rentado siendo que el 71% de los encuestados tuvo algún grado de adherencia al tratamiento; en el *cuidado de otros* se objetivó que el 87,5 % se reintegró, mientras que el 75% de los encuestados tuvo algún grado de seguimiento y en relación a la actividad *tareas del hogar* el 84,2 % se reinsertó a todas las tareas siendo que el 65% tuvo seguimiento por CE.

No obstante habría que hacer estudios con más cantidad de encuestados para mostrar evidencia; además la continuidad se suma al tratamiento impartido en la terapia intensiva; quienes han tenido un grado óptimo de seguimiento se han reintegrado al trabajo pago, siendo una sola encuestada que no lo logró, pero a su vez otros encuestados con grados de menor adherencia al tratamiento también se reintegraron.

Sin embargo los encuestados con grado nulo de continuidad también se reintegraron por lo que se infiere que los tratamientos interdisciplinarios que reciben en la terapia intensiva les permite lograr una capacidad psicofísica funcional para que la reinscripción posterior al trabajo rentado sea posible.

En el caso de los participantes de este estudio que no tuvieron adherencia al tratamiento por consultorios externos probablemente les haya sido más complejo y doloroso el retorno a la actividad productiva por sus secuelas no tratadas. La imperiosa necesidad de tener un sustento les hizo volver a sus actividades productivas incluso en algunos casos en muy corto plazo luego de la externación, según manifestaron los encuestados.

Respecto al *tipo de tratamiento* recibido por consultorios externos, la mayor

concentración de consultas y/o tratamientos por profesión se dio en Terapia Ocupacional siendo del 76,92% (f.10 de n: 13) seguido de consulta médica con Cirujano Plástico 7 (56,84%); se infiere que haber recibido tratamiento de terapia ocupacional por CE ha redundado en el reintegro a las distintas actividades productivas ya que es la disciplina que brinda intervenciones ocupacionales específicas.

El seguimiento por parte de otras profesiones fue con psicología (23,07%), psiquiatría (15,38 %), kinesiología (15,38 %), clínica médica (7,69 %) otros: dermatólogo, otros: alcohólicos anónimos. De los 13 encuestados que tuvieron algún grado de seguimiento el 61,53 % fueron atendidos por parte de más de una disciplina, mientras que el 38,4 % tuvo adherencia con un solo tipo de profesión. De los encuestados que recibieron tratamiento por equipo interdisciplinario, en el 46,1 % se repite cirugía plástica y terapia ocupacional.

Las profesiones con mayor concentración de consultas brindaron asistencia en forma permanente en el Serv. de CP y Q en los períodos en estudio; los cirujanos plásticos pertenecen al plantel básico del Serv. CP y Q y los terapistas ocupacionales tienen dependencia administrativa de la Unidad de Terapia Ocupacional que no depende de dicho Servicio pero tiene una organización funcional basada en criterios de prioridad asistencial al paciente en estado agudo, por lo que la asistencia es metódica y diaria con presencia permanente en el Serv. CP y Q.

Las otras profesiones en las que la mayoría de los encuestados no tuvieron continuidad terapéutica pertenecen a otros Servicios. Éstos tienen un modo de organización diferente, siendo que para su atención por consultorios externos el paciente debe concurrir a la admisión, teniendo que padecer esperas que a veces son largas e incómodas y en ocasiones les atiende un profesional diferente. Es altamente probable que la escasa adherencia a tratamientos de otras profesiones fuera de TO y cirugía se relacione con la organización hospitalaria.

Un reflejo de ello está en el relato de la entrevistada A, eje I; allí se infiere que el tipo de organización funcional a través del sistema de interconsultas a diferentes Servicios del hospital no redundan en beneficio del paciente con graves quemaduras, en particular con algunas profesiones en que la asistencia debe tener una mayor frecuencia e interacción con el resto del equipo interdisciplinario. También a través de la entrevista en profundidad se observa que fuera del hospital no hay institución

que los reciba y les brinde una asistencia interdisciplinaria en integral con formación específica en el tema complejo de las quemaduras.

La literatura sustenta la necesidad de los sobrevivientes a quemaduras de recibir diversos tratamientos para una mejor recuperación siendo necesario el trabajo interdisciplinario ³²; en el año 1993 ya se enfatizó en ello; Desai M. H, ⁷⁵ propuso que se brinde orientación a los miembros del equipo tratante de 1 a 6 semanas y luego educación continua para optimizar el tratamiento.

Particularmente en un trabajo publicado en Argentina (2018) se estudió sobre la eficacia del manejo interdisciplinario en pacientes con quemaduras AB Y B por sustentar que la complejidad de esos pacientes “*no permite que sean tratados por un solo especialista*” y evidenciaron que en el 90 % de los pacientes secueles “*la causa fue el incumplimiento de la terapia indicada luego del alta*” ²⁹. La supervivencia de las personas con graves quemaduras ha hecho centrar también la preocupación por la posible morbilidad psicológica ^{9 10}, siendo frecuente el estrés postraumático agudo y crónico, por ese motivo la escasa adherencia (23 %) al tratamiento psicoterapéutico de los casos para este estudio es un factor para profundizar en investigaciones posteriores.

Cruzando estos datos con los resultados de las entrevistas en profundidad se ha podido evidenciar que las secuelas físicas y psicológicas aún persisten luego de varios años de externados. La entrevistada A, con cuatro años de externada de la UTI del Serv. de C.P. y Q. refirió padecer dolor, prurito, disminución de fuerza muscular, hipersensibilidad del tejido cicatrizal, intolerancia al calor y al uso de prendas de vestir, trastornos del sueño, de la imagen corporal, pérdida de la feminidad, baja autoestima, agorafobia, llanto repentino, miedo, ira y depresión, como así también estigmatización; aún con el padecimiento descrito se reintegró a las tareas de cuidado de su madre y las del hogar, mientras que la entrevistada B que recibió tratamiento psicoterapéutico y de Terapia Ocupacional entre otros, por CE, no presentó trastornos psicológicos severos.

La antropología médica ha desarrollado el concepto de padecimiento (diferenciándolo de la enfermedad) refiriéndose así a la dolencia o estado subjetivo percibido por el individuo. Padecer implica la experiencia y la percepción del individuo. La estigmatización es uno de los aspectos del padecimiento relatado por los entrevistados que está relacionada con cada cultura; el culto a la belleza aún

persiste en la sociedad argentina; los sobrevivientes a quemaduras vuelven a la comunidad cubiertos con vendajes y prendas compresivas que ocultan las cicatrices produciendo diferentes reacciones en las demás personas, desde evitación de la mirada al asombro, desprecio o burla. Cuando las secuelas cicatrizaes quedan expuestas la sociedad los discrimina y los sobrevivientes se encierran ²⁰.

En relación al abordaje en tratamiento interdisciplinario se puede decir entonces que los resultados de la presente tesis fueron diferentes de lo recomendado por la literatura dado que los pacientes han recibido múltiples tipos de tratamientos durante su tiempo de estadía en la Terapia Intensiva -según refirieron los encuestados y entrevistados- pero escasamente por consultorios externos siendo que la recomendación es la asistencia integral e interdisciplinaria.

En este sentido Medina A⁷³ plantea que la interdisciplinaria no se refiere a la yuxtaposición de profesiones sino que al menos en determinados espacios, en una relación horizontal, se tomen decisiones conjuntas, se evalúen los tratamientos, entre otras interacciones. La atención centrada en el paciente citado precedentemente se basa en esta estrategia.

Sin embargo como se ha mencionado anteriormente, no haber continuado la terapéutica con algún/algunos tipo/s de tratamiento/s (psicología, kinesiología, psiquiatría) luego de la externación no fue impedimento para lograr la reinserción a la actividad productiva aunque probablemente lo hayan hecho con mayores secuelas funcionales, estéticas y psicológicas y a un costo personal no medido en este estudio.

Retomando la *reinserción al trabajo rentado* se puede decir que en el 75 % de los sobrevivientes que trabajó antes del evento por quemaduras tuvo un trabajo precarizado o en negro

La tasa de empleo no registrado (2019) en la provincia de Buenos Aires que se reportó para el tercer trimestre del año 2018 fue de 36,4% en los partidos del conurbano, 35,7% en el Gran La Plata y 38,4% en Mar del Plata, entre otras zonas donde residieron los encuestados para este estudio; el trabajo no registrado en los jóvenes -grupo etario más afectado por las quemaduras en este estudio-, asciende al 69,5% para el caso del Gran La Plata siendo un nivel muy superior a la media nacional (59,6%) ⁴³.

También en otros países de Latinoamérica se presenta esta condición de trabajo

en perjuicio de la salud de los trabajadores así por ejemplo en Chile realizaron un estudio sobre trabajo informal y salud y concluyeron en que “*normalmente los vendedores ambulantes no pueden abstenerse de trabajar aunque se sientan enfermos*”⁷⁶.

Más de 1500 millones tienen un empleo vulnerable en el mundo y por lo general carecen de condiciones de trabajo dignas, así como una representación y una seguridad social adecuada. Los sobrevivientes encuestados para este estudio han tenido la mayoría una condición informal de su trabajo rentado antes -como se ha mencionado anteriormente- y después del evento por quemaduras estando así en una permanente situación de riesgo. Fauerbach, et al⁹ encontró que en las personas desempleadas en el momento del evento por quemaduras fue mayor la probabilidad de que se quemaran en el hogar, tuvieran mayor días de estada en la UTI, y lesiones por inhalación, que los pacientes que han estado con empleo.

El porcentaje de reintegro al trabajo rentado (81,25%, compuesto por el 62,5% que se reintegró con grado completo sumado a los que se reintegraron en grado parcial 18,75%) es más elevado que los datos de estudios que se han realizado en países desarrollados; en una investigación realizada en Suiza por Dyster-Aas Johan et al¹², “Return to Work and Health related quality of life after burn injury” el 69% se reintegró a su trabajo anterior, en otro estudio de revisión de la literatura⁴⁵, obtuvieron que el 66% de los sobrevivientes se reinsertó en el trabajo anterior, siendo el mejor predictor el porcentaje de superficie total quemada, seguido de injerto; sin embargo, si se toma el porcentaje (62,50%) de reintegro grado completo para este estudio es decir excluyendo los que se reintegraron con grado parcial, se está en valores similares a los estudios anteriormente citados.

Todas estas investigaciones fueron realizadas por los denominados países desarrollados, donde las características de status laboral son diferentes, mientras que como se ha mencionado anteriormente los encuestados para este estudio han tenido en su mayoría un trabajo precarizado, sin cobertura de seguridad social, ni aportes jubilatorios y con inestabilidad laboral permanente, en condición de desprotección; se infiere que estos datos explican el mayor porcentaje de reinsertión al trabajo rentado. Es destacable que en el presente estudio, el resultado del *tiempo de retorno al trabajo* fue diferente según los encuestados, más de la mitad (54%) se re insertó en menos de

6 meses de la externación por quemaduras siendo que hubo sobrevivientes que se reintegraron a su trabajo al mes y a los dos meses del alta hospitalaria, manifestando que lo hicieron por imperiosa necesidad. La reinscripción a tan corto plazo de la externación no se ha encontrado en estudios previos. Se infiere que no haber tenido licencia por enfermedad, colocó a los sobrevivientes de este estudio en una situación desesperante donde aún con dolor, prurito, limitaciones estético-funcionales y trastornos psicológicos se han reinsertado al trabajo a fin de obtener un sustento para sí y su familia - como ha sido manifestado por algunos de ellos-; Yu Fang ²³ señala que los sobrevivientes a quemaduras que necesitan urgentemente ganar dinero para solventar los gastos de subsistencia de la familia retornan antes a su trabajo que los que no presentan esta necesidad imperiosa.

En la presente tesis el 77 % de los encuestados que retornaron al trabajo pago se reintegró antes de los 11 meses inclusive, desde la externación, mientras que sólo el 23 % se re insertó entre el año y los dos años luego del alta de internación; más de la mitad (54 %) lo hizo antes de los 6 meses como se ha presentado precedentemente y el 23 % antes de los tres meses. La media fue de 3.25 meses. En un estudio de revisión de la literatura, Quinn et al ⁴⁶ presentó un rango de tiempo entre el 4.7 a 24 meses desde el alta de internación hasta el reintegro al trabajo, con un promedio de reinscripción laboral del 66%.

En otra investigación sobre empleo formal en sobrevivientes que presentaron quemaduras de mano se evidenció que el 74% de ellos retornaron a los 8 meses, siendo la media 19 semanas desde la externación ⁷⁷. Si bien en esos estudios y en la presente tesis se reportó un alto grado de retorno al trabajo anterior de los sobrevivientes a quemaduras también en algunas investigaciones se informó sobre la necesidad que presentaron los sujetos de tener un cambio de trabajo o han requerido una modificación del mismo; así en un estudio previo se reportó específicamente la sustitución que tuvieron que hacer las personas sobrevivientes a quemaduras que realizaron trabajos pesados (heavy Works) a trabajos livianos o mentales (light Works or mental labour) ¹³.

Los encuestados de este estudio no tuvieron oportunidad de recalificación laboral dado la condición de trabajo informal que presentaron. Algunos lograron obtener un nuevo empleo informal más adecuado a su condición de salud habiendo sido buscado por iniciativa propia ante la extrema necesidad de cambio y sustento

económico, por ej. dejar de trabajar en pizzería donde la tarea se desarrolla a alta temperatura y obtener un empleo en negro de cuidado de personas o limpieza.

El 37.5 % de encuestados conformado por los que no se reintegraron a la actividad laboral rentada más los que lo lograron en grado parcial es un subgrupo a considerar para la planificación de las políticas públicas ya que se presenta con ellos otra problemática imperiosa a resolver que es el desempleo; no poder desarrollarse en un trabajo rentado conduce a las personas con quemaduras graves a mayores trastornos relacionados con la salud y la calidad de vida. En un estudio acerca del retorno al trabajo rentado siguiente a quemaduras de mano, se evidenció que aquellas personas quemadas que no trabajaron después del evento por quemaduras, fueron caracterizados con baja calidad de vida y peor salud relacionada a sus lesiones por quemaduras, presentaron más síntomas de estrés postraumático y mayor presencia de miedo ⁷⁷.

A su vez no reintegrarse al trabajo pago los expone a estar más vulnerables para tener accidentes nuevamente, como un círculo vicioso; un ejemplo de ello en este estudio es uno de los casos registrados, siendo joven falleció a los dos años del alta de la UTI del Serv. de CP y Q presentando como causa otro tipo de accidente, según refirió el padre al solicitarle realizar la encuesta. Hay datos contundentes respecto a la vulnerabilidad de estos sujetos, *“las personas que viven en países de ingreso bajo y medio corren mayor riesgo de sufrir quemaduras que las que viven en países de ingreso alto”* OMS (2018) y uno de los factores de riesgo para las quemaduras reportado por el mismo organismo es *“la pobreza, el hacinamiento y la falta de medidas de seguridad adecuadas”* ¹

La mayoría de los encuestados residentes en la provincia de Buenos Aires volvieron a tener las mismas condiciones laborales, siendo muy pocos los que lograron tener un trabajo formal, por lo que se estima poco probable que puedan superar la exclusión y tener posibilidad de movilidad socio económica si no se implementan otras políticas siendo que en el informe mundial para la discapacidad señalan que para que las personas con discapacidad puedan superar la exclusión es necesario que tengan oportunidades de trabajo u otras alternativas de ingresos y que no poder participar en el mercado laboral es uno de los motivos que los lleva a la pobreza ⁷⁸.

Respecto de las causas del no reintegro a la actividad laboral rentada dos encuestados manifestaron no poder soportar el calor de la cocina sobre la piel quemada. También se expuso el miedo dado que según refirió una encuestada el agresor que la prendió fuego está en libertad, viviendo a dos cuadras de su casa; es destacable que se la encuestó en un tiempo mayor a dos años de la externación y aún persistía el miedo y la necesidad de salir acompañada; en coincidencia con la literatura donde se reporta que la intolerancia que presentan los sobrevivientes a quemaduras al estar en presencia de altas temperaturas ⁷¹, el miedo y la discriminación ⁹ son sólo algunas de las limitaciones de la persona por su condición de salud y del entorno.

Otro encuestado manifestó tener limitaciones por disminución de fuerza muscular para acarrear baldes en su trabajo y la falta de modificación del entorno para que él pudiera lograrlo.

En síntesis, ha habido descuido por parte del Estado con los sobrevivientes a quemaduras siendo que con distintas acciones o implementación de programas cada uno de ellos podrían haberse reintegrado u obtenido otro trabajo.

En relación a la reinserción al trabajo no rentado *cuidado de otros*, casi la mitad (40 %) del total de encuestados para este estudio cuidaron a otras personas de la familia sin percibir un dinero por ello, niños, madres mayores y ex marido.

No se reportó estudios previos en relación a las tareas de cuidado ejercido por sobrevivientes a quemaduras pero sí en pacientes con cáncer de mama, “*muchas mujeres que deberían estar serenas para su tratamiento de cáncer mamario se deben ocupar de la salud de sus padres, de sus hijos y aún de sus parejas o maridos*” ⁷⁹.

La literatura médica muestra las prácticas de cuidado brindadas a los pacientes con quemaduras por diferentes profesiones de la salud como enfermería, kinesiología, entre otras y del autocuidado pero no de los sobrevivientes de quemaduras graves hacia sus familias, quedando invisibilizado el trabajo no rentado al que deberán enfrentarse en la externación denominado *cuidado de otros*.

Si bien en el análisis por género de los casos para este estudio se demostró la mayor incidencia de quemaduras en varones que en mujeres, de los encuestados que *cuidaron a otros* familiares por género -sin percibir pago- más de la mitad fueron mujeres (62,5 %), mostrando así nuevamente la mayor preponderancia del sexo femenino en el rol del cuidado. No obstante la presencia del 37,5% de varones ejerciendo tareas de cuidado de otros -sin percibir pago- coincide con el cambio lento

y progresivo del rol asignado a la mujer⁸⁰.

Del total de encuestados que cuidaron a otras personas sin cobrar el 42,5 % se reintegró a menos de 6 meses del evento, 42,5 % entre 7 y 12 meses y el 14,28 % entre el año y los dos años. El tiempo transcurrido desde el evento por quemaduras hasta la re inserción a las tareas de cuidado es un dato relevante por la necesidad que padecen las personas que estaban al cuidado además de la implicancia en la persona afectada por las quemaduras quienes manifestaron motivos imperiosos de cubrir esa necesidad familiar.

En ocasiones también se han quemado en el siniestro las personas cuidadas, por ejemplo niños de madres quemadas. Si bien no hay datos sobre el tema, la práctica profesional me ha permitido observar que las mujeres internadas por quemaduras graves manifiestan inquietud por tener el alta pronta para volver a las tareas de cuidado, mientras los hombres manifiestan como preocupación principal volver al trabajo rentado para sostener a la familia.

Los sobrevivientes a quemaduras transitan en la externación inmediata y hasta al año al menos, un período en que necesitan ser cuidados, cuidarse, adaptarse a la nueva situación afuera del hospital, concurrir a los tratamientos por consultorios externos, en algunos casos someterse a cirugías y realizar todas las tareas de autocuidado específicas para las quemaduras. Algunas terapéuticas consisten en curaciones realizadas por el mismo paciente o su familia, colocación de cremas, siliconas, vendajes, prendas compresivas, férulas y realización de ejercicios como se ha mencionado anteriormente.

Si bien desde el equipo interdisciplinario y particularmente en TO se trabaja para la re inserción ocupacional más pronta posible por los efectos beneficiosos para la salud y el bienestar, éstos se producen si la actividad está graduada para las necesidades y requerimientos de tratamientos de cada persona; por ej. una participante en este estudio manifestó haber tenido que reintegrarse al mes de externada al cuidado y sustento de su hijo menor porque no tenía quién lo hiciera. Otra refirió también tener que cuidar a su ex marido en forma inmediata a la externación porque no había persona alguna que la pudiera reemplazar en esa tarea.

Los pacientes quemados de este estudio tuvieron que ocuparse entonces del autocuidado y al mismo tiempo la “obligatoria” (por el mandato familiar o la

ausencia del Estado en tanto no ofrece cobertura de cuidadores pagos) actividad de cuidado hacia otros, en forma simultánea con el propio cuidado, como señala Chardón ⁸⁰ (2017) las actividades de cuidado se presentan “*con tiempos intensos y simultáneos*”, “*superpuestas con otras*”;

Particularmente las mujeres quemadas -como así también las que no presentan quemaduras- asumen el rol de cuidadoras, mandato asignado por la sociedad con una carga de trabajo que en muchas ocasiones es displacentero aunque no se manifieste ⁸⁰, además de limitar el desarrollo ante oportunidades laborales rentadas; en el informe del PNUD (2015) muestra la compleja y desventajosa situación de género en el cuidado “cuando las mujeres no tienen otra alternativa que otorgar prioridad al trabajo no remunerado y quedar al margen del mercado laboral, hacen grandes sacrificios, posiblemente perdiendo oportunidades de ampliar sus capacidades laborales. También pierden oportunidades de independencia económica ⁵³ .

Una encuestada del presente estudio que no realizaba tareas de cuidado antes de quemarse y tenía un trabajo rentado, en la actualidad se dedica al cuidado de su madre adulta mayor en forma exclusiva, manifestando que lo hace “*por necesidad*” y “*por eso no trabajo*”; desde la economía del cuidado se plantea que “*las mujeres que viven en hogares de ingresos medios o altos cuentan con la oportunidad de adquirir servicios de cuidado en el mercado o de pagar por el trabajo de cuidado de otra mujer*” siendo que “*estas opciones se encuentran limitadas o directamente no existen para la mayoría de mujeres que viven en hogares de estratos socioeconómicamente bajos*” ⁸¹ particularmente la población de este estudio.

También la CEPAL (2016) señala que “*la carga del trabajo no remunerado que se les asigna culturalmente a las mujeres, entorpece sus posibilidades de acceso al mercado laboral y se hace aún más pesada, demandando mayor dedicación de tiempo, en los hogares que necesitan incrementar sus ingresos por encontrarse en situación de pobreza*” además “*los hogares de los primero deciles de ingresos son los que registran mayor número de miembros dependientes del cuidado de terceros (principalmente niños y niñas y personas con discapacidad o enfermedades crónicas)*” ⁵⁴ . Por este motivo es altamente probable que las mujeres encuestadas continúen en una situación de vulnerabilidad sin poder salir de la pobreza si no se instrumentan políticas específicas para esta problemática.

El cuidado no pago es una forma de aporte al sistema productivo -como se ha mencionado anteriormente- que no está visibilizado en nuestra sociedad por tanto no incluida en la actividad productiva del país; esto se relaciona con la dificultad para hallar estudios en relación a esta actividad en población con quemaduras.

Sin embargo se destaca que algunos sobrevivientes se reinsertaron a esta actividad por la imperiosa necesidad de cuidar a otros de su familia -según referencia de los encuestados- encontrando similitud con el estudio previo citado precedentemente ⁷⁹ sobre cáncer de mama en que se reporta que mientras las mujeres estaban necesitando cuidarse se veían interpeladas en sus roles tradicionales de cuidadoras y ello les significaba momentos particularmente angustiantes; dado las limitaciones de este estudio no se conoce en qué condiciones o a qué costo psico físico, emocional, familiar y social se reintegraron los encuestados a las tareas de cuidado como se ha mencionado anteriormente. Sí, se puede dar cuenta de ello en la entrevistada A, quien en su relato describe la carga que siente al tener que ocuparse del cuidado de su madre adulta mayor, aún duda si seguir viviendo (según el relato).

Respecto al retorno a las *tareas del hogar* de los pacientes enrolados en este estudio, se objetivó que el tiempo de reintegro fue en su mayoría (83,3 %) dentro del año de externado siendo sólo el 16,7% entre un año y dos; en coincidencia con la literatura en que reportan que muchos sobrevivientes a quemaduras son capaces de reanudar sus rutinas diarias antes que se complete la maduración de sus heridas ⁷⁰.

La tarea del hogar que no volvieron a realizar fue cocinar por la intolerancia al calor ⁴⁰ y en algunos casos por miedo al fuego luego del incendio.

Tres encuestados que no retornaron a ninguna de las tareas del hogar no lo vincularon a las quemaduras.

En síntesis, se objetivó que un alto porcentaje de encuestados se reintegró a las actividades productivas luego de la externación por el evento por quemaduras, siendo que el 81,25% se reinsertó al menos a un tipo de *trabajo rentado*; el 87,5% al no rentado *cuidado de otros* y el 84,21% a todas las *tareas del hogar*.

Comparando la reinsertión en los tres tipos de actividades productivas descritas en este estudio se evidenció que la mayoría de los encuestados se reintegraron en

primer lugar -desde el alta de internación- a las tareas del hogar, en segundo al cuidado de otros y finalmente al trabajo rentado. Se infiere que la necesidad imperiosa de obtener un sustento económico o cuidar de su familia fue el motivo que llevó a una pronta reinserción de los encuestados de la presente tesis, difiriendo de la mayoría de los estudios con otras poblaciones donde tuvieron licencia paga como se ha mencionado anteriormente, o un mayor soporte familiar para la actividad de cuidado de otros y tareas del hogar.

En relación a la participación en la actividad productiva pos egreso hospitalario referido al trabajo rentado **actual** el 80 % trabaja en un *trabajo rentado*, el 85 % realiza las *tareas del hogar* y el 30 % *cuidado de otros* habiendo transcurrido entre 3 a 9 años del alta de internación.

De los encuestados que no trabajan en la actualidad dos encuestadas manifestaron no trabajar por tener que cuidar a sus madres mayores. Nuevamente se muestra la desprotección en que se encuentra este tipo de población con escasa respuesta del Estado, una vez externados, teniendo que abandonar la posibilidad de tener un trabajo rentado para dedicarse a las tareas de cuidado no pago, siendo que tener un trabajo pago es necesario para lograr el bienestar.

Este tipo de situaciones lleva a aumentar la situación de pobreza y por tanto -como se ha mencionado anteriormente- a que estén más expuestos a sufrir accidentes ¹. Pareciera así que se encuentran sin posibilidad de salida de la vulnerabilidad a la que se encuentran expuestos.

Otro E no volvió a trabajar por no haber sido incorporado a tareas en escuelas, según refirió por limitaciones de la persona (intolerancia al calor y falta de fuerza para transportar peso) y la falta de acomodación el entorno; un último encuestado que aún no trabaja manifestó que es debido a su condición (secuelas estéticas y funcionales por las quemaduras) estando nuevamente presente la limitación de la persona y/o ausencia de acomodación del ambiente.

En el análisis de reinserción a la actividad productiva según *grupos de gravedad* de las quemaduras, se presentó una evidente diferencia entre los sobrevivientes grado II y grado III en la reinserción al trabajo rentado, no se pudo medir con los pacientes grado IV ya que no participaron en encuestas de este estudio como se mencionó anteriormente.

Todos los pacientes externados grado II se han reintegrado al menos a un trabajo pago luego del evento por quemaduras (grados completo y parcial de participación) a diferencia de los que fueron diagnosticados con grado III de gravedad en que solo el 60 % se reinsertó al trabajo con grado completo, el 10 % se reintegró con grado parcial (a un trabajo sí y a otro no) y un 30 % tuvo grado nulo de participación. Comparando ambos subgrupos -grado II y III - se puede inferir que el retorno al trabajo rentado está relacionado con la gravedad de las quemaduras, en coincidencia con la revisión realizada por Quin et al ⁴⁶ donde determinó que la gravedad de la quemadura fue la barrera más importante para el retorno al trabajo rentado.

Otro resultado relevante de este estudio es que todos los encuestados que trabajaron en *más de un trabajo pago* antes del evento por quemaduras se reintegraron solo a uno de ellos, por lo que estos sobrevivientes han perdido un 50 % de actividad productiva rentada, impactando en el nivel de ingresos a las familias. No se analizó en este estudio la causa de ello, pudiendo relacionarse con el tiempo que les demanda las actividades específicas de autocuidado por sus quemaduras - curaciones, tratamiento compresivo, etcétera- y/o con la capacidad de rendimiento ante el esfuerzo que implica sostener más de un trabajo. Sería beneficioso realizar estudios al respecto ya que en la provincia de Buenos Aires es frecuente que las personas participen en más de un trabajo rentado por necesidad económica siendo que además en las personas con secuelas de quemaduras los gastos en salud de las familias se incrementan.

En relación al retorno al trabajo no rentado hubo menor diferencia de porcentajes entre los encuestados grado II y grado III; así en la actividad cuidado de otros la participación fue en grado completo en el 100% de sobrevivientes grado II y del 80% en pacientes grado III de gravedad; con respecto al retorno a las tareas del hogar en sobrevivientes grado II la reinsertión fue del 85,7% con grado completo siendo que el 15 % en grado parcial, mientras que en grado III fue del 75% en grado completo y el 8,3 % en grado parcial (el 16,7 % grado nulo). Estas actividades se desarrollan en su mayoría dentro del seno del hogar, entorno con características más facilitadoras de la participación que el entorno laboral.

En relación al *grado de seguimiento y grado de gravedad* de las quemaduras en el

impacto a la reinserción a la actividad productiva no hubo diferencias significativas entre los encuestados grado II y grado III.

Respecto al *tipo de seguimiento y grado de gravedad*, los encuestados grado II tuvieron algún grado de seguimiento en el 62,8 % de los encuestados con cirugía plástica, terapia ocupacional y dermatólogo y los sobrevivientes grado III los que tuvieron grado óptimo todos continuaron con terapia ocupacional y uno sólo no continuó con cirugía plástica siendo que todos ellos se reintegraron al menos a un trabajo rentado. Dado el número bajo de encuestados no se puede determinar si el tipo de seguimiento es significativo, no obstante es altamente probable que haya influido en la reinserción a la productividad, habría que estudiar el tema en mayor número de casos.

Queda el interrogante sobre el estado psíquico de los sobrevivientes grado II de gravedad ya que fue llamativo que ninguno de ellos continuó con tratamiento psicoterapéutico.

4.2 PROPUESTAS PARA LA PLANIFICACIÓN DE POLÍTICAS EN SALUD PÚBLICA

De acuerdo a los resultados de este estudio se propone la implementación de políticas de Salud Pública en los siguientes niveles;

A nivel del efector de máxima complejidad: organizar una Unidad de seguimiento del paciente quemado con tratamiento multidisciplinario y presencia continua de los profesionales in situ, es decir integrados al equipo, sin requerir interconsultas para las profesiones básicas para el tratamiento del paciente quemado, en el HIGASM en la actualidad y en los hospitales que tuvieran oportunamente Servicio de Quemados; se trata de una interacción recíproca en un plano de horizontalidad de los integrantes del equipo tratante, tal como plantea Medina A. “donde cada miembro comparta una visión respecto de la labor de sus compañero de equipo” “donde se compartan decisiones, responsabilidades”.

También registrar los grados de adherencia al tratamiento, con evaluación continua, adecuar el tipo y grado de seguimiento frente a las problemáticas que se les presenta a

cada uno de los sobrevivientes a quemaduras. Se propone un período de seguimiento interdisciplinario de un año en el hospital y el trabajo en red integrada de salud⁷³.

A nivel educativo: establecer políticas educativas desde el jardín de infantes, en todos los niveles, incluida la formación universitaria acerca del tema quemaduras, respecto a la prevención y la no discriminación de las personas diferentes.

A nivel de efectores en comunidad:

Organizar cursos sobre quemaduras, prevención, tratamientos y reinserción socio-laboral destinados a los profesionales que trabajan en la comunidad a fin de brindarles conocimientos de la especificidad de esta población, particularmente para la asistencia de los sobrevivientes a quemaduras quienes es habitual que se encierren en sus hogares.

Organizar talleres con la comunidad destinados a la reintegración social de los sobrevivientes a quemaduras.

Promover la creación de redes de apoyo para los sobrevivientes a quemaduras, aún inexistente en la Provincia de Buenos Aires y la interacción con otras redes de apoyo.

A nivel de Ministerio de Trabajo: establecer políticas de integración/reintegración laboral específicas para este tipo de población que por sus características requiere un programa específico.

4.3 DIFICULTADES EN EL ESTUDIO

En la presente investigación se utilizó como fuente primaria las H. C. de los pacientes que ingresaron al Servicio de CP y Q, donde el registro aún es manual y no está protocolizada la organización interna de la misma; en varias de ellas no hubo registro de teléfonos de la población en estudio para poder contactarse y tomar las encuestas.

Como se ha mencionado anteriormente gran cantidad de teléfonos que se encontraban registrados estuvieron en desuso al momento de tomar las encuestas, motivo por lo que no se ha podido contactar a muchos de los pacientes externados de dicho Servicio. Problemas similares, aunque con algunas particularidades, se encuentran en

investigaciones de otros países, como se ha mencionado anteriormente, en un estudio comenzaron con 88 pacientes registrados y finalmente pudieron encuestar a 14. En otros estudios prospectivos han establecido un compromiso con el paciente y su familia al alta de internación para luego poder hacer el seguimiento. Si bien da mejor resultado en cuanto a cantidad de personas a encuestar, también se presenta un sesgo dado que los sobrevivientes a quemaduras, saben con anterioridad que serán estudiados.

Otra dificultad presentada para realizar las encuestas fue que algunos sobrevivientes a quemaduras que reunieron los criterios de inclusión de este estudio manifestaron no haber atendido el teléfono en una primer instancia por temor, dado “la situación de inseguridad en que se vive”; y otros no quisieron dar datos por desconfianza.

El uso del teléfono para las encuestas limitó la posibilidad del encuentro personal y obtener así otros datos ricos, como así también influyó en la baja cantidad de personas posibles de encuestar.

No se pudo obtener encuestas de los sobrevivientes grado IV de gravedad de quemaduras limitando así la obtención de resultados con respecto a ese subgrupo con mayor superficie y/o profundidad de sus quemadura; es altamente probable en ellos, la presencia de secuelas más complejas y consecuentemente su reinserción familiar, laboral y social deficitaria.

Otro aspecto a tener en cuenta que limitó los resultados de este estudio es que el diagnóstico de extensión y profundidad de las quemaduras que se recogieron de las HC fueron únicamente las registradas al momento del ingreso del paciente a la UTI del Serv. de CP y Q; no se pudo obtener una valoración posterior de la gravedad de las lesiones por no estar protocolizado su registro. Es necesario realizar nuevamente la valoración de ambas variables -extensión y profundidad- dado que con el transcurso del tiempo se va clarificando el grado de lesión.

En las guías clínicas AUGÉ, Gran Quemado del Ministerio de Salud de Chile lo muestran así, señalando que “*La presencia de eritema en las primeras horas puede generar una sobreestimación de la extensión de las quemaduras*” y que “*La evaluación de la extensión de las quemaduras puede resultar difícil*”, la evaluación de la profundidad también es compleja, “*Las quemaduras son dinámicas y la profundidad de una quemadura puede progresar. La hipotermia transitoria al producir vasoconstricción, puede generar mayor profundidad que la real, por lo que la reevaluación es fundamental*”¹⁷ agregó la misma guía.

4.4 LIMITACIONES DEL ESTUDIO:

No se puede hacer una extrapolación de resultados del presente estudio dado el bajo número de encuestados y por haber sido realizado en una institución específica únicamente.

Las características del trabajo de los pacientes de este estudio, en su mayoría informal o en negro, no permiten ser trasladable a poblaciones con otras características laborales.

4.5 CONCLUSIONES:

Se infiere que el determinante de la participación en la actividad productiva de los encuestados de este estudio luego de la externación fue **el grado de gravedad de las quemaduras**, según los objetivos planteados.

Es probable que la continuidad y tipo de tratamientos recibidos haya impactado en la reinserción a la actividad productiva siendo bajo el número de encuestados para determinarlo. Asimismo han podido lograr la reinserción a las actividades productivas debido a haber tenido un óptimo tratamiento interdisciplinario durante la internación en Terapia Intensiva.

El hallazgo de otro determinante que no se ha planteado analizar en este estudio fue la imperiosa necesidad de tener un sustento para vivir, cuidar a un familiar o realizar las tareas del hogar. Se infiere que el costo personal para su reinserción ha sido alto y amerita estudios al respecto. Por otra parte la sociedad en Argentina aún no está suficientemente desarrollada para recibir a las personas con graves secuelas de quemaduras, habiendo discriminación -manifestada por los encuestados- en el trabajo y la comunidad dificultando así aún más la reinserción socio-laboral.

Es esperable que los que tienen el poder de decisión instrumenten acciones de Salud Pública destinadas a este tipo de población. La presente tesis promueve algunos interrogantes para ir profundizando en la temática en estudios posteriores, ¿Cuál es el costo personal de la reinserción precoz a la actividad productiva de las personas con graves quemaduras? ¿es beneficioso o contraproducente para la salud y bienestar de

estas personas? ¿Cómo se presenta la reinserción a las actividades productivas de personas con quemaduras grado IV de gravedad?

4.6 CITAS BIBLIOGRÁFICAS

1 OMS, Quemaduras. 2018.

2 Asociación Argentina de Quemaduras.(AAQ). 2018.

3 OMS. Quemaduras. 2014.

4 Dirección de información sistematizada. Ministerio de Salud Provincia de Buenos Aires.2015.

5 Esperanza de vida saludable en Argentina. Ministerio de Salud. Presidencia de la Nación. 2010.

6 Burn Incidence and Treatment in the United Stated. American Burn Association. 2016

7 J. Noble et al. Quality of life and return to work following electrical burns. Burns. Editorial Elsevier. 32 159 -164. 2006.

8. Barragán H.L. Desarrollo, salud humana y amenazas ambientales. La crisis de la sustentabilidad. Edición: 1° La Plata. Ed. EDULP. 2010.

9. Patricia E. Blakeney, Laura Rosenberg, Marta Rosenberg y James A. Fauerbach. Cap. 47 Recuperación psicosocial y reintegración de los pacientes quemados. Pág 595 - 609. En Herndon. Tratamiento integral de las quemaduras. 3 Edición. Ed. Elsevier Masson. 2009.

10. Druery, Martha et al. Factors influencing psychological, social and health outcomes after major burn injuries in adults: cohort study protocol. BMJ Open 2017

11. Gary Kielhofner et al El Modelo de la Ocupación humana. Cap 44 en Crepeau, Cohn, Schell Terapia Ocupacional. Editorial Panamericana. 11 Edición. 2011.

12 Johan Dyster-Aas, MD, et al, Return to Work and Health-Related Quality of Life After Burn Injury. J Rehabil Med; 39: 49-55 Uppsala, Sweden, 2007

13.J. Xiao and B-R. Cai. Functional and occupational outcome in patients surviving massive burns. Burns, Vol.21. N° 6, 415-421, 1995.

14. Brych SB et al. Time off work and return to work rates after burns: systematic review of the literature and a large two-center series. J. Burn Care Rehabil 2001 Nov-Dec; 22 (6): 40

15. A Who Plan for Burn Prevention And Care. World Health Organization. Geneva, Switzerland. 2009.

16. Prof. Dr. Fortunato Benaim. Clasificación de las quemaduras según su profundidad. RAQ. Vol. 6 N° 1-2. Pág 22-26. 1991.

17 Guías Clínicas Auge. Gran Quemado. Ministerio de Salud.Gobierno de Chile. Santiago: Minsal, 2016 . Disponible en:

18. Protocolo de H.C. de admisión. Quemaduras. Servicio de Cirugía Plástica y Quemados. HIGA San Martín. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

19. Benaim Fortunato. Opinión personal sobre una clasificación uniforme para la profundidad de las quemaduras. Revista Argentina de Quemaduras. Vol 15 N° 2. Versión en español. Mayo/agosto. 2000. Versión original en inglés. Research in Burns, Pags. 715 a 719, editado por P. Matter, T.1. Barclay y Z. Koníckovd, 1971.

20. Zapata, DM, Estrada, A. Calidad de vida relacionada con la salud de las personas afectadas por quemaduras después de la cicatrización. Medellín, Colombia. Biomédica (Internet). 2010. 30(4): 492-500.

21. Alvaro cuadra, C, et al, Quemaduras faciales: manejo inicial y tratamiento. Revista Médica Clínica Las Condes. Vol. 21. Issue 1. Pág. 41-45. 2010

22. Conejero. Transplante Facial: una realidad clínica. Revista Médica Clínica Las Condes. Vol. 21, Issue 1, Pág. 46-49. 2010.
23. Yu-Fang Hwang, et al. Factors Related to Return to Work and Job Modification After a Hand Burn. American Burn Association. 2009.
24. Nugent N, et al. Reconstrucción de la mano quemada. cap. 38 en Herndon D.N.. Tratamiento Integral de las Quemaduras. 3° Edición. Ed. Elsevier castellano. 2014.
25. Leegstra Rut C, Cangini Gladys. Ortesis y posicionamiento en personas afectadas por quemaduras. Cap. 8 en Mónica Ocello, Verónica Lovotti. Ortesis y prótesis. Herramientas para la Rehabilitación. Ediciones UNL. 2015.
26. Iris Montes de Oca Campos, José Manuel Martínez Camejo, Páusides Calixté Semanat, Angel L. Selva Suárez. Autoagresión por quemaduras. Revista Cubana Med Gen Integr v.12 n.2 Ciudad de La Habana. 1996,
27. Vidmar, Lorenz. La quemadura es una enfermedad social. Hospital de Quemados. Disponible en: Municipales. <http://www.medicos-municipales.org.ar/filies0700.htm>. Fecha de consulta 09-02-2019
28. Observatorio Nacional de la Violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar. Perú. 2018.
29. Faroni, Natalia. Manejo Interdisciplinario de Pacientes Quemados. Pilar Fundamental para la Reducción de Secuelas Funcionales. Revista Argentina de Quemaduras. Fundación Benaim. Vol 27. N°2. 2017.
30. Cristian Arriagada I. Manejo multidisciplinario del Gran Quemado. Rev. Med. Clin. Condes. 2016; 27 (1) 38-41
31. Bolgiani Alberto, Errores y Prioridades. Revista Argentina de Quemaduras. Vol. 28, N° 3. pág. 114-123. Fundación del Benaim. 2018

32. Gollop en Annie Turner, Marg Foster, Sybil E. Johnson. *Terapia Ocupacional y disfunción física*. Quinta edición. Ed. Elsevier Science. Madrid. España 2003.
33. *Guías de Práctica Clínica de la ISBI (International Society for Burn Injuries) para el Cuidado de las Quemaduras*. Elsevier. 2016
34. Sandra Utley Revees. *Burns and Burns Rehabilitation* en Pedretti Lorraine Williams Pedretti, Mary Beth Early. *Occupational Therapy. Practice Skills for Physical Dysfunction*. Fifth Edition. USA. Ed. Mosby. 2001
35. Anzarut A et al. The effectiveness of pressure garment therapy for the prevention of abnormal scarring after burn injury: a metaanalysis. *J Plast Reconstr. Aesthet Surg* 62: 77-84. 2009
36. Walter J. Meyer, et al *Tratamiento del dolor y otras molestias en los pacientes quemados* en *Tratamiento Integral de las Quemaduras*. Cap. 46. 3 edición. Herndon. pág 573-494 Ed, Elsevier Masson. 2009
37. Belén Larrea, A, Marcela Avila A, Cindy Raddatz “Manejo del dolor en pacientes quemados” *Rev. chil. anest.* Vol. 44 Número 1 pp. 78-95 año 2015
38. Michael A Serghiou, et al *Rehabilitación completa del paciente quemado*. Cap. 34, en Herndon *Tratamiento Integral de las Quemaduras*. 3º Edición. Ed. Elsevier Masson . 2009
39. American Occupational Therapy Association 1997, p. 864, citado en Curtin, Molineux, Supyk-Mellson. *Occupational Therapy and Physical Dysfunction. Enabling Occupation*. Chapter two. Elsevier. 6 Ed. 2010.
40. Sandra Utley Revees. *Burns and Burns Rehabilitation*. Chapter 47 en Pedretti Lorraine Williams Pedretti, Mary Beth Early. *Occupational Therapy. Practice Skills*

for Physical Dysfunction. Fifth Edition. USA. Ed. Mosby. 2001

41. Polonio Lopez B. Modelos y marcos de referencia utilizados frecuentemente en disfunciones físicas, en *Terapia Ocupacional en disfunciones físicas*. Cap. 2 p.22-25
2 edición. Madrid. Panamericana. 2015.

42. Alicia Trujillo Rojas. *Terapia OCupacional . Conocimiento y Práctica en Colombia*. Colección Sede- Universidad Nacional de Colombia. 1° edición Bogotá. 2002.

43. *El trabajo no registrado*. Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires. Convenio CONICET.

44. Azucena Beatriz Ragusa, Edith Yolanda Dalinger. *Algunas reflexiones acerca del empleo informal en la Argentina*. SAIJ. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Presidencia de la Nación. 2008.

45. M.E. Baar, et al *Functional outcome after burns: A review*. Netherlands. *Burns* 3
1-9.2006

46. T Quinn , et al. *An examination of factors that affect return to work following burns: A systematic review of the literature*. *Burns* 36 . pág. 1021-1026. 2010.

47. Alborno Claudia R, Villegas Jorge, Peña Verónica, Whittle Sandra. *Epidemiología del paciente gran quemado adulto en Chile: experiencia del Servicio de Quemados del Hospital de la Asistencia Pública de Santiago*. *Rev. méd.* 181-186. Chile. 2013

48. OIT. Informe 2018. *El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente*.

49. Montserrat Díaz Fernández, María del Mar Llorente Marrón. *Caracterización económica del cuidado*. CEDEM/Novedades en Población. Año XII. N° 23. Oviedo.

España. 2016.

50. Adriana Cecilia Cruz et al Trabajo remunerado, trabajo doméstico y salud. Las diferencias cualitativas y cuantitativas entre mujeres y varones. Cad. Saúde Pública. Río de Janeiro 19 (4) 1129-1138. 2003.

51. Chardón, M. C, Borakievich, S, Ferreyra, M, Pegoraro, V. La construcción del cuidado y la alteridad. En: Chardón, M.C. (coord.) *Transformaciones del espacio público*. P 255-272. Ed. La Crujía. Buenos Aires. 2011

52. Registro Nacional de Cuidadores Domiciliarios. Ministerio de Salud y Desarrollo Social. Presidencia de la Nación.

53. Informe sobre Desarrollo Humano 2015. Trabajo al Servicio del Desarrollo Humano. Programa para las Naciones Unidas (PNUD).

54. CEPAL. Autonomía de las mujeres e igualdad en la agenda de desarrollo sostenible. XIII Conferencia Regional sobre la Mujer de América Latina y el Caribe. Naciones Unidas. Montevideo. 2016.

55. Pautassi, Laura C. El trabajo de cuidar y el derecho al cuidado. Círculos concéntricos de la política social? Revista Cátedra Paralela. 1056.

56. Robles Bernardo. La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. Cuicuilco 2011, vol.18, n.52 [citado 2019/06/02] pp. 39/49

57. Modelo para la prevención de quemaduras en grupos vulnerables en México. Secretaría de Salud/STCONAPRA. México, Distrito Federal, 2016

58. Análisis de Situación de Salud. Ministerio de Salud y Desarrollo social. 2018. Secretaría de Gobierno de Salud.

<https://www.argentina.gob.ar/salud/epidemiologia/sala>

59. Ministerio de Salud Chile, Subsecretaría de Salud Pública. Informe final: Estudio

de carga de enfermedad y atribuible [internet] 2006.

[Http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/cargaenf2008/informe%20carga_Enf_2007.pdf](http://epi.minsal.cl/epi/html/invest/cargaenf2008/informe%20carga_Enf_2007.pdf)

60. Herminio Camacho Conchucos. Universidad Nacional de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Unidad de posgrado. Años acumulados de vida productiva potencial perdidos en pacientes amputados por accidentes de trabajo. Instituto Nacional de Rehabilitación. Perú. Lima.2010

61. Guemez Sandoval JC et al. Años acumulados de vida productiva potencial perdidos por accidentes de trabajo en Petróleos Mexicanos. Salud Pública. Mex 1996;38: 110-117

62. M. Chouza Insua, et al. Revista Iberoamericana de Fisioterapia y Kinesiología. 2004; 7(2): 107-13 Fisioterapia en los pacientes quemados. Quemaduras, tratamiento fisioterápico y aspectos relacionados.

63. OM Oficina de la Mujer. Corte Suprema de Justicia de la Nación. República Argentina. Registro Nacional de Femicidios de la Justicia Argentina.

64. Gaviria-Castellanos et al. Quemaduras químicas por agresión: características e incidencia recogidas en el Hospital Simón Bolívar, Bogotá. Colombia. Cir.Plast.iberolatinoam.Vol 41. Nª 1. 2015.

65. PNUD. Argentina. Objetivo 5. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Igualdad de Género. Informe 2015.

66. Aditya Wardhana et al, The epidemiology of burn in Indonesian s national referral burn center from 2013 to 2015.

67. Vendrúsculo T, Balieiro C, et al, Quemaduras en ambiente doméstico: características y circunstancias del accidente. Rev. Latino Am. Enfermagem. 2010.

68. Bolgiani libro Quemaduras. Conductas clínicas y quirúrgicas. Bolgiani et al. Ed. Atheneu. Año 2013. 2ª Edición.

69. Rolando Saavedra O, Edith Cornejo. Epidemiología y caracterización de quemaduras en niños de una comuna de Santiago de Chile. Revista Brasileira de Queimaduras. Vol 12 N° 4. 2013
70. Demetris Stavrou, et al, Health Related Quality of Life in burn patients. A review literature Israel, London, United Kingdom. Ed. Elsevier. 2013.
71. Belén Larrea, A. Marcela Avila A, Cindy Raddatz “Manejo del dolor en pacientes quemados” Revista Chilena de Anestesiología. Vol. 44 Número 1 pp 78-95. Año 2015
72. Taylor,S.J. Bogdan, R.-Cap. 4 La entrevista en profundidad en Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de los significados.Ed.Paidós, España, 1992-Pág-100 -132
73. Medina, Arnaldo. enfoques y herramientas para el gobierno de la salud: comparación internacional en el nuevo contexto de las redes. 1a ed. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Miño y Dávila, 2019.
74. Kielhofner. Fundamentos conceptuales de la Terapia Ocupacional. 3a ed. Editorial Panamericana. 20006.
75. Manu H Desai. Randi L. Rutan. Recursos Humanos: enfoque en equipo. Cap. 5. en Blendin. Linares. Benaim, Tratado de Quemaduras. Ed. Interamericana Mc. Graw Hill. 1993
76. Moyano Díaz Emilio, et al. Trabajo Informal: motivos, bienestar subjetivo, salud y felicidad en vendedores ambulantes. Psicología em Estudo. Vol 13 N° 4, pp. 693-701. 2008

77. Phala A. Helm, et al. Return to Work Following Hand Burns. Arh. Phys Med Rehabil 67: 297-298, 1986.
78. Informe Mundial sobre discapacidad. OMS. Banco Mundial. 2011.
79. Ana Domínguez Mon et al. Cuidados en Salud. Derechos y género. Documentos de trabajo
N° 80. Instituto de Investigación Gino Germany. UBA. 2018
80. María Cristina Chardón. Representaciones sociales y cuidados. Los sujetos, las prácticas, las instituciones Cap. 8. Maria Cristina Chardón, et al . En: Investigaciones en representaciones sociales en la Argentina. Universidad Nacional de Quilmes. Argentina. 2017.
81. Corina Rodríguez Enriquez. Economía feminista y economía del cuidado. Aportes conceptuales para el estudio de la desigualdad. Revista Nueva Sociedad N° 526. 2015

ANEXO 1

DATOS A EXTRAER DE HISTORIA CLÍNICA

HC Nº:

Fecha ingreso internación:

Corresponde a Nº de encuesta :
internación: _____

Fecha egreso

Sexo:

Femenino	
Masculino	

Edad:

15 a 24	
25 a 29	
30 a 34	
35 a 39	
40 y 44	
45 a 49	
50 a 54	
55 a 59	
60 a 64	
65 a 69	
69 y más	

Zona sanitaria de procedencia:

Zona XII	
Zona XI	
Zona X	
Zona IX	

Zona VIII	
Zona VII	
Zona VI	
Zona V	
Zona IV	
Zona III	
Zona II	
Zona I	

Obra social

Sí	
No	

Óbito

Sí	
No	

Tipo de quemaduras:

A	
AB	
B	

Superficie corporal total quemada

%	
---	--

Grado de gravedad:

II	
III	
IV	

Topografía de la lesión

Lesión tipo B circunferencial	
Cabeza/cuello	
Tronco	
MMSS	
MMII	
Quemadura ocular	
Lesión digestiva	
Otras lesiones traumáticas	

Localizaciones especiales:

Cara y cuello	
Manos y pies	
Periné	
Genitales	
Zonas de pliegue de flexo-extensión	

Tipo de accidente:

Doméstico		Auto agresión	
Trabajo		Agresión por terceros	
Público		Otros	

Etiología:

Térmicas		Eléctricas		Químicas		Otras	
Exposición al sol		Lesiones por rayos		Contacto con álcalis		Abrasión	
Contacto c/líquidos calientes		Explosión/Fogonazo eléctrico		Contacto con ácidos		Medicamentos	
Contacto c/fuego D.		Descarga eléctrica		Contacto c/comp. orgánico		biológicas (medusas)	
Inflamación de líquidos		Otras				Exposición a radiaciones ionizantes	
Contacto con sólidos calientes						Otras	
Contacto c/gases cal.							
Contacto con sólidos fríos							
Contacto con gases fríos							

ANEXO 2

ENCUESTA

La encuesta será breve. Llevará 10 minutos aproximadamente. El objetivo es conocer el impacto de los tratamientos realizados por consultorios externos en la reinserción al trabajo pago, a las tareas del hogar y a las tareas de cuidado de otros, particularmente en personas con graves quemaduras. La misma será anónima. Tu participación es voluntaria. Si no te sentís cómodo/a con alguna pregunta podés no responder. Gracias por tu colaboración.

Nº de encuesta	
Nº H.C:	

1- DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Residencia actual	Municipio:.....
Convivías con alguien al momento de quemarte ?	Solo con alguien
Con quiénes?	.....
Actualmente convivís con alguien ?	Solo con alguien
Con quiénes ?	.....

2- NIVEL EDUCATIVO: Qué nivel educativo aprobaste?

Primario incompleto	
Primario completo	
Secundario incompleto	
Secundario completo	
Estudios terciarios	
Universitario incompleto	
Universitario completo	

No sabe o no contesta	
-----------------------	--

3. ACTIVIDAD PRODUCTIVA

3. A- PARTICIPACIÓN EN TRABAJO REMUNERADO

TRABAJASTE EN UN TRABAJO PAGO ANTES DE QUEMARTÉ?	Sí	No	
Cuál/cuáles trabajos remunerados realizaste antes de quemarte?	..... .....	
El trabajo era en:	Blanco	negro	
VOLVISTE A TU TRABAJO ANTERIOR LUEGO DE QUEMARTÉ:	Sí	No	A alguno/s sí
A cuál/cuáles te reintegraste?	..... .....	
Después de cuánto tiempo desde el alta de internación volviste a tu trabajo anterior?	..... .....	
Si no se reinsertó al trabajo anterior : No volviste a tu trabajo anterior porque/por	Te excluyó la empresa Decisión propia Sugerencia o indicación profesional Otros Cuáles?.....		
Te integraste a otro trabajo?	Sí	No	
Después de cuánto tiempo desde que saliste del hospital te insertaste en un trabajo nuevo pago?	..... .....	
A cuál/cuáles trabajos te integraste?	..... .....	
El trabajo nuevo remunerado fue en	Blanco	negro	

3. B- PARTICIPACIÓN EN TRABAJO NO REMUNERADO

TAREAS DEL HOGAR. Antes de quemarte hacías tareas del hogar?	Sí	No
Cuál/ cuáles hacías?	..... .....
Luego de quemarte volviste a hacer esas tareas?	Sí	No a alguna/s sí
Si respondiste a algunas/s sí; a cuáles?	..... .....
Después de cuánto tiempo desde el alta del hospital te reintegraste a las tareas del hogar?	..... ..... .....
CUIDADO DE OTROS. Antes de quemarte cuidabas a otras personas de la familia sin cobrar?	Sí	No
A quién/quienes?	..... .....
Luego de quemarte volviste a cuidar a otras personas de la familia sin cobrar?	Sí	No
A quién/quienes?	..... .....
Después de cuánto tiempo desde el alta del hospital volviste a cuidar?	..... .....

2. C- PARTICIPACIÓN ACTUAL EN ACTIVIDADES PRODUCTIVAS

Actualmente hacés alguna de las siguientes actividades?	Trabajo rentado Tareas del hogar Cuidado de otros
Tu trabajo pago actual es en	Blanco Negro

3. GRADO DE REINSECCIÓN A LAS OCUPACIONES:

La reinscripción a tus ocupaciones fue en forma	Completo Parcial Nulo
Si contestaste parcial o nulo, porqué crees que la reinscripción fue de esta forma?	..... ..... ..... .....

4. GRADO DE SEGUIMIENTO POR EL EQUIPO DE SALUD

Continuaste controles o asistencia por CE?	Sí No
<i>Continuidad óptima</i>, has tenido al menos una consulta o sesión al mes con algún miembro del equipo de salud durante los primeros 12 meses luego del alta hospitalaria?	Sí No
<i>Continuidad sin pérdida de contacto</i> : has tenido al menos una consulta o sesión cada dos meses con algún miembro del equipo de salud durante los primeros seis meses?	Sí No
<i>Fluctuante</i>: has tenido contacto de manera fluctuante, interrumpida durante el año siguiente al alta?	Sí No
<i>Escaso</i>: has tenido contacto al menos dos veces en el año luego de la externación con algún miembro del equipo de salud?	Sí No
<i>Nula</i>: no has tenido contacto con ningún miembro del equipo de salud desde la externación y hasta los 12 meses siguientes?	Sí No

Si la respuesta no fue grado óptimo, porqué cree que fue de esa manera el tratamiento posterior o la ausencia del mismo?

.....
.....

4. TIPO DE SEGUIMIENTO

Has tenido control y/o asistencia luego del alta hospitalaria con:	
Médico cirujano	Sí No
Médico psiquiatra	Sí No
Médico clínico	Sí No
Otros médicos	Sí No
Psicólogo	Sí No
Terapista Ocupacional	Sí No
Kinesiólogo	Sí No
Trabajador social	Sí No
Otros	Sí No
No recuerda	

Quiere agregar algo más?

.....
.....
.....

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: El impacto de la continuidad terapéutica de los sobrevivientes a quemaduras en su reinserción a la productividad, luego del alta hospitalaria.

Estimado participante:

Soy terapeuta ocupacional, docente e investigadora de la Universidad Nacional de Quilmes, trabajé con personas que han presentado quemaduras, durante más de 30 años en el hospital San Martín; he realizado una maestría en Salud Pública y estoy elaborando mi tesis. Mi propósito es a través de la misma contribuir en el conocimiento acerca del impacto que produce la continuidad terapéutica (controles médicos, tratamientos de terapia ocupacional, kinesiología, psicología, etc.) de las personas que sufrieron quemaduras, en su reinserción a la productividad (trabajo rentado o no, tareas del hogar, cuidado de otros), luego del alta hospitalaria.

Estos conocimientos serán publicados y se aportará a la instrumentación de políticas públicas y posibles nuevas investigaciones en el tema.

Su participación en el presente estudio es voluntaria y anónima. Es decir que Ud. puede aceptar o no colaborar con la investigación.

Se realizará una breve encuesta acerca de las ocupaciones de productividad (trabajo rentado o no, tareas del hogar, cuidado de otros) que hacía antes de haber presentado las quemaduras y después de ello.

A algunas personas, se realizará una entrevista en profundidad, que puede durar aproximadamente dos horas, la cual será grabada y desgrabada.

Si algún tema planteado es de su incomodidad, agradezco lo manifieste, de tal forma se respetará no responder o suspender la entrevista si fuera oportuno.

Cualquier duda que tenga no dude en consultarme, estoy a su disposición para que la entrevista sea agradable. Gracias por colaborar.

Firma del participante:

DNI:

Lugar y fecha:

Mi domicilio y teléfono laboral: Universidad Nacional de Quilmes. Dirección: Roque Saenz Peña 352, Bernal, Buenos Aires, Argentina. (5411) 4365 7100

Rut Cristina Leegstra. Celular: 221 619 2016

