




C A P Í T U L O 2

Impacto en la población pediátrica post quemaduras que reciben intervención de Terapia Ocupacional, una revisión de alcance

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.284122513102>

Jacinta Velasco

Pontificia Universidad Católica de Chile
ORCID: 0009-0009-6278-2507

Guadalupe Castillo

Facultad de Ciencias de la Salud
ORCID: 0009-0008-4171-8656

Síbila Floriano Landim

Escuela de Terapia Ocupacional
<https://orcid.org/0000-0002-9292-0853>

PALAVRAS- CHAVE: Rehabilitación, Quemaduras, Terapia Ocupacional, Pediatría, Intervención.

INTRODUCCIÓN

Antecedentes y relevancia del proyecto

A nivel mundial las quemaduras corresponden a un problema de salud pública, son 11 millones de personas afectadas por lesión de quemadura al año y es una causa frecuente de hospitalización pediátrica y el cuarto traumatismo más común en todo el mundo. Al año existen aproximadamente 265.000 muertes a causa de quemaduras. (Bushen et al., 2024).

Las quemaduras son lesiones en los tejidos del cuerpo causadas por el contacto con calor, sustancias químicas, electricidad, radiación o fricción. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2024). Se clasifican según su profundidad (espesor parcial

superficial y profunda y espesor total) y según el porcentaje de la superficie corporal total afectada. La gravedad de una quemadura se determina por su profundidad y por el porcentaje de la superficie corporal con quemaduras de espesor parcial y de espesor total (Merck & Co., Inc., 2024). La población infantil es especialmente más propensa a sufrir quemaduras, ya que, debido a su desarrollo cognitivo aun inmaduro, tienen problemas al identificar peligros o actúan de forma impulsiva, lo que incrementa la probabilidad de accidentes en el hogar.

Asimismo, su limitada capacidad de reacción ante situaciones de riesgo favorece la alta frecuencia de quemaduras en este grupo, especialmente en menores de cinco años, siendo más común entre los que tienen entre uno y dos años. (Miranda & Salas, 2020). Este tipo de lesiones conlleva una carga física, emocional, social y económica considerable tanto a corto como a largo plazo, afectando no sólo al niño, sino también a su entorno familiar. Las tasas de mortalidad infantil por quemaduras son siete veces mayores en países de ingresos bajos y medios que en aquellos de ingresos altos. Ante esta problemática, la OMS estableció el Registro Mundial de Quemaduras (GBR), una plataforma para la recolección y análisis de datos sobre quemaduras a nivel global. Según datos del Global Burn Registry (GBR), los niños menores de 18 años representan aproximadamente el 42% de las lesiones por quemaduras a nivel mundial, siendo los más afectados los niños entre 1 y 5 años, que constituyen el 62% de los casos pediátricos y el 26% del total de quemaduras registradas. La literatura señala que las secuelas en la población pediátrica presentan características particulares debido al crecimiento y desarrollo continuo del niño, lo que puede originar nuevas complicaciones físicas y emocionales a lo largo del tiempo. Según Llanos et al. (2013), en la etapa de cicatriz madura deben considerarse “las complicaciones físicas producto del crecimiento del niño, así como las repercusiones psicológicas, estéticas, las alteraciones en la convivencia social y en la integración escolar” (p. 131). Esto evidencia que las secuelas postquemadura en esta población son variables y requieren un seguimiento prolongado, lo que justifica la necesidad de destacar la importancia y las diferencias de las quemaduras en niños. La mayoría de estos casos provienen de países de ingresos medios, con una mayor prevalencia en niños (60%) que en niñas (40%). Además, cerca de la mitad de los pacientes pediátricos presenta quemaduras graves ($\geq 15\%$ de superficie corporal total) y requiere cierre quirúrgico (48%). A pesar de esta alta carga, casi una cuarta parte de los centros reporta una capacidad limitada de cuidados críticos, lo que evidencia la necesidad urgente de fortalecer los sistemas de atención pediátrica en quemaduras, especialmente en contextos con menos recursos. En este escenario, es fundamental conocer cuántos niños acceden efectivamente a intervenciones especializadas, como la terapia ocupacional, para asegurar una rehabilitación integral y oportuna. (Bushen et al., 2024)

Según la WFOT (Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales, 2025) la Terapia Ocupacional es una profesión centrada en el usuario o paciente, que promueve la salud y el bienestar mediante la ocupación. Su enfoque es holístico, abarcando no sólo al paciente, sino también a la familia y al entorno. El Terapeuta Ocupacional interviene en todas las etapas del proceso de atención: desde la fase aguda, pasando por la hospitalización y tratamiento de recuperación hasta el retorno a la participación social. (American Occupational Therapy Association, 2020, p. 5).

OBJETIVOS

Objetivo General

Describir la literatura existente a nivel mundial sobre las intervenciones de Terapia Ocupacional que se han realizado para la rehabilitación de quemaduras en población pediátrica.

Objetivos Específicos

1. Describir las intervenciones de Terapia Ocupacional en el área de salud física que promueven la rehabilitación funcional de niños, niñas y adolescentes con quemaduras.
2. Analizar las intervenciones en salud mental y psicosocial desarrolladas por Terapia Ocupacional durante el proceso de rehabilitación pediátrica post quemaduras.
3. Caracterizar la frecuencia, duración, contexto de aplicación e instrumentos de evaluación utilizados en las intervenciones de Terapia Ocupacional en población pediátrica con quemaduras.

METODOLOGÍA

Esta investigación corresponde a una revisión por alcance (scoping review) (Chamberg-Michilot, et al., 2021) la cual sigue las directrices metodológicas del Joanna Briggs Institute (JBI) (Aromataris & Munn, 2020, p. 407) esta guía permite asegurar rigor metodológico, transparencia y reproducibilidad del proceso. Este enfoque permite explorar de forma amplia la literatura existente sobre intervenciones de Terapia Ocupacional en la rehabilitación de quemaduras en población pediátrica, identificando tipos de intervenciones, características y vacíos en la investigación.

La revisión se estructuró bajo el marco PICOS (Población, Intervención, Comparador, Outcomes, Tipos de estudio), que orientó los criterios de inclusión y

exclusión presentados en la tabla 1.1. Para las fuentes de información se consideraron bases de datos PubMed, Web of Science, Dialnet, Scopus y Google scholar. Para estrategia de búsqueda se utilizaron términos clave como burns, occupational therapy, rehabilitation, children, pediatrics, entre otros. Además, se aplicaron filtros por idiomas y fecha de publicación. Esta estrategia incorpora la combinación de los términos clave descritos en combinación con el uso de operadores booleanos (AND, OR).

La combinación utilizada en la búsqueda fue la siguiente: *(“occupational therapy”) AND (burn* OR “burn injury” OR “burn injuries” OR “burn rehabilitation”) AND (child* OR pediatric OR infant OR adolescent) AND (“early intervention” OR rehabilitation OR “acute phase” OR “recovery phase”)*. Se hizo uso de sinónimos para abarcar la mayor cantidad de estudios y el asterisco (*) se utilizó como truncador para incluir variaciones del término “burn”. Dado que cada base de datos presenta diferencias en su sintaxis de búsqueda, la estrategia se ajustó de acuerdo con los requerimientos y operadores permitidos por cada una. Se mantuvo la misma estructura conceptual, combinando los bloques temáticos correspondientes a: (1) Terapia Ocupacional, (2) quemaduras, (3) población pediátrica y (4) intervención temprana o rehabilitación.

El proceso de selección de artículos se presentó mediante el diagrama de flujo PRISMA- ScR (Tricco et al., 2018), el cual permitió visualizar y transparentar las etapas de identificación, cribado, elegibilidad e inclusión de los estudios revisados. Para la organización de los datos se utilizó el software de Excel.

La presente revisión corresponde a un estudio descriptivo y transversal por un muestreo no probabilístico por criterio. Este tipo de muestreo se fundamenta en la selección deliberada de estudios que cumplan con criterios previamente definidos por el equipo investigador, alineados con los objetivos de la revisión.

Criterios inclusión y exclusión:

Elemento PICOS	Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
P (Población)	Niños, niñas y adolescentes entre 0 y 18 años con lesiones por quemaduras.	Estudios centrados en adultos, personas mayores o población general sin segmentación pediátrica.
I (Intervención)	Intervenciones de Terapia Ocupacional dirigidas a la rehabilitación post quemaduras (salud física, mental y/o psicosocial).	Intervenciones realizadas por otras disciplinas sin participación clara de Terapia Ocupacional.

C (Comparador)	Comparación entre diferentes enfoques, métodos o modalidades de intervención en Terapia Ocupacional, o entre intervenciones interdisciplinarias que incluyan esta disciplina.	Estudios que no especifican claramente las intervenciones contrastadas.
O (Outcomes/ Resultados esperados)	Resultados relacionados con funcionalidad, participación ocupacional, salud mental, adherencia al tratamiento, calidad de vida, etc.	Estudios que no reportan resultados relevantes para la rehabilitación ocupacional en población pediátrica quemada.
S (Study type/Tipo de estudio)	Estudios primarios (cuantitativos, cualitativos y mixtos), reporte de estrategias, guías prácticas, estudios descriptivos, revisiones secundarias que no sean metaanálisis. Publicados entre 2020 y 2025, en inglés o español, con texto completo disponible.	Metaanálisis, estudios sin acceso a texto completo, publicaciones fuera del rango de años definido, duplicados, estudios en otros idiomas.

Tabla 1.1 *Criterios de inclusión y exclusión*

Fuente de elaboración propia

Esta estrategia es coherente con la naturaleza exploratoria de una revisión por alcance, cuyo propósito es mapear la literatura relevante sobre un tema aún poco sistematizado, más que realizar inferencias estadísticas.

Selección de estudios: La búsqueda bibliográfica concluyó el 19 de octubre del 2025. Los resultados de esta fueron organizados y depurados en una plantilla de Excel. La selección se realizó en dos etapas: lectura de título/resumen asistido por la IA Humata (búsqueda y análisis en PDF) bajo supervisión del equipo de investigación y posteriormente la lectura texto y análisis del texto completo, aplicando los criterios de inclusión/exclusión. Ante dudas, se discutieron los casos hasta llegar a consenso. Se utilizó el flujo de selección sugerido por la guía PRISMA- ScR (Tricco et al., 2018) para registrar el proceso. Esta guía se considera actualmente el estándar internacional recomendado para este tipo de investigación, especialmente en el ámbito de las ciencias de la salud, esto para asegurarla transparencia, calidad y reproducibilidad del proceso metodológico.

Extracción y análisis de datos: Los datos relevantes fueron extraídos manualmente, de forma independiente por las tres integrantes (M.C, A.S, J.V) del equipo de investigación, utilizando un formulario realizado en Excel para organizar los datos por categorías. Este formulario fue testeado en dos estudios piloto, los cuales permitieron verificar la claridad y pertinencia del instrumento, también sirvieron como base para triangular los criterios de análisis. A partir de esta triangulación

inicial, se procedió a aplicar el formulario al conjunto completo de estudios incluidos en la revisión. Posteriormente, se compararon los datos extraídos y las discrepancias fueron resueltas a través del diálogo.

Entre las variables extraídas de los estudios se incluye:

- Autor y año de publicación: para identificar y ordenar los estudios
- País de origen del estudio: para conocer la distribución geográfica de la evidencia
- Diseño del estudio: se define el tipo de estudio ya sea, ensayo clínico, estudio de caso, etc.
- Contexto de realización de estudio: Hospitalario, ambulatorio, comunitario etc.
- Edad y características de la población: edad promedio o rango, género, y características clínicas relevantes.
- Tipo de quemadura: grado, localización y extensión de la quemadura.
- Pautas y evaluaciones: estandarizadas u observacionales
- Intervenciones de Terapia Ocupacional: descripción detallada del tipo de intervención (uso de órtesis, actividades significativas (ocupaciones), psicoeducación a la familia, etc.) y el área a la que pertenece
- Frecuencia y duración de la intervención: número de sesiones, tiempo total de tratamiento.
- Resultados reportados: esta variable busca describir resultados en términos de funcionalidad, adherencia a tratamiento, calidad de vida, entre otros.

RESULTADOS

Diagrama de flujo: La Figura 1 especifica los resultados de las etapas del análisis, siguiendo el modelo del Diagrama de Flujo PRISMA.

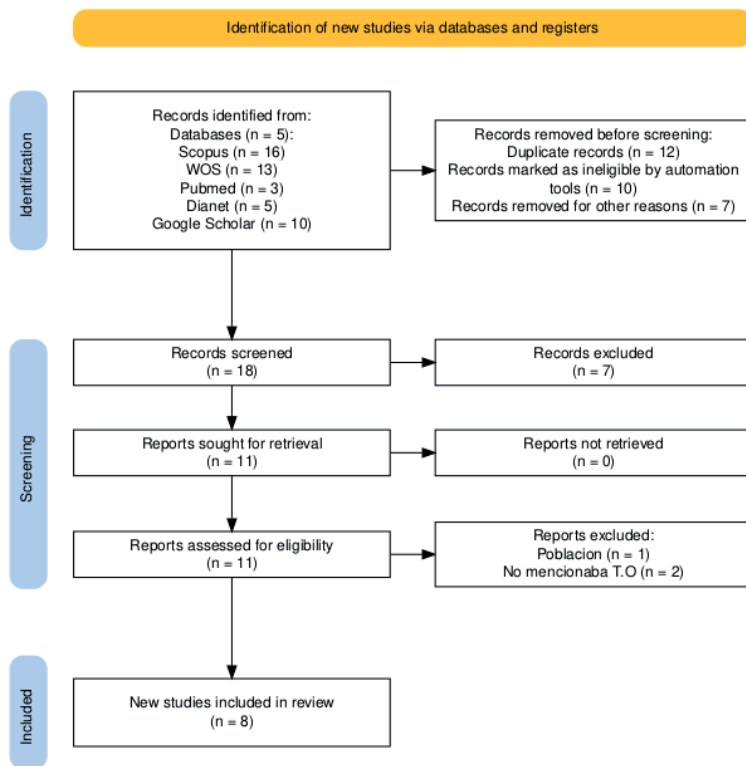


Figura 1 Fuente de elaboración propia usando [PRISMA Flow Diagram](#)

Se recuperaron un total de 47 registros a partir de 5 fuentes científicas: scopus (n=16), Web of science(WOS) (n=13), Pubmed (n=3), Dianet (n=5) y Google Scholar (n=10). Pero antes de empezar el cribado, se eliminaron varios registros por las siguientes razones: Duplicados(n=12), inadecuados según herramientas automatizadas (Humata) (n=10) y otras razones no especificadas (n=7). Al realizar el cribado se evaluaron 18 registros. De estos, 7 fueron excluidos por no cumplir los criterios de inclusión. Se identifico 11 informes para la recuperación, todos fueron efectivamente recuperados (n=0). Luego se realizó la evaluación de elegibilidad, donde los 11 informes recuperados fueron evaluados en profundidad, de estos 4 fueron excluidos: uno por no corresponder a la población objetivo(n=1) y dos por no mencionar Terapia Ocupacional (T.O) (n=2). Con la última evaluación realizada se incluyeron 7 estudios en la revisión por alcance.

Síntesis y visualización de datos: Los datos se organizaron en tablas para facilitar su análisis, y se aplicó una síntesis narrativa. Las intervenciones fueron agrupadas

según categorías como tipo de terapia, frecuencia, áreas de enfoque (funcionalidad física, participación ocupacional, manejo del dolor, educación familiar) y resultados observados. Además, se utilizaron herramientas visuales (tablas de frecuencia, gráficos de barras, gráficos de líneas) para identificar tendencias temáticas, geográficas y temporales, facilitando la comprensión de la evidencia y la identificación de vacíos en la literatura. (Vargas Pereira, et. al. 2021).

Fuente de elaboración propia

La tabla presenta un resumen de las principales características metodológicas y poblacionales de los estudios seleccionados. Se incluyen el autor, año de publicación, país de origen, diseño del estudio, rango etario de los participantes, características de la población y tipo de quemaduras abordadas. La mayoría de los estudios corresponden a investigaciones realizadas en Estados Unidos y Chile entre 2021 y 2025, con diseños de tipo descriptivo, retrospectivo y cualitativo. Las poblaciones estudiadas abarcan desde lactantes hasta adolescentes, destacando casos con quemaduras graves, faciales y de diversas etiologías y grados de profundidad.

La tabla sintetiza las principales intervenciones de terapia ocupacional reportadas en los estudios seleccionados, junto con la frecuencia y duración de su aplicación, los resultados obtenidos, el área de intervención y las pautas de evaluación utilizadas. Se identifican estrategias centradas en el manejo físico, mental y psicosocial, incluyendo posicionamiento, uso de órtesis, ejercicios de rango de movimiento, apoyo emocional, entrenamiento cognitivo y programas de participación social. Las frecuencias varían entre sesiones diarias y semanales, con duraciones totales de hasta 12 semanas o procesos continuos durante hospitalización y rehabilitación. En general, los estudios reportan mejoras en la movilidad, función física, estado emocional, participación social y adherencia al tratamiento. Las áreas de intervención más recurrentes corresponden a la esfera física y mental, destacando también la integración psicosocial. Las pautas de evaluación incluyen desde observación clínica y entrevistas semiestructuradas hasta el uso de instrumentos estandarizados como COPM, BSHS-B, SDQ y escalas de resiliencia, teniendo escalas cuantitativas y cualitativas.

Matriz de extracción anexo 1

Abreviaciones: TBSA: Total body surface area

Autor	Año Publicación	País de origen del estudio	Diseño del estudio	Edad	Características de la población	Tipo de Quemadura	Contexto de realización de estudio
Burgos B., Nieto R.	2021	Chile	Reporte de estrategias	No específica edad	Niños, niñas y adolescentes con quemaduras faciales	Quemaduras faciales con cicatrices hipertróficas; no se especifica grado ni extensión exacta	Centro especializado en rehabilitación de quemaduras en Chile (COANIQUEM)
Reoli R., Lenker, H	2025	USA	Revisión por alcance	0-18	353 participantes en total; incluye todos los géneros y razas	Variadas localizaciones y grados; TBSA desde <20% hasta >60% según los estudios incluidos	Revisión de estudios realizados en centros hospitalarios y ambulatorios que incluyeran atención aguda
Debra Philips, Lauren Mmatheson, Dolor de Tilley, Gail A. Kingson	2022	Australia	Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico interpretativo	7 meses-14 años	Niños con quemaduras profundas familias de zonas rurales y remotas; incluye población indígena	Quemaduras de espesor parcial profundo y total; diversas localizaciones; no se especifica TBSA	Clínica de revisión por telehealth liderada por terapeutas ocupacionales en el Hospital Universitario de Townsville, Queensland, Australia
Quezada Donoso, N., & Orellana Pozo, M. P.	2025	Chile	Estudio descriptivo basado en práctica profesional	0-18 años	Niños, niñas y adolescentes con quemaduras graves; incluye pacientes críticos y de cuidados medios.	Quemaduras graves, con injertos, matrices dérmicas, compromiso de vía aérea, eléctricas, y quemaduras por agua.	Hospital Dra. Eloísa Díaz Insunza, centro de alta complejidad, referencia nacional para quemados pediátricos en Chile.

Ya-Qin Zhou, Jun-Yi Zhou, Gao-Xing Luo, Kian-g-Lin Tan	2021	China	Estudio retrospectivo comparativo	1-14 años	69.2% hombres, 30.8% mujeres; 71.2% provenientes de zonas rurales, con quemaduras graves	Quemaduras profundas de segundo y tercer grado en manos (palmar, dorsal o ambas); causas: líquidos calientes, fuego, electricidad, cirugía reconstructiva.	Hospital afiliado a la Third Military Medical University, Chongqing, China; centro especializado en quemaduras pediátricas.
Eilerman S., Justice L., Reader B., et al	2025	USA	Estudio retrospectivo de cohorte	0-17 años; edad media 4 años	108 niños; mayoría hombres (66.1%), con quemaduras graves ingresados a UCI pediátrica	Quemaduras cutáneas de cualquier etiología (excepto inhalación); media de TBSA: 20.1% (rango: 1-90%)	American Burn Association-verified pediatric burn center
Lange, A.M. & Grajo, L.	2021	USA	Guía de práctica basada en revisión teórica y aplicación clínica	11-18 años	Adolescentes (11-18 años), con quemaduras de cualquier tamaño, localización o gravedad; con dificultades en participación social por factores psicosociales	Quemaduras en cualquier parte del cuerpo.	Ambulatorio, escolar y comunitario; orientado a terapeutas ocupacionales en práctica clínica

Quezada Donoso, N., & Orellana Pozo, M. P.	2025	Chile	Estudio descriptivo basado en práctica profesional	0-18 años	Niños, niñas y adolescentes con quemaduras graves; incluye pacientes críticos y de cuidados medios.	Quemaduras graves, con injertos, matrices dérmicas, compromiso de vía aérea, eléctricas, y quemaduras por agua.	Hospital Dra. Eloísa Díaz Insunza, centro de alta complejidad, referencia nacional para quemados pediátricos en Chile.
Ya-Qin Zhou, Jun-Yi Zhou, Gao-Xing Luo, Kiang-Lin Tan	2021	China	Estudio retrospectivo comparativo	1-14 años	69.2% hombres, 30.8% mujeres; 71.2% provenientes de zonas rurales, con quemaduras graves	Quemaduras profundas de segundo y tercer grado en manos (palmar, dorsal o ambas); causas: líquidos calientes, fuego, electricidad, cirugía reconstructiva.	Hospital afiliado a la Third Military Medical University, Chongqing, China; centro especializado en quemaduras pediátricas.
Eilerman S., Justice L., Reader B., et al	2025	USA	Estudio retrospectivo de cohorte	0-17 años; edad media 4 años	108 niños; mayoría hombres (66.1%), con quemaduras graves ingresados a UCI pediátrica	Quemaduras cutáneas de cualquier etiología (excepto inhalación); mediana de TBSA: 20.1% (rango: 1-90%)	American Burn Association-verified pediatric burn center
Lange, A.M. & Grajo, L.	2021	USA	Guía de práctica basada en revisión teórica y aplicación clínica	11-18 años	Adolescentes (11-18 años), con quemaduras de cualquier tamaño, localización o gravedad; con dificultades en participación social por factores psicosociales	Quemaduras en cualquier parte del cuerpo.	Ambulatorio, escolar y comunitario; orientado a terapeutas ocupacionales en práctica clínica

Anderson, Sadie E.	2023	USA	Estudio de tipo capstone clínico con enfoque descriptivo aplicado	0-18 años	Niños y adolescentes con quemaduras; incluye también a sus cuidadores/familias; atendidos en Memorial Hermann Hospital y UT Pediatric Burn Clinic	No se especifica grado ni localización exacta	Hospital Memorial Hermann y UT Pediatric Burn Clinic; Estados Unidos; atención directa a niños y familias
--------------------	------	-----	---	-----------	---	---	---

Tabla 2.1 Características de los estudios incluidos según autor, año de publicación, población, características de la población, tipos de quemadura y contexto de realización de estudio.

Autor	Intervenciones de Terapia Ocupacional	Frecuencia y duración de la intervención	Resultados reportados	Área intervención	Pautas de evaluación
Burgos B., Nieto R.	Ortésico (mascara facial)	No especificada; se describe como parte de un proceso clínico continuo	Mejora en la adhesión al tratamiento; Reducción de ansiedad y estrés; Mejores resultados funcionales y estéticos; Posibilidad de ajustes personalizados en la máscara	Física	Observación clínica, percepción del paciente y familia; no se reportan instrumentos estandarizados
Reoli, R Lenker, H	Posicionamiento; Uso de órtesis; Ejercicios de rango de movimiento; Terapias complementarias (arte, música, realidad virtual); Intervenciones combinadas con fisioterapia	Variable: desde 1 sesión por semana hasta 2 sesiones por día; duración total entre 6 y 12 semanas según el estudio	Mejora en dolor; Mejora en rango de movimiento; Mejora en función cardiopulmonar; Mejora funcional general; Se destaca la necesidad de más evidencia para definir frecuencia óptima	Física	Varios
Debra Philips, Lauren Mmatheson, Dolor de Tilley, Gail A. Kingson	Evaluación y seguimiento postquirúrgico; Revisión clínica por telehealth; Educación a familias; Apoyo emocional; Supervisión y capacitación a terapeutas rurales; Coordinación con otros profesionales de salud	No se especifica número de sesiones; se menciona seguimiento continuo desde hospitalización hasta rehabilitación	Mejora en continuidad de atención; Reducción de viajes y costos; Mayor confianza en el tratamiento; Apoyo emocional y familiar; Fortalecimiento de capacidades clínicas en zonas rurales; Identificación de barreras tecnológicas y comunicacionales	Física y Mental	Entrevistas semiestructuradas; análisis temático; revisión por equipo investigador

Quezada Donoso, N., & Orellana Pozo, M. P.	Evaluación de necesidades ortopédicas, moldeado y ajuste de órtesis, movilización precoz, educación a cuidadores, diversificación de rutina hospitalaria.	Intervenciones realizadas en contexto intraoperatorio; uso continuo de órtesis diurno y nocturno; seguimiento en hospitalización.	Mejora en resultados quirúrgicos, movilidad, reducción de contracturas, recuperación funcional efectiva, continuidad del juego y actividades básicas.	Física	Evaluación funcional, observación clínica, criterios biomecánicos, tolerancia al posicionamiento, epitelización, edema, movilidad articular.
Ya-Qin Zhou, Jun-Yi Zhou, Gao-Xing Luo, Kiang-Lin Tan	Cuidado de la piel (padres), masaje de cicatrices, ejercicios pasivos y activos de ROM (mecano terapia), terapia de compresión, uso de órtesis, juegos.	Ejercicios dos veces al día; terapia de compresión >20 h/día; duración promedio de rehabilitación: 17.96 ± 25.24 días (grupo temprano), 22.19 ± 18.65 días (grupo tardío).	Mejora significativa del ROM en el grupo de intervención temprana (P = 0.001); correlación positiva entre duración de rehabilitación y mejora funcional.	Física	Medición de TAM (movimiento activo total) con goniometría; clasificación de mejora: sin mejora, leve, moderada, significativa.
Eilerman S., Justice L., Reader B., et al	Evaluación inicial; Manejo de edema; Posicionamiento; Fabricación de ortesis; Actividades funcionales y de desarrollo; Implementación de pautas de movilización temprana (WeeMove)	Mediana de 3 sesiones de T.O. en los primeros 14 días; frecuencia establecida: 6 veces por semana	Mayor TBSA se asocia con menor nivel de actividad; 54.6% de niños perdieron al menos una sesión de T.O.; Actividades de mayor movilidad aumentaron con el tiempo; Mayor nivel de actividad se asoció con alta a domicilio	Física	Nivel de actividad (PROM, movilidad activa, sedestación, bipedestación, transferencias, juego); registro de sesiones completadas y barreras

Lange, A.M. & Grajo, L.	Evaluación psicosocial; Entrenamiento en estrategias cognitivas; Regulación emocional; Promoción de autoeficacia; Apoyo en formación de identidad; Mentoría; Acceso a redes de apoyo; Participación en ocupaciones sociales; Colaboración interdisciplinaria	No especifica.	Mejora en participación social; Reducción de aislamiento; Aumento de resiliencia y autoeficacia; Identificación de indicadores de funcionamiento adaptativo; Aplicación clínica con caso de éxito	Psicosocial	COPM; BSHS-B; BOQ 11-18-BBSIP 8-18; SDQ; CBC; Piers-Harris 2; Resiliency Scales
Anderson, Sadie E.	Juego terapéutico; Soft casting; Educación a familias; Prevención de quemaduras; Evaluación de salud mental; Actividades funcionales (ADLs e IADLs); Creación de recursos educativos	No especifica número sesiones, menciona implementación durante dos semanas de herramientas de evaluación mental en clínica	68% de niños y 30% de cuidadores presentaron impacto psicológico postquemadura; Mejora en ROM, participación, estado de ánimo y vínculo terapéutico; Reducción de tiempo de curación con soft casting; Mayor adherencia en casa gracias a recursos educativos	Física y mental	Cuestionario de juego TO; Mental Health Impact of Burn Injury screen; SCARED; ROM; MMT; escala de dolor; sistema de seguimiento de soft casting

Abreviaciones: ADL: activities of daily living. IADLs: Instrumental activities of daily living ROM: Rango de movimiento. MMT: manual muscle testing. Scared: Screen for Child Anxiety Related Disorders

Tabla 2.2 Intervenciones de Terapia Ocupacional, frecuencia, resultados y pautas de evaluación en población pediátrica con quemaduras.

Fuente de elaboración propia

Intervenciones Físicas

De ocho estudios, siete incluyeron intervenciones orientadas al área física de la terapia ocupacional. Estas intervenciones se enfocaron principalmente en la recuperación funcional, prevención de contracturas y manejo del dolor, a través de estrategias como el posicionamiento terapéutico, uso y ajuste de órtesis, ejercicios de rango de movimiento (ROM) pasivo y activo (mecanoterapia), movilización precoz, terapias complementarias (arte, música, realidad virtual), y actividades funcionales adaptadas. En casos tres, se integraron protocolos combinados con fisioterapia y pautas estructuradas de movilización temprana (Zhou et al., 2021; Quesada & Orellana, 2025; Reoli & Lenker, 2025, Eilerman et al., 2025). Los resultados reportados señalan una mejoría significativa en la movilidad articular, función motora y resistencia física, así como una reducción del dolor, edema y ansiedad asociada al proceso de rehabilitación (Eilerman et al., 2025; Reoli & Lenker, 2025). Dos estudios destacaron también el impacto positivo en el rendimiento cardiopulmonar, la recuperación de la función en extremidades superiores y la mayor independencia en las actividades de la vida diaria (AVD) (Anderson 2023; Burgos & Nieto, 2021). Además, se observó que la frecuencia de tratamiento descrito en dos estudios— particularmente en programas de tres a seis sesiones por semana o con atención continua durante la hospitalización— se asocia con mejores resultados funcionales y adherencia al tratamiento (Eilerman et al., 2025; Zhou et al., 2021).



Figura 2 “Distribución de intervenciones de salud física reportadas en los estudios revisados”

Imagen de elaboración propia

Abordaje Psicosocial

Solo un estudio abordó específicamente el área psicosocial dentro de la terapia ocupacional (Lange & Grajo 2021), mientras que otros cuatro incorporaron componentes psicosociales de manera transversal en sus intervenciones físicas o

mentales (Burgos & Nieto 2021; Debra Philips *et al.*, 2022; Anderson, 2023; Reoli & Lenker, 2025). Lange y Grajo (2021) desarrollaron una intervención grupal basada en resiliencia y participación social, orientada a fortalecer la autoimagen, la adaptación emocional y la reintegración ocupacional de adolescentes con secuelas por quemaduras. Esta propuesta enfatizó la importancia del acompañamiento entre pares, la expresión emocional y la reconstrucción de la identidad personal, promoviendo la participación activa en contextos escolares, familiares y comunitarios. Por su parte, otros estudios (Burgos & Nieto, 2021; Debra Philips *et al.*, 2022; Anderson, 2023; Reoli & Lenker, 2025) integraron aspectos de apoyo emocional, motivacional y familiar dentro de sus intervenciones. Estos incluyeron actividades orientadas a reducir la ansiedad y mejorar la autoimagen (Burgos & Nieto, 2021), acompañamiento terapéutico y fortalecimiento de la resiliencia familiar en contextos rurales (Debra Philips *et al.*, 2022), participación del entorno familiar y apoyo motivacional mediante el juego terapéutico (Anderson, 2023), y la inclusión del componente psicosocial en programas de rehabilitación integral descritos en revisiones recientes (Reoli & Lenker, 2025).

Estos estudios reportaron mejoras significativas en la autoestima, la autoeficacia y la adaptación social de los pacientes pediátricos con quemaduras. Lange y Grajo (2021) evidenciaron una disminución del aislamiento social y una mayor participación en contextos escolares y familiares, destacando el rol del acompañamiento grupal y la resiliencia. Burgos y Nieto (2021) observaron reducción de la ansiedad y mejora de la autoimagen, favoreciendo la adherencia al tratamiento. Debra Philips *et al.* (2022) reportaron fortalecimiento del apoyo familiar, disminución del estrés emocional y mejor vínculo terapéutico, especialmente en entornos rurales. De forma complementaria, Anderson (2023) y Reoli y Lenker (2025) subrayaron la importancia del componente motivacional y emocional dentro de los programas de rehabilitación, contribuyendo a una recuperación integral y sostenida en el tiempo.

Abordaje Salud Mental

Tres estudios incluyeron intervenciones centradas en el área mental, enfocadas en la regulación emocional, el afrontamiento del trauma y la promoción del bienestar psicológico durante el proceso de rehabilitación. Estas estrategias integraron entrenamiento cognitivo, acompañamiento terapéutico individual, apoyo familiar y actividades orientadas a la resiliencia y la autoeficacia (Lange & Grajo, 2021; Anderson, 2023; Debra Philips *et al.*, 2022). En algunos casos, se incorporaron herramientas de teleasistencia y seguimiento emocional a distancia, especialmente en zonas rurales (Debra Philips *et al.*, 2022). Los resultados reportados mostraron una disminución de los niveles de ansiedad, miedo y estrés, junto con mejoras en la autoconfianza, la motivación y la adaptación emocional al proceso de recuperación

(Anderson, 2023). Lange y Grajo (2021) evidenciaron que las intervenciones basadas en resiliencia y apoyo entre pares favorecen la autoeficacia y el manejo emocional del trauma, mientras que Debra Philips *et al.* (2022) destacaron una mayor estabilidad emocional y fortalecimiento del vínculo terapéutico.

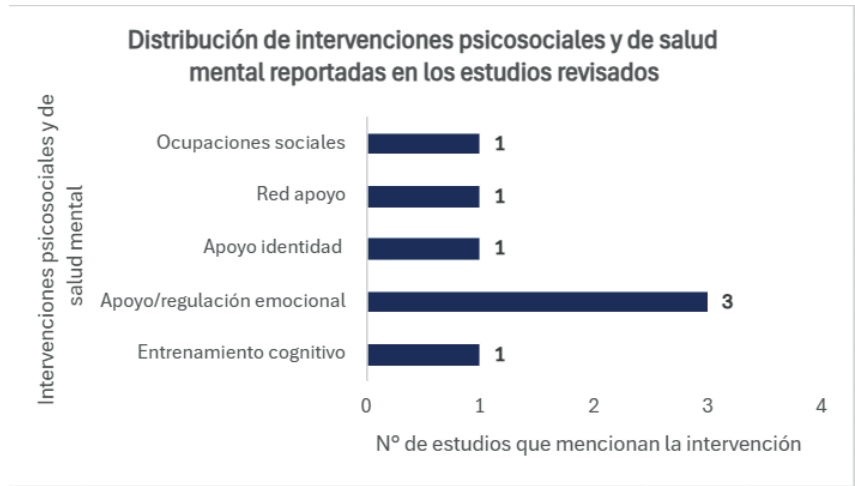


Figura 3 “Distribución de intervenciones psicosociales y de salud mental reportadas en los estudios revisados”

Imagen de elaboración propia

Frecuencia de Intervención

La frecuencia de aplicación de las intervenciones físicas varió entre los estudios revisados, en general se observó una tendencia hacia programas de alta intensidad con sesiones diarias o múltiples por semana. Eilerman *et al.* (2025) describieron la implementación de movilización temprana y frecuente desde el ingreso en la unidad de cuidados intensivos pediátricos, con sesiones diarias ajustadas a la condición clínica de cada paciente. Este enfoque permitió mantener la movilidad articular y prevenir complicaciones asociadas a la inmovilización prolongada. De manera similar, Zhou *et al.* (2021) reportaron que los programas de rehabilitación intensiva temprana realizados entre tres y seis veces por semana favorecieron una recuperación más rápida del rango de movimiento (ROM) y una reducción significativa de contracturas en manos quemadas, teniendo mejores resultados que la rehabilitación tardía. Quesada y Orellana (2025) destacaron la importancia de una intervención continua, que inicia en el intraoperatorio y se mantiene con sesiones diarias postoperatorias, contribuyendo a la optimización de la movilidad y la reducción de secuelas. Finalmente, Reoli y Lenker (2025), en su revisión por alcance,

concluyeron que la frecuencia y constancia de las sesiones constituyen un factor determinante para el éxito funcional, recomendando esquemas de intervención frecuente y sostenida a lo largo del proceso de rehabilitación. En conjunto, los hallazgos sugieren que las sesiones diarias o entre tres y seis por semana representan la frecuencia más efectiva para mejorar la función, prevenir complicaciones y aumentar la adherencia terapéutica en población pediátrica con quemaduras.

Contexto de Intervención y Evaluación

De los estudios analizados, cinco se realizaron en contextos hospitalarios o ambulatorios, correspondientes a Eilerman et al. (2025), Zhou et al. (2021), Quesada y Orellana (2025), Anderson (2023) y Burgos y Nieto (2021), quienes enfocaron sus intervenciones en la rehabilitación física y funcional dentro de unidades clínicas o de cuidados intensivos. Debra Philips et al. (2022) desarrollaron su estudio en contextos rurales mediante un modelo híbrido con teleasistencia y acompañamiento familiar, mientras que Lange y Grajo (2021) implementaron una intervención grupal comunitaria centrada en la resiliencia. Finalmente, Reoli y Lenker (2025) realizaron una revisión por alcance, abarcando diferentes entornos de atención

Desde las evaluaciones mencionadas en los estudios, cinco emplearon evaluaciones clínicas u observacionales para medir la recuperación física y funcional (Eilerman et al., 2025; Zhou et al., 2021; Quesada & Orellana, 2025; Burgos & Nieto, 2021). Tres estudios incorporaron medición del rango de movimiento (ROM) mediante goniometría o registro funcional (Zhou et al., 2021; Anderson, 2023; Eilerman et al., 2025). Dos estudios utilizaron entrevistas semiestructuradas o autoinformes como método principal de evaluación cualitativa (Debra Philips et al., 2022; Lange & Grajo, 2021). Finalmente, tres estudios aplicaron instrumentos estandarizados como la Canadian Occupational Performance Measure (COPM), la Burn Specific Health Scale–Brief (BSHS-B), el Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) y escalas de resiliencia y participación social (Lange & Grajo, 2021; Anderson, 2023; Reoli & Lenker, 2025).

DISCUSIÓN

Los hallazgos del presente estudio evidencian que las intervenciones realizadas por terapia ocupacional en población pediátrica con quemaduras se centran principalmente en componentes físicos y funcionales, destacando dentro de las intervenciones el uso de ortesis, ejercicios de ROM activos y pasivos, estrategias de posicionamiento y actividades funcionales (entrenamiento de AVD y AVDI) además comprobando la importancia de la intervención temprana e intensiva. Asimismo, en menor medida, se observaron intervenciones con foco psicosocial y de salud mental,

orientadas a la regulación y contención emocional, resiliencia y reintegración social, además haciendo énfasis en incluir a la familia en el proceso de rehabilitación y educar a los cuidadores. Estas intervenciones mostraron resultados positivos tanto en los usuarios como en sus familias, evidenciando mejoras en el rango de movimiento, prevención de contracturas, disminución del dolor y aumento de la funcionalidad, junto con una mayor autoestima, regulación emocional, participación social y resiliencia (Burgos & Nieto, 2021; Quesada & Orellana, 2025; Eilerman et al., 2025; Lange & Grajo, 2021; Debra Philips et al., 2022; Anderson, 2023; Reoli & Lenker, 2025).

Profundizando en cuanto a los resultados obtenidos a través de la práctica clínica, se evidenció que los estudios centrados en la intervención temprana e intensiva obtuvieron mejores resultados que aquellos que no implementaron este enfoque, esto se evidencia en registros como el de Zhou et al. (2021) donde a partir de 2 grupos estudiados de pacientes, el conjunto que recibió un programa intensivo de rehabilitación en cuanto a su inicio y frecuencia de intervención, obtuvo como resultado mejoras significativas en el ROM, a diferencia del grupo que recibió un tratamiento tradicional.

La continuidad del tratamiento desde el periodo intraoperatorio hasta la fase ambulatoria favorece la recuperación funcional progresiva, especialmente cuando se mantienen intervenciones de alta frecuencia y enfoque integral (Quesada & Orellana, 2025; Eilerman et al., 2025). En este proceso, el uso de órtesis y los ejercicios de rango de movimiento (ROM) se consolidan como estrategias complementarias de gran efectividad, ya que permiten controlar la posición articular, prevenir retracciones y mantener la movilidad. La evidencia revisada (Zhou et al., 2021; Eilerman et al., 2025; Reoli & Lenker, 2025; Burgos & Nieto, 2021) coincide en que la combinación de ambas intervenciones potencia los resultados funcionales y acelera la recuperación, especialmente cuando se aplican en etapas tempranas. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de guiar la práctica clínica bajo un enfoque de intervención continua e intensiva, sustentado en la evidencia.

Ahora bien, en cuanto a los estudios que incluyeron intervenciones centradas en la salud mental del paciente de forma complementaria a la rehabilitación física, utilizando estrategias como juego terapéutico, evaluaciones de salud mental y apoyo emocional a los usuarios sus las familias (Debra Philips et al., 2022; Anderson, 2023) obtuvieron resultados prometedores, mejorando la participación y estado de ánimo de los usuarios, teniendo relación directa con la adherencia en los procesos de rehabilitación.

Por otro lado, la propuesta de Lange & Grajo (2021) representa un aporte relevante al destacar la necesidad de incorporar un enfoque psicosocial en la rehabilitación de adolescentes con quemaduras, promoviendo la resiliencia y la reintegración a

contextos significativos como el escolar. Este marco ofrece una base práctica sólida para orientar decisiones terapéuticas centradas en la participación social, aunque aún requiere evidencia clínica que respalde su efectividad. La integración de las tres dimensiones de intervención (física, mental y psicosocial) se perfila, por tanto, como un requisito esencial para alcanzar una rehabilitación verdaderamente integral, superando el predominio del abordaje físico observado en la literatura actual.

Tomando en cuenta el último punto mencionado, no solo es importante dentro del enfoque de terapia ocupacional abordar las distintas dimensiones, también es importante tener un equipo interdisciplinario para poder abordar de forma completa todos los ámbitos afectados por el trauma generado por la quemadura. Dentro de la literatura revisada el rol del fisioterapeuta fue importante, se realizaban intervenciones en conjunto, buscando los mejores resultados para los usuarios desde los enfoques de cada profesión. Esta cooperación permitió optimizar la recuperación funcional, reducir complicaciones secundarias (Eilerman *et al.*, 2025; Zhou *et al.*, 2021). Además, en la literatura con enfoque psicosocial y salud mental se hace énfasis en realizar las intervenciones de manera integral, teniendo un equipo interdisciplinario, destacando la importancia de tener psicólogos para atender los traumas psicológicos que se podrían presentar en la población pediátrica post quemadura (Lange & Grajo 2021; De Sousa A. 2010) Es por esto que, en conjunto, la colaboración entre disciplinas permite ofrecer una atención más integral, coordinada y centrada en las necesidades del niño, favoreciendo tanto la recuperación física como el bienestar emocional y social.

Al contrastar estos hallazgos con los antecedentes epidemiológicos descritos en la introducción, se observa una brecha importante en la caracterización etaria de la población estudiada. Según Miranda y Salas (2020), y de acuerdo con los datos del Global Burn Registry (OMS, 2023), los niños entre 1 y 5 años representan el grupo con mayor prevalencia de quemaduras pediátricas a nivel mundial, concentrando más del 60% de los casos. Sin embargo, en los estudios incluidos en esta revisión se evidenció una amplia variabilidad en la edad de los participantes, desde lactantes hasta adolescentes, y, en varios casos, la edad no fue especificada con exactitud. Predominan las investigaciones centradas en escolares y adolescentes (Lange & Grajo, 2021; Debra Philips *et al.*, 2022), lo que dificulta establecer comparaciones directas con la evidencia epidemiológica sobre los menores de cinco años. Este contraste pone de relieve la necesidad de profundizar en investigaciones que aborden específicamente las intervenciones de Terapia Ocupacional en la primera infancia, etapa en la que las secuelas físicas y emocionales pueden tener un impacto más profundo y prolongado (Llanos *et al.*, 2013; De Sousa A. 2010).

No obstante, desde una perspectiva clínica, los hallazgos descritos se alinean con lo establecido en la *Guía Clínica del Manejo Integral del Paciente Gran Quemado* del

Ministerio de Salud de Chile (2016), especialmente en lo referido a la intervención temprana, el trabajo coordinado de equipos interdisciplinarios y el abordaje integral que contempla las áreas físicas, emocionales y sociales. En este marco, la Terapia Ocupacional cumple un rol central desde las fases iniciales del proceso de rehabilitación, contribuyendo al manejo del posicionamiento, la prevención de secuelas, la estimulación funcional precoz, la educación a la familia y la promoción de la participación del niño en sus actividades significativas.

LIMITACIÓN DEL ESTUDIO

A pesar del rigor metodológico empleado en esta revisión por alcance, se identifican algunas limitaciones que es importante considerar al interpretar los resultados. En primer lugar, la revisión se restringió a estudios publicados entre 2020 y 2025 y en idiomas español e inglés, lo que podría haber excluido investigaciones relevantes en otros idiomas o periodos temporales que aportaran información valiosa sobre el tema. Además, la naturaleza exploratoria y descriptiva de las revisiones por alcance implica que no se realizó un análisis cuantitativo lo que limita la capacidad para realizar inferencias causales o determinar la efectividad de las intervenciones. Otra limitación relevante es la heterogeneidad encontrada en las intervenciones, en la descripción de los procedimientos, la frecuencia de aplicación y los instrumentos de evaluación, lo que limitó la comparación directa por categorías entre estudios.

Sin embargo, cabe destacar que estos resultados poseen importantes implicaciones para la práctica clínica, ya que refuerzan la necesidad de una intervención temprana, continua y multidimensional. La evidencia respalda la integración de estrategias combinadas que aborden tanto la recuperación física como la adaptación emocional y social del niño, para obtener resultados más completos enfocados en todas las áreas afectadas del usuario. La consistencia de estos resultados permite identificar las intervenciones más efectivas dentro de la práctica clínica de terapia ocupacional, aportando evidencia que puede orientar el desarrollo de guías clínicas y protocolos de atención para esta población. En este sentido, los hallazgos sirven como base para fortalecer las futuras prácticas clínicas, promoviendo un abordaje integral, interdisciplinario y basado en evidencia, que contemple tanto los aspectos físicos como los psicosociales y emocionales del proceso rehabilitador. Por lo tanto, estos resultados pueden trasladarse directamente a contextos hospitalarios, ambulatorios y comunitarios, guiando la implementación de protocolos estandarizados de movilización, seguimiento funcional y pautas de evaluación continua (como COPM, BSHS-B o SDQ). Su aplicación en entornos reales permitiría mejorar la calidad de la atención, optimizar los recursos terapéuticos y favorecer la continuidad del tratamiento más allá del alta hospitalaria.

Se hace un llamado a continuar investigando el impacto de las intervenciones de terapia ocupacional en población pediátrica con quemaduras, con especial énfasis en el área de salud mental y psicosocial, dada su relevancia para la rehabilitación integral y sostenida en el tiempo. Asimismo, se recomienda incorporar metodologías de investigación longitudinales y ensayos clínicos aleatorizados (ECAs), que permitan generar evidencia más robusta y confiable para sustentar la práctica clínica y orientar el desarrollo de protocolos basados en evidencia en distintos contextos de atención.

REFERENCIAS

Anderson, S. E. (s/f). Physical and physical and psychological impacts of burn injuries on the chronological impacts of burn injuries on the pediatric population and their families: An occupational therapy perspective. Usd.edu. Recuperado el 2 de octubre de 2025, de <https://red.library.usd.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1107&context=ot-capstone>

AOTA (American Occupational Therapy Association). (2020). *Marco de trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso* (4.ª ed.). [Versión en línea].

Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020). *JBI manual for evidence synthesis*. Joanna Briggs Institute. https://jbi-global-wiki.refined.site/download/attachments/355863557/JBI_Reviewers_Manual_2020June.pdf?download=true

Avello-Sáez, D., Lucero-González, N., Lucero González, N., & Villagrán, I. (2024). *Desarrollo de una declaración de uso de inteligencia artificial con una perspectiva de integridad académica en Educación Médica y Ciencias de la Salud*. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 35(5-6), 412-420. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2024.06.003>

B. B. M., & Velásquez, R. N. (2021). Estrategias para la confección manual de máscaras transparentes en el tratamiento de cicatrices faciales hipertróficas: *Tog*, 18(2), 205–209. <https://www.revistatog.es/ojs/index.php/tog/article/view/136>

Bushen, Z. D., Ashine, T. M., Teshome, G. S., Kebede, T. T., & Adeba, T. S. (2024). Survival status and predictors of mortality among pediatric burn victims admitted to burn centers of Addis Ababa public hospitals, Ethiopia: A retrospective cohort study. *Global Pediatric Health*, 11. <https://doi.org/10.1177/2333794x241277341>

Chambergo-Michilot, D., Díaz-Barrera, M. E., & Benites-Zapata, V. A. (2021). Revisiones de alcance, revisiones paraguas y síntesis enfocada en revisión de mapas: aspectos metodológicos y aplicaciones. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 38(1), 136–142. <https://doi.org/10.17843/rpmesp.2021.381.6501>

De Sousa A. (2010). Psychological aspects of paediatric burns (a clinical review). *Annals of burns and fire disasters*, 23(3), 155–159. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3188258>

Eilerman, S., Justice, L., Reader, B., Iske, T., DO, Benedict, J., Fabia, R., Schwartz, D., & Thakkar, R. K (2025). Mobilization in Children With Burns in the Pediatric Intensive Care Unit: Outcomes and Barriers. PubMed. <https://doi.org/10.1093/jbcr/iraf155>

Haddaway, N. R., Page, M. J., Pritchard, C. C., & McGuinness, L. A. (2022). PRISMA2020: An R package and Shiny app for producing PRISMA 2020-compliant flow diagrams, with interactivity for optimised digital transparency and Open Synthesis Campbell Systematic Reviews, 18, e1230. <https://doi.org/10.1002/cl2.1230>

Integridad Académica - Docencia con IA. (2024, 7 agosto). *Docencia Con IA*. <https://docencia.ia.uc.cl/integridad-academica>

Jordan, K. C., Di Gennaro, J. L., Von Saint André-Von Arnim, A., & Stewart, B. T. (2022). Global trends in pediatric burn injuries and care capacity from the World Health Organization Global Burn Registry. *Frontiers in Pediatrics*, 10. <https://doi.org/10.3389/fped.2022.954995>

Lange, A. M., & Grajo, L. (2021). Promoting social participation for adolescents with burn injury: A guideline for occupational therapy practice. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 9(4), 1–15. <https://doi.org/10.15453/2168-6408.1805>

Llanos, N., Yáñez, V., Orellana, M., & Hidalgo, G. (2013). *Niño quemado gran secuelado: Perfil clínico y calidad de vida*. *Revista del Hospital Clínico de la Universidad de Chile*, 24, 130–140. <https://revistahospitalclinico.uchile.cl/index.php/RHCUC/article/view/73335/75246>

Velasco, J. (2025). *Matriz de extracción* [Archivo de Excel, elaboración propia]. Matriz de extraccion - tesis 1.1.xlsx

Merck & Co., Inc. (2024). *Quemaduras*. Manual MSD, versión para profesionales. <https://www.msdmanuals.com/es-pr/professional/lesiones-y-envenenamientos/quemaduras/quemaduras>

Ministerio de Salud de Chile. (2016). Guía clínica: Manejo del paciente gran quemado. Gobierno de Chile. https://diprece.minsal.cl/wrdprss_minsal/wp-content/uploads/2016/04/GPC-GRAN-QUEMADO-FINAL-18-MARZO-2016_DIAGRAMADA.pdf

Ministerio de Salud de Chile. (2020). *Orientaciones clínicas para la rehabilitación del paciente gran quemado adulto*. DIPRECE. <https://diprece.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/10/ORIENTACIONES-CLICC%81NICAS-PARA-LA-REHABILITACC%81N-DEL-PACIENTE-GRAN-QUEMADO-ADULTO.pdf>

Miranda, M. E., & Salas, E. S. (2020). Manejo de quemaduras en población pediátrica. *Dialnet*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7630136>

Organización Mundial de la Salud. (2023, 13 octubre). *Quemaduras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/burns>

OPS/OMS. (2025, 10 junio). *Salud mental*. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>

Phillips, D., Matheson, L., Pain, T., & Kingston, G. A. (2022). Evaluation of an occupational therapy led Paediatric Burns Telehealth Review Clinic: exploring the experience of family/carers and clinicians. *Rural and Remote Health*, 22(1), 6887. <https://doi.org/10.22605/RRH6887>

Reoli, R., & Lenker, H. (2024). Rehabilitation frequency for pediatric patients with burns in acute care. *Clinical Pediatrics*. <https://doi.org/10.1177/00099228241263778>

Reporte de experiencia clínica: Intervenciones de rehabilitación intraoperatorias en niños, niñas y jóvenes con diagnóstico de quemaduras graves en el Hospital Eloísa Díaz Insunza, Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, Chile. (s/f). *Revista Argentina de Quemaduras*. Recuperado el 2 de octubre de 2025, de <https://raq.fundacionbenaim.org.ar/reporte-de-experiencia-clinica-intervenciones-de-rehabilitacion-intraoperatorias-en-ninos-ninas-y-jovenes-con-diagnostico-de-quemaduras-graves-en-el-hospital-eloisa-diaz-insunza-servicio-de-salud-m/>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): Checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Vargas Pereira, P. (2021). *Estadística: Distribución de frecuencias y representación gráfica. Primera parte* [Material de curso]. Universidad San Marcos. <https://repositorio.usam.ac.cr/xmlui/bitstream/handle/11506/1409/LEC%20EST%200003%202021.pdf?sequence=1>

Wala, S. J., Ragan, M. V., Mallampalli, G. M., & Thakkar, R. K. (2023). Update in pediatric burn care. *Current Trauma Reports*, 9(3), 101–113. <https://doi.org/10.1007/s40719-023-00256-6>

World Federation of Occupational Therapists. (2025). *About occupational therapy*. WFOT. <https://wfot.org/about/about-occupational-therapy>

Zhou, Y.-Q., Zhou, J.-Y., Luo, G.-X., & Tan, J.-L. (2021). Effects of early rehabilitation in improvement of paediatric burnt hands function. *World Journal of Clinical Cases*, 9(32), 9741–9751. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v9.i32.9741>

ANEXOS

País de origen	Autor	Año Publicación	Diseño del estudio	Edad	Características de la población	Tipo de Quemadura	Intervención de Terapia Ocupacional	Frecuencia y duración de la intervención	Diseño metodológico de la investigación	Resultados esperados	Área intervención	Pautas de evaluación	Contexto de realización de estudio	Base de datos (página)	Contexto (hospital, centro, escuela)	Obj. Estudio
Chile	Burgos B., Nieto R.	2021	Reporte de estrategias	No específica edad	Niños, niñas y adolescentes con quemaduras faciales	Quemaduras faciales con cicatrices hipertroóficas; no se especifica grado ni extensión exacta	Ortesico (máscara facial)	No especificada; se describe como parte de un proceso clínico continuo	Narrativo-descriptivo basado en experiencia clínica	Mejora en la adhesión al tratamiento; Reducción de ansiedad y estrés; Mejores resultados funcionales y estéticos; Posibilidad de ajustes personalizados en la máscara	Físico	Observación clínica, percepción del paciente y familia; no se reportan instrumentos estandarizados	Centro especializado en rehabilitación de quemaduras en Chile (COANI-QUEM)	Dianet	Coaniquem	Reportar estrategias que faciliten la confección manual de máscaras transparentes para el tratamiento de cicatrices faciales hipertroóficas en población infantil y adolescentes.

USA	Reoli, R Lenker, H	2025	Revisión por alcance	0-18	353 participantes en total; incluye todos los géneros y razas	Varias localizaciones y grados; TBSA desde <20% hasta >60% según los estudios incluidos	Posicionamiento; Uso de órtesis; Ejercicios de rango de movimiento; Terapias complementarias (arte, música, realidad virtual); Intervenciones combinadas con fisioterapia	Variable: desde 1 sesión por semana hasta 2 sesiones por día; duración total entre 6 y 12 semanas según el estudio	Metodología Joanna Briggs Institute (JBI) y evaluación GRADE	Mejora en dolor; Mejora en rango de movimiento; Mejora en función cardiopulmonar; Mejora funcional general; Se destaca la necesidad de más evidencia para definir frecuencia óptima	Físico	Varios	Revisión de estudios realizados en centros hospitalarios y ambulatorios que incluyeran atención aguda	WOS y scopus	Hospitalario y centro de rehabilitación	Identificar la frecuencia de las intervenciones de rehabilitación para pacientes pediátricos con quemaduras en cuidados agudos.
-----	--------------------	------	----------------------	------	---	---	---	--	--	---	--------	--------	---	--------------	---	---

Australia	Debra Philips,	2022	Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico interpretativo	7 meses-14 años	Niños con quemaduras profundas de zonas rurales y remotas; incluye población indígena	Quemaduras de espesor parcial profundo y total; diversas localizaciones; no se especifica TBSA	Evaluación y seguimiento postquirúrgico; Revisión clínica por telehealth; Educación a familias; Apoyo emocional; Supervisión y capacitación a terapeutas rurales; Coordinación con otros profesionales de salud	No se especifica número de sesiones; se menciona seguimiento continuo desde hospitalización hasta rehabilitación	Cualitativo, basado en entrevistas semiestructuradas a 8 familias y 6 profesionales clínicos	Mejora en continuidad de atención; Reducción de viajes y costos; Mayor confianza en el tratamiento; Apoyo emocional y familiar; Fortalecimiento de capacidades clínicas en zonas rurales; Identificación de barreras tecnológicas y comunicacionales	Físico y Mental	Entrevistas semiestructuradas; análisis temático; revisión por equipo investigador	Clínica de revisión por telehealth liderada por terapeutas ocupacionales en el Hospital Universitario de Townsville, Queensland, Australia	PubMed scopus WOS	Hospitalario	Investigar la experiencia de familiares de usuarios, y profesionales clínicos en el uso de la clínica OTPB
-----------	----------------	------	---	-----------------	---	--	---	--	--	--	-----------------	--	--	-------------------------	--------------	--

Chile	Quezada Donoso, N., & Orellana Pozo, M. P.	2025	Estudio descriptivo basado en práctica profesional	0-18 años	Niños, niñas y adolescentes con quemaduras graves; incluye pacientes críticos y de cuidados medios.	Que-maduras graves, con injertos, matrices dérmicas, compromiso de vía aérea, eléctricas, y quemaduras por agua.	Evaluación de necesidades ortésicas, moldeo y ajuste de órtesis, movilización precoz, educación a cuidadores, diversificación de rutina hospitalaria.	Intervenciones realizadas en contexto intraoperatorio; uso continuo de órtesis diurno y nocturno; seguimiento en hospitalización.	Observación clínica estructurada, revisión exploratoria de literatura, supervisión por pares.	Mejora en resultados quirúrgicos, movilidad, reducción de contracturas, recuperación funcional efectiva, continuidad del juego y actividades básicas.	Físico	Evaluación funcional, observación clínica, criterios biomecánicos, tolerancia al posicionamiento, epitelización, edema, movilidad articular.	Hospital Dra. Eloísa Díaz Insunza, centro de alta complejidad, referencia nacional para quemados pediátricos en Chile.	Google Scholar	Hospitalario (Hospitalario Dra. Eloísa Díaz Insunza, centro de alta complejidad)	Detallar la experiencia de un equipo interdisciplinario en la implementación de intervenciones intraoperatorias de rehabilitación en pacientes pediátricos con quemaduras graves
-------	--	------	--	-----------	---	--	---	---	---	---	--------	--	--	----------------	--	--

China	Ya-Qin Zhou, Jun-Yi Zhou, Gao-Xing Luo, Kian-g-Lin Tan	2021	Estudio retrospectivo comparativo		69.2% hombres, 30.8% mujeres; 71.2% provenientes de zonas rurales, con quemaduras graves	Quemaduras profundas de segundo y tercer grado en manos (palmar, dorsal o ambas); causas: líquidos calientes, fuego, electricidad, cirugía reconstructiva.	Cuidado de la piel (padres), masaje de cicatrices, ejercicios pasivos y activos de rango de movimiento (ROM), terapia de compresión, uso de órtesis, juegos, terapia complementaria.	Ejercicios dos veces al día; terapia de compresión >20 h/día; duración promedio de rehabilitación: 17.96 ± 25.24 días (grupo temprano), 22.19 ± 18.65 días (grupo tardío).	Evaluación pre y post tratamiento con goniometría e inclinometría; análisis estadístico con SPSS y regresión logística ordenada.	Mejora significativa del ROM en el grupo de intervención temprana (P = 0.001); correlación positiva entre duración de rehabilitación y mejora funcional.	Físico	Medición de TAM (movimiento activo total) con goniometría; clasificación de mejora: sin mejora, leve, moderada, significativa.	Hospital afiliado a la Third Military Medical University, Chongqing, China; centro especializado en quemaduras pediátricas.	PubMed	Hospitalario	Investigar los efectos del manejo temprano de la rehabilitación en manos quemadas pediátricas.
-------	--	------	-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--------	--	---	--------	--------------	--

Estados Unidos	Eilerman S., Justice L., Reader B., et al	2025	Estudio retrospectivo de cohorte	0–17 años; edad media 4 años	108 niños; mayoría hombres (66.1%), con quemaduras graves ingresados a UCI pediátrica	Quemaduras cutáneas de cualquier etiología (excepto inhalación); mediana de TBSA: 20.1% (rango: 1–90%)	Manejo de edema; Posicionamiento; Rom; Ortesis; Actividades funcionales y de desarrollo; Implementación de pautas de movilización temprana (Wee-Move)	Mediana de 3 sesiones de T.O. en los primeros 14 días; frecuencia establecida: 6 veces por semana	Retrospectivo, observacional, con análisis estadístico descriptivo y comparativo	Mayor TBSA se asocia con menor nivel de actividad; 54.6% de niños perdieron al menos una sesión de T.O.; Actividades de mayor movilidad aumentaron con el tiempo; Mayor nivel de actividad se asoció con alta a domicilio	Físico	Nivel de actividad (PROM, movilidad activa, sedestación, bipedestación, transferencias, juego); registro de sesiones completadas y barreras	American Burn Association-verified pediatric burn center	WOS	Centro pediátrico especializado en quemaduras, verificado por la American Burn Association; UCI pediátrica	Describir las prácticas de movilización temprana en pacientes pediátricos con quemaduras, identificar las barreras para su participación, evaluar los cambios en los niveles de movilidad durante la hospitalización en la unidad de cuidados intensivos (UCI), y examinar el impacto de la extensión de la quemadura (porcentaje de superficie corporal total quemada - TBSA) en la progresión de la movilidad.
----------------	---	------	----------------------------------	------------------------------	---	--	---	---	--	---	--------	---	--	-----	--	--

Estados Unidos	Lange, A.M. & Grajo, L.	2021	Guía de práctica basada en revisión teórica y aplicación clínica	11–18 años	Adolescentes (11–18 años), con quemaduras de cualquier tamaño, localización o gravedad; con dificultades en participación social por factores psicosociales	Quemaduras en cualquier parte del cuerpo.	Evaluación psicosocial; Entrenamiento en estrategias cognitivas; Regulación emocional; Promoción de autoeficacia; Apoyo en formación de identidad; Mentoría; Acceso a redes de apoyo; Participación en ocupaciones sociales; Colaboración interdisciplinaria	No específica	Desarrollo de guía de intervención basada en teorías del desarrollo, neurobiología, adaptación ocupacional, cognición social y resiliencia	Mejora en participación social; Reducción de aislamiento; Aumento de resiliencia y autoeficacia; Identificación de indicadores de funcionamiento adaptativo; Aplicación clínica con caso de éxito	Psicosocial	COPM; B-SHS-B; BOQ 11-18-BBSIP 8–18; SDQ; CBC; Piers-Harris 2; Resiliency Scales	Ambulatorio, escolar y comunitario; orientado a terapeutas ocupacionales en práctica clínica	Google Scholar	Ambulatorio, escolar y comunitario; orientado a terapeutas ocupacionales en práctica clínica	Guía para que terapeutas ocupacionales puedan realizar evaluaciones psicosociales e intervenciones dirigidas a adolescentes con lesiones por quemaduras, con el fin de mejorar sus capacidades adaptativas y facilitar su participación social
----------------	-------------------------	------	--	------------	---	---	--	---------------	--	---	-------------	--	--	----------------	--	--

Estados Unidos	Anderson, Sadie E	2023	Estudio de tipo capstone clínico con enfoque descriptivo aplicado	0-18 años	Niños y adolescentes con quemaduras; incluye también a sus cuidadores/familias; atendidos en Memorial Hermann Hospital y UT Pediatric Burn Clinic	No se especifica grado ni localización exacta	Juego terapéutico; Soft casting; Educación a familias; Prevención de quemaduras; Evaluación de salud mental; Actividades funcionales (ADLs e IADLs); Creación de recursos educativos	No especifica número de sesiones, menciona implementación durante dos semanas de herramientas de evaluación mental en clínica	Aplicación práctica con integración de modelos teóricos (PEO, biomecánico, rehabilitativo); uso de instrumentos estandarizados	68% de niños y 30% de cuidadores presentaron impacto psicológico postquemadura; Mejora en rango de movimiento, participación, estado de ánimo y vínculo terapéutico; Reducción de tiempo de curación con soft casting; Mayor adherencia en casa gracias a recursos educativos	Físico y mental	Cuestionario de juego TO; Mental Health Impact of Burn Injury screen; SCARED; ROM; MMT (manual muscle testing); escala de dolor; sistema de seguimiento de soft casting	Hospital Memorial Hermann y UT Pediatric Burn Clinic; Estados Unidos; atención directa a niños y familias	Google Scholar	Hospitalario y ambulatorio	Abordar los efectos físicos y psicológicos en el niño y sus familias que a menudo ocurren como resultado de una lesión por quemadura mediante una evaluación de salud mental e intervenciones de terapia ocupacional.
----------------	-------------------	------	---	-----------	---	---	--	---	--	---	-----------------	---	---	----------------	----------------------------	---

Fuente de elaboración propia