

2002

Evaluación del nivel de autoatención en pacientes con artritis reumatoidea según su tiempo de evolución

Escruela, Marina Lorena

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/892>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y

SERVICIO SOCIAL

LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

TESIS DE GRADO

**“EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOATENCIÓN
EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA
SEGÚN SU TIEMPO DE EVOLUCIÓN”**

***Autoras: Escruela, Marina Lorena
Iuri, Mariel Alejandra***

2002

AGRADECIMIENTOS:

A las Lic. en Terapia Ocupacional Silvia Cunietti y Norma Gordillo, por su asesoramiento, paciencia y contención.

A la TO. Ana Laura Aumendia y al Dr. Hugo Scherbarth.

A quienes nos apoyaron y acompañaron durante toda la carrera, a nuestros padres, hermanos y novios, en especial a Ariel, por su aporte y entereza.

MARINA Y MARIEL.

INDICE

	Página
▶ INTRODUCCIÓN.....	01
▶ ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN.....	03
▶ MARCO TEORICO.....	12
■ AUTOATENCIÓN.....	12
▪ CONCEPTO.....	12
■ EVALUACIONES ESTANDARIZADAS DE AUTOATENCIÓN.....	13
▪ LA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOATENCIÓN (E.N.A.).	14
▶ ARTRITIS REUMATOIDEA.....	16
■ DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGIA.....	16
■ ETIOLOGÍA Y PATOGENIA.....	16
■ FORMA DE COMIENZO.....	17
■ SÍNTOMAS Y SIGNOS.....	18
■ CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO.....	20
■ CURSO DE LA ENFERMEDAD.....	21
■ TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO.....	21
■ TRATAMIENTO.....	22
▶ ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL EN ARTRITIS REUMATOIDEA.....	27
▶ FUNDAMENTACIÓN.....	29
▶ PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	31
■ DEFINICIONES CONCEPTUALES.....	32
■ DIMENSIONAMIENTO DE VARIABLES.....	41
▶ TÉCNICA DE MEDICIÓN	44
▶ OBJETIVOS.....	58
▶ DISEÑO METODOLÓGICO	59
■ TIPO DE ESTUDIO.....	59
■ TIPO DE DISEÑO.....	59
■ CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	59

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Clasificación top
1968	615.8 E17
Vol	tema
Universidad Nacional de Mar del Plata	

■ PACIENTES.....	59
▪ UNIVERSO DE ESTUDIO.....	59
▪ MUESTRA.....	60
■ METODO.....	60
▪ SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	60
▪ CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	60
▪ CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	61
▪ CRITERIOS TEMPOROESPACIALES.....	61
▪ TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	61
▶ ANEXO	66
■ PROTOCOLO.....	67
■ FICHA DE EVALUACIÓN.....	70
■ PLANILLA DE TRABAJO.....	71
▪ REFERENCIAS.....	74
▶ ANÁLISIS DE LOS DATOS	78
▶ RESULTADOS	79
▶ DISCUSIÓN	109
▶ CONCLUSIÓN	113
▶ BIBLIOGRAFÍA GENERAL.....	115

Las enfermedades reumáticas producen un cambio estructural en la vida del paciente, quien se ve limitado o imposibilitado en la realización de las Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.) (10)

El rol del Terapeuta Ocupacional en la intervención de las Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.) es único y específico (23). Posee entrenamiento para evaluar y analizar el desempeño de funciones del paciente, determinando el método y el grado de participación en su autoatención.

La evaluación de terapia ocupacional provee información acerca de los factores que impiden o limitan al paciente en el desempeño de tareas, si estas deficiencias pueden corregirse o si puede aprender a través de equipamiento o técnicas adaptadas la realización de tareas de autoatención. Además identifica la importancia que este desempeño sea de manera independiente, según sus roles ocupacionales y situación de su hogar. (23)

Ante la búsqueda de un instrumento para evaluar el nivel de autoatención del paciente con artritis reumatoidea (AR), nos interesó la Evaluación del Nivel de Autoatención (E.N.A.) diseñado por una Terapeuta Ocupacional; al comparar este instrumento (E.N.A.) con escalas específicas diseñadas para evaluar la repercusión de la artritis en la calidad de vida del paciente (Cuestionario de Valoración de la Salud de Stanfors (HAQ), Escala de Medida del Impacto Artrítico (AIMS), Índice de Discapacidad de Convery, etc. . Las cuales evalúan las siguientes áreas: baño, arreglo personal, alimentación, vestido, alcances, traslado de una posición a otra, deambulacion, dolor, ansiedad, depresión, rol social entre otras (23); consideramos

al E.N.A. una evaluación interesante para su aplicación en artritis reumatoidea, debido a las características que la misma presenta como la puntuación más discriminada del estado de autoatención del paciente, por el desglose de tareas desde acciones más simples a las más complejas, y permite de esta manera registrar cambios más sensibles durante el proceso de rehabilitación. (3)

Lo que es relevante teniendo en cuenta los posibles cambios que presenta la artritis reumatoidea en el transcurso del tiempo respecto a la habilidad del paciente para realizar las Actividades de la Vida Diaria.

Por lo cual proponemos evaluar pacientes con AR de nuestra ciudad, para identificar el nivel de autoatención según el tiempo de evolución de la enfermedad, a través de la Evaluación del Nivel de Autoatención (E.N.A.)

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTION

“La valoración del paciente es un componente vital en la intervención de Terapia Ocupacional. Los tests estandarizados son vistos a menudo por la profesión como el método óptimo de valoración”.¹

En el área de autoatención los profesionales insumen un gran porcentaje de su tiempo en la evaluación y tratamiento del individuo con problemas funcionales en esta área. Sin embargo, hasta ahora los Terapistas Ocupacionales no han hecho uso extensivo de instrumentos de medición estandarizados para evaluar la autoatención. (3)

Resulta dificultoso encontrar valoraciones por entrevistas estandarizadas de tal manera que muchos terapeutas usan sus propias versiones “*hechas en casa*” para cubrir un área particular de práctica. A menudo instrumentos domésticos son usados para evaluar el rendimiento en esta área. (3)

Hay muchas Escalas de Actividades de la Vida Diaria documentadas en la literatura (Eakin, 1989; Kanc & Kane, 1981; Law & Letts, 1989; McDowell & Newell, 1987) y muchas más indocumentadas “*hechas en casa*” como herramientas diseñadas por terapeutas en el uso de práctica clínica. Sin embargo, algunas de éstas valoraciones se han testeado adecuadamente para la confiabilidad y validez. (3)

“La literatura actual sugiere que la investigación se enfoque en la validez de las Escalas existentes en lugar de desarrollar nuevas herramientas de medición”.²

¹ DE CILLIS, M.V.: “Instrumento de evaluación en terapia ocupacional. Concordancia entre observadores de la evaluación “E.N.A.””. Tesis. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina. 2000. Pág. 4.

² DE CILLIS, M.V.: “Instrumento de evaluación en terapia ocupacional. Concordancia entre observadores de la evaluación “E.N.A.””. Tesis. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina. 2000. Pág. 6.

Actualmente se esta tomando conciencia de la necesidad de confiabilizar y validar mediciones, ya que las mismas tienen como finalidad describir el rendimiento de la autoatención, apoyar un plan de tratamiento y evaluar el efecto de la terapia. (3)

Cuantiosos instrumentos miden la habilidad funcional del paciente con artritis reumatoidea y como ésta se va deteriorando en el curso de la enfermedad.

La Evaluación del Nivel de Autoatención (E.N.A.), diseñada por una terapeuta ocupacional, en el año 1993, durante su desempeño profesional en el Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Provincia de Buenos Aires, Argentina, nace ante la necesidad de valoración estandarizada que respondiera a las características de la población y modalidad de tratamiento institucional.

Por la exitosa incorporación del E.N.A. en el ejercicio profesional cotidiano, con posterioridad en el año 2000, se efectuó el estudio de confiabilidad y validez del grado de concordancia entre observadores administrada a una muestra de 100 pacientes con accidente cerebrovascular, a fin de estandarizar el instrumento. Se concluyó que la Evaluación del Nivel de Autoatención (E.N.A.) mostró un alto grado de acuerdo interobservador. Siendo ésta una herramienta confiable, y puede medir cambios en la autoatención del paciente, especialmente en patologías neurológicas. Los resultados en el primer estudio cuantitativo permiten proyectar su validación, hacia otras patologías y grupos etarios, por lo cual nosotras procederemos a realizarlo en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea.

Se realizó una búsqueda bibliográfica a través del Medline para identificar Evaluaciones de Actividades de la Vida Diaria en pacientes con Artritis Reumatoidea, en la cual encontramos la siguiente información:

En 1998, se evaluó la habilidad funcional y la influencia del proceso patológico en el desempeño de tareas cotidianas, a través de la Escala de Restricción de la Actividad de Groningen (GARS) y el Cuestionario de Evaluación de la Salud (HAQ). Fueron valorados 160 pacientes con AR (135 mujeres y 25 hombres), edad promedio 48,3 +/- 12,13 años y una duración de la enfermedad de 21,32 +/- 15,61 meses. Los autores encontraron una correlación significativa entre los dos instrumentos de evaluación así como una relación significativa con los parámetros evaluados de actividad inflamatoria. En la Escala de Restricción de la Actividad de Groningen (GARS) se encontró una relación con la duración de la enfermedad pero no con el Cuestionario de Evaluación de la Salud (HAQ). No hubo una relación significativa entre los tests de evaluación con relación a la edad de los pacientes. En las investigaciones sobre la restricción de la habilidad funcional durante las actividades diarias, se reveló que el mayor problema de los pacientes es en el cuidado de los pies y uñas, subir escaleras e higiene. Las actividades del hogar con mayor puntaje se registraron como "*actividades difíciles*" (frotar los pisos, limpiar vidrios y aspirar), planchado, ir de compras y hacer las camas. Se ultimó que la Escala de Restricción de la Actividad de Groningen (GARS) es una escala de habilidad funcional confiable, simple y práctica para pacientes con AR y puede utilizarse para una descripción precisa de la severidad y evaluación del grado de habilidad funcional. (21)

En Gran Bretaña, en el año 1998 se valoró el desempeño del Instrumento Genérico de Calidad de Vida (SF-36) en pacientes con AR, el mismo fue considerado confiable, válido, adecuado para el uso en pacientes en donde se evalúa el dolor y la función física. (17)

En 1998, se realizó un estudio durante un año de seguimiento para determinar que variables relacionadas con la enfermedad predicen la pérdida de destreza en pacientes con AR. La destreza en las Actividades de la Vida Diaria se evaluó con la Evaluación Secuencial de Destreza Ocupacional (SODA). Asimismo fueron evaluados incapacidad de las manos, la actividad de la enfermedad y el dolor.

Luego de un año se observó que la destreza disminuyó significativamente, ésta se relacionó a modificaciones en la fuerza de prensión, con los indicadores de la actividad, la enfermedad, autocuidado, carácter depresivo y carácter alegre.

Se arribó a la conclusión de que los pacientes con larga duración de la enfermedad presentaron una declinación gradual en la destreza. (22)

En 1998, se efectuó un estudio a fin de identificar las dificultades percibidas y la reducción de las mismas cuando se utilizan aparatos asistidos y métodos laborales alterados para realizar las actividades cotidianas y además detectar que actividades estuvieron sin afectación.

La muestra de estudio fue de 21 mujeres con artritis reumatoidea entre 29 y 65 años de edad, las cuales respondieron el Cuestionario de Evaluación de Actividad Diaria (EDAQ). El cuestionario contiene 102 ítems divididos en 11 dimensiones en actividades diarias.

Las mujeres estudiadas, percibieron dificultades dos veces, primero cuando no se utilizan aparatos o métodos alterados y luego cuando son utilizados.

El uso de aparatos o métodos alterados conducen a una reducción de la dificultad percibida en un 42%. El número de ítems que las mujeres encontraron dificultoso cuando no utilizaban los aparatos o los métodos fue entre el 13% y 99%. Con las intervenciones los números de ítem que fueron dificultosos disminuyeron entre el

6% y el 57%.

Las dimensiones comer, cocinar y toilette, tuvieron la mayoría de los ítems afectados por el uso de aparatos tales como tapas elevadas, ortesis para cuchillos y para muñecas.

Pocos aparatos efectivos se identificaron en las dimensiones vestido, lavado, limpieza y movilidad.

Se concluyó que el Cuestionario de Evaluación de la Actividad Diaria (EDAQ) representa un nuevo acercamiento para demostrar las dificultades en las actividades de la vida diaria, para describir los efectos de los aparatos asistidos y de los métodos y además identificar las áreas no afectadas por las intervenciones en pacientes con artritis reumatoidea. (13)

En 1999, se llevó a cabo una correlación entre las medidas objetivas y subjetivas en la función de la mano en 25 pacientes con AR. Se examinó la asociación entre la Evaluación Secuencial de Destreza Ocupacional (SODA) y el Test de Prensión de Mano de Sollerman. Con estos dos instrumentos mas la medición del rango de movimiento se realizó la evaluación clínica; y la evaluación subjetiva a través del Cuestionario de Evaluación de la Salud (HAQ) y la Escala Analógica Visual del Dolor (VAS).

Los resultados confirmaron una fuerte asociación entre Evaluación Secuencial de Destreza Ocupacional (SODA) y el Test de Prensión de Mano de Sollerman, ambos se correlacionaron significativamente. Las asociaciones entre los resultados de los dos tests de función de mano y el dolor subjetivo y las evaluaciones de incapacidad en las tareas globales cotidianas fueron débiles.

Este estudio demostró que la Evaluación Secuencial de Destreza Ocupacional

(SODA) y el Test de Prensión de Mano de Solleman producen información similar bajo condiciones controladas en pacientes con AR, a pesar de las diferencias en el desarrollo conceptual y en la medida de las propiedades. Una medida generalizada como el Cuestionario de Evaluación de la Salud (HAQ) o la Escala Analógica Visual del Dolor (VAS), por separado son insuficientes para representar lo que el paciente puede hacer con sus manos en la vida diaria. (14)

En Turquía, en 1999 se comparó y evaluó el Cuestionario de Evaluación de la Salud (HAQ) y la Escala de Medida del Impacto Artrítico (AIMS) y se la asoció con una evaluación clínica de invalidez. Se incluyeron 123 pacientes adultos con AR. El dolor se registró con la Escala Analógica Visual (VAS), y los pacientes completaron el Cuestionario de Evaluación de la Salud (HAQ) y la Escala de Medida del Impacto Artrítico (AIMS), los puntajes de ansiedad y depresión también fueron investigados.

Se concluyó que una medida del estado funcional, el puntaje del dolor y las evaluaciones globales deberían considerarse importante en la evaluación de pacientes con AR. Además medir el bienestar psicológico y proveer de una información adicional. El Cuestionario de Evaluación de la Salud (HAQ) sumado a las secciones de depresión, ansiedad de la Escala de Medida del Impacto Artrítico (AIMS) y el Cuestionario de Evaluación de Salud Chino (CLINHAQ) provee la ventaja de una evaluación global de estos pacientes crónicos. (18)

En 1999, se desarrolló un seguimiento durante 5 años de la función de la mano y de las capacidades en las Actividades de la Vida Diaria, con 43 pacientes externos, edad promedio 53,7 y una duración media de la enfermedad de 7,5 años.

Se utilizaron los Test de Habilidades de Prensión (GAT), Fuerza de Prensión, Test

de Función de Keitel (KFT) y Cuestionarios de Evaluación de Salud (HAQ) y Escala Analógica Visual del Dolor (VAS).

Se llegó a la conclusión que la función de la mano se deterioró en pacientes femeninos, luego de este período, significativamente mayor que en los hombres. (4)

En 1999, fue publicado un estudio de la contribución relativa de la actividad de la enfermedad y de la destrucción articular en la pérdida de la capacidad funcional en pacientes con AR.

Se investigó en un grupo constituido por 132 pacientes femeninos con diagnóstico reciente de AR durante un período de 12 años.

Estos pacientes fueron evaluados al inicio, 3^a, 6^a y 12^a años del proceso de la enfermedad, la capacidad funcional se valoró por medio del Cuestionario de Evaluación de la Salud (HAQ), la actividad de la enfermedad con el Puntaje de la Actividad de la Enfermedad (DAS) y la destrucción articular con el Puntaje Sharp de Daño Radiológico.

El Puntaje Sharp de Daño Radiológico se deterioró en el tiempo; mientras que el puntaje del Cuestionario de Evaluación de la Salud (HAQ) y el Puntaje de la Actividad de la Enfermedad (DAS) mostró un curso variable, ambos se correlacionaron en el transcurso de la enfermedad. La correlación entre el Puntaje Sharp de Daño Radiológico y el puntaje del Cuestionario de Evaluación de la Salud (HAQ), fue débil en el inicio del estudio pero se transformó en más fuerte después de los 12 años.

Se llegó a concluir que la capacidad funcional está fuertemente influenciada por la actividad de la enfermedad en el transcurso de la AR. La actividad de la enfermedad prueba ser el principal determinante del Cuestionario de Evaluación de la Salud

(HAQ) para la capacidad funcional. (6)

Un estudio Europeo realizado en el año 2000, en 573 pacientes de Noruega, Francia y Neiderlands, en el que se examinaron Perfiles de Calidad de Vida (QOL) durante los primeros años de evolución de la artritis reumatoidea y fueron relacionados con la enfermedad, y con variables de impedimentos por Escala de Sedimentación (ESR), recuento de articulaciones de partes blandas (Índice Articular de Ritchie), fatiga y dolor.

Se concluyó que por la naturaleza altamente variable de la artritis reumatoidea, los impedimentos y las restricciones en las Actividades de la Vida Diaria pueden variar. En particular la fatiga medida en un período de 2 a 3 años, fue mayoritariamente distinguida entre los pacientes con AR en los Perfiles de Calidad de Vida (QOL). Aunque el área física fue la más afectada, el efecto significativo de la AR en el área psicosocial no debería ser subestimada. (20)

En el año 2001, a través de un estudio aplicando el Cuestionario de Evaluación de la Salud (HAQ) y Cuestionario de Evaluación de la Salud modificado (mHAQ), se arribó a la conclusión que los pacientes y profesionales no concordaban en la importancia de la incapacidad. Por lo cual se hace necesario evaluar el impacto de la incapacidad personal como también la incapacidad en sí misma. (8)

Hay innumerables tests de evaluación en esta área, los cuales en ocasiones se combinan de modo de evaluar al paciente en forma global, tanto la destreza funcional, el impacto de la enfermedad en el sujeto, la actividad de la enfermedad, dolor, aspectos psicológicos.

En patologías crónicas la severidad del proceso patológico se ve reflejado en la declinación de la habilidad funcional del paciente (21). En la artritis reumatoide

la capacidad funcional del paciente está fuertemente influenciada por la actividad de la enfermedad durante el transcurso de la misma. (6)

La Evaluación de las Actividades de la Vida Diaria en pacientes con artritis reumatoidea es fundamental en el tratamiento para mantener, favorecer o mejorar su calidad de vida; siendo el terapeuta ocupacional el profesional responsable de su abordaje.

Proponemos evaluar pacientes con artritis reumatoidea por medio de la Evaluación del Nivel de Autoatención (E.N.A.), para identificar su habilidad en el desempeño de las actividades de la vida diaria, de manera de valorar y categorizar su nivel de autoatención de acuerdo al tiempo de evolución de la patología.

Consideramos que la E.N.A. cuenta con las características apropiadas para ser aplicada en esta patología; entre ellas permite registrar pequeños cambios en la habilidad del paciente para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, desglosa las acciones según su grado complejidad, desde más simples a más complejas. La sumatoria parcial de cada una de las acciones, da el puntaje final que corresponde al nivel de desempeño en la autoatención del paciente. (3)

1) AUTOATENCION

1.1 CONCEPTO

“La Autoatención se refiere a la habilidad de la persona para vestirse, alimentarse, arreglo personal, movilidad, higiene y control de vejiga e intestinos, (así como diversas habilidades comunes, como usar el teléfono, comunicarse por escrito, manejo de correspondencia, dinero, libros y periódicos)”.³

La Organización Mundial de la Salud ha definido las normas sociales en un documento (24), en las cuales se espera que un individuo tenga capacidad para sobrevivir: orientación, independencia física, movilidad, ocupación, integración social y autosuficiencia económica. Para satisfacer estos roles sociales, el individuo emplea una variedad de habilidades funcionales que derivan en conductas complejas y realizaciones de tareas.

En prácticamente todas las culturas se esperan que el individuo mantenga una existencia independiente habitualmente efectiva en lo que respecta a las necesidades más inmediatas del cuerpo, entre ellas la alimentación, la higiene personal y algunas otras actividades de la vida cotidiana. (3)

Deaver y Brown (2), resumieron los objetivos básicos de la rehabilitación médica: uso máximo de las manos, ambulación, independencia en el cuidado personal, comunicación, apariencia de normalidad. La lista de tareas ha sido recopilada por muchos asistentes de rehabilitación y se las denomina Actividades de la Vida Diaria

³ DE CILLIS, M. V : “*Instrumento de evaluación en terapia ocupacional. Concordancia entre observadores de la evaluación “E.N.A.”*”. Tesis. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina. 2000. Pág. 13.

(A.V.D) Habitualmente se las emplea para enseñar a los pacientes como cuidar de sí mismos.

Dada la importancia cultural de la Autoatención, como así también para la Organización Mundial de la Salud, ésta fue incluida como ítem en todas las Evaluaciones Funcionales Estandarizadas existentes.

El Terapeuta Ocupacional es el especialista en rehabilitación responsable de mantener, favorecer o incrementar la independencia del paciente en estas actividades. Utilizando los enfoques biomecánico o del neurodesarrollo, así como también adaptaciones, ortesis se intenta incrementar las capacidades del paciente, pero en muchos casos a pesar de la mejora de las capacidades, la Autoatención, continúa siendo inferior a lo normal, es allí cuando se hace necesaria la intervención específica para enseñar a la persona nuevos métodos que le permitan aumentar su independencia. (3)

1) EVALUACIONES ESTANDARIZADAS DE AUTOATENCION

El cuidado de sí mismo y la eficiencia en el desempeño de las actividades de la vida diaria representan los resultados del proceso de rehabilitación, éstos resultados pueden ser evaluados y además se pueden cuantificar. Con frecuencia se emplean sistemas de evaluación del autocuidado como indicadores de la efectividad de la rehabilitación y de la eficiencia del programa.

Numerosos métodos de evaluación han aparecido en la literatura sobre rehabilitación, entre ellos: Functional Independence Measure (FIM), Kenny Self Care Scale, Pulses, Klein Bell, Indices de Katz, Barthel Index. (3), etc.

2.1 LA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOATENCIÓN (E.N.A.)

La Evaluación del Nivel de Autoatención (E.N.A.), es un instrumento de evaluación en Terapia Ocupacional, diseñado en 1993 por la Lic. en Terapia Ocupacional Maria Verónica De Cillis. Durante sus años de ejercicio profesional en el Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca, perteneciente al Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina; surgió la necesidad de un instrumento propio de evaluación acorde a las características de la población atendida y a la modalidad de abordaje institucional. (3)

Posteriormente, en el año 2000 se llevó a cabo su estudio de confiabilidad y validez, en una muestra de 100 pacientes con diagnóstico de accidente cerebrovascular, los cuales concurren a la Unidad de Terapia Ocupacional del Hospital de Rehabilitación Manuel Rocca, mencionado anteriormente.

Se concluyó que es una herramienta confiable y permite al terapeuta ocupacional evaluar y medir cambios en la autoatención del paciente. (3)

La "E.N.A" consta de 8 ítems (transferencia, vestido, aseo personal, alimentación, desplazamiento, uso del toilette, subir / bajar escaleras y control de intestino y vejiga), desglosados en acciones graduadas de más simples a más complejas categorizándolas en tres niveles de desempeño. Cualquier actividad que deba realizarse se analiza descomponiéndola en sus componentes más simples y los ejercicios o la terapéutica que se seleccionan aumentarán la capacidad de los pacientes para realizar cada uno de los componentes del movimiento hasta que puedan llevar a cabo la actividad completa. (3)

A cada acción le corresponde un puntaje parcial, la sumatoria final nos da el índice de independencia discriminado.

El puntaje total es 100 que corresponde al desempeño totalmente independiente. (3)
“...también incluye el componente cognitivo, el cual es indispensable para comenzar con dichas actividades; ya que el detectar fallas en el reconocimiento y la organización de los elementos, es fundamental para iniciar la independencia de una persona en el proceso de rehabilitación.

Otra característica importante es que permite registrar cambios más sensibles que otras escalas, como por ejemplo el Barthel Index instrumento de amplia trayectoria, que registra cambios notables en la autoatención y tal vez no es tan sensible para discriminar pequeños pero importantes logros para la evaluación y seguimiento de la autoatención”.⁴

La categorización del nivel de desempeño es la siguiente:

NIVEL I 0-32,50 Paciente que esta en una etapa de ejecución de acciones simples y preliminares.

NIVEL II 33-63,50 Paciente que esta en una etapa intermedia. Logra realizar acciones básicas e intermedias, aún requiriendo de supervisión.

NIVEL III 64-100 Paciente que esta en una etapa de ejecución óptima de las actividades realizándolas en su mayoría en forma independiente. (3)

⁴ DE CILLIS, M.V: “Instrumento de evaluación en terapia ocupacional. Concordancia entre observadores de la evaluación “E.N.A.””. Tesis. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina. 2000. Pág. 1.

3) ARTRITIS REUMATOIDEA

3.1 DEFINICIÓN Y EPIDEMIOLOGÍA

“La artritis reumatoidea (AR) es una enfermedad sistémica, inflamatoria crónica caracterizada por la destrucción articular”.⁵

Es la artritis inflamatoria más común, afecta aproximadamente al 1% o 2% de la población adulta del mundo. Siendo la relación 3:1 mayor en la mujer.

Se considera que la incidencia es de 25-30 nuevos casos / 100.000 habitantes por año, variando según la raza y la localización geográfica, siendo baja en China y negros de África; y alta entre los indios Pima de Norteamérica. La prevalencia es del 1% de la población adulta de Norteamérica y Europa. En varones mayores de 65 años es de alrededor de 1,9 % y para las mujeres es de alrededor de 5,0 %.

Se estima que el pico de edad de inicio es entre 20 y 50 años. (7)

3.2 ETIOLOGÍA Y PATOGENIA

La causa de la AR es desconocida, aunque hay evidencia que factores hereditarios e inmunológicos intervienen en la iniciación y perpetuación de caracteres propios de la patología. (7)

Una investigación reciente (15), demuestra una subdivisión de la patogénesis de la enfermedad, en 4 fases propuestas:

Primera fase: se trata de un daño tisular, inducido por factores traumáticos o infecciosos desconocidos con la liberación de posibles antígenos artrogénicos que se presentan en el sistema inmunológico.

⁵ GENE, G y otro: “Atlas de reumatología”. Ap. Americana de publicaciones S. A. 2000. Pág.1.1

Segunda fase los mecanismos inmunológicos e inflamatorios empiezan a funcionar y si son efectivos, ellos deberían determinar la resolución del proceso.

Tercera fase: la falla de estos mecanismos, mencionados en la fase 2 crearía una respuesta amplificada inmuno – inflamatoria.

Cuarta fase: sería una inflamación crónica con destrucción progresiva articular, tanto con daños anatómicos y funcionales.

Esta evolución, es en respuesta a agentes patogénicos, y es dependiente sobre una herencia genética particular, no solamente el sistema HLA (human lymphocyte antigen), que es capaz de controlar la producción de citosinas y también el sistema neuroendocrino. El resultado final de este proceso está determinado por múltiples interferencias entre el sistema inmuno / inflamatorio y otros sistemas que también pueden interactuar con este (hipótesis patogenética integrada) esta hipótesis refleja la complejidad del sistema inmuno / inflamatorio que debe considerarse como parte actuante de una cadena integrada de diversos sistemas.

3.3 FORMA DE COMIENZO

Más de la mitad de los pacientes con AR tienen un comienzo insidioso, presentando síntomas articulares durante un período de varias semanas a meses, generalmente precedido por sintomatología general. Mientras un 10% a 20% de los pacientes pueden tener un inicio abrupto y una remisión prolongada. La enfermedad se caracteriza por presencia de períodos de remisiones y exacerbaciones. (7)

3.4 SÍNTOMAS Y SIGNOS

Su comienzo insidioso y lento, generalmente se caracteriza por la aparición de síntomas generales como astenia, anorexia, fatiga, pérdida de peso y febrículas que preceden por semanas o meses el compromiso articular.

Este compromiso articular se caracteriza por dolor, inflamación en una o varias articulaciones. El dolor se origina con el movimiento, la palpación y en casos en que la enfermedad está muy activa también aparece en reposo.

La rigidez matinal se manifiesta como sensación de “entumecimiento” luego del reposo prolongado. (25)

Otros signos presente son la debilidad, atrofia muscular que aparece en las primeras semanas; fatiga que se manifiesta como sensación de “cansancio” que va en aumento en el transcurso del día.

Si la patología no se controla precozmente, y sigue su curso evolutivo en los dos primeros años se presentan las lesiones articulares y tendino-musculares (25), dando lugar a la aparición de las deformidades (7) que frecuentemente se presentan en la AR:

- Desviación cubital de los dedos.
- Subluxación palmar de metacarpofalángicas.
- Dedos en cuello de cisne, dedos en boutonniere, en gatillo.
- Pulgar en Z (flexión de metacarpofalángica e hiperextensión en interfalángica)
- Prominencia de la apófisis estiloides del cúbito.
- Subluxación de hombro.
- Subluxación en columna cervical (C1 – C2)

- Desviación en valgo de rodilla.
- En pie, hallux valgus, dedos en martillo, en garra, subluxación de metatarsofalángicas.

También es frecuente la aparición de manifestaciones secundarias como compromiso ocular, neurológico (neuropatías por atrapamiento), de la piel, respiratorio, cardiovascular, Síndrome de Sjögren, etc. (25)

3.5 CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO

"Criterios revisados de la American Rheumatism Association para el diagnóstico de Artritis Reumatoide.

1. <i>Rigidez matutina</i>	Rigidez matutina en las articulaciones y alrededor de las mismas, que dura al menos 1 hora antes de la máxima mejoría.
2. <i>Artritis en 3 o más áreas articulares</i>	Al menos 3 áreas articulares (sobre 14 posibles áreas; articulaciones izquierdas o derechas interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñeca, codo, tobillo, metatarsfalángicas); simultáneamente ha tenido tumefacción o edema de tejidos blandos (no sobrecrecimiento óseo solamente) objetivado por un médico.
3. <i>Artritis de las articulaciones de la mano</i>	Al menos un área tumefacta (tal como fue definido arriba) en una muñeca, una articulación metacarpofalángica o interfalángica proximal.
4. <i>Artritis simétrica</i>	Compromiso simultáneo de las mismas áreas articulares (tal como fueron definidas en el criterio 2) en ambos lados del cuerpo (se acepta el compromiso bilateral de las interfalángicas proximales, metacarpofalángicas o metatarsfalángicas sin simetría absoluta)
5. <i>Nódulos reumatoides</i>	Nódulos subcutáneos sobre las prominencias óseas o superficies extensoras, o en regiones yuxta-articulares, objetivados por un médico.
6. <i>Factor reumatoide en plasma</i>	Demostración de cantidades anormales de factor reumatoide en plasma mediante cualquier método por el que el resultado ha sido positivo en menos de 5% de los sujetos normales de control.
7. <i>Cambios radiográficos</i>	Cambios radiográficos típicos de artritis reumatoide en radiografías posteroanteriores de mano y muñeca, las que deben incluir erosiones o sectores localizados de descalcificación ósea inequívoca en las articulaciones comprometidas o en las más marcadas adyacentes (no califican los cambios de artrosis solamente)

Criterios revisados de 1987 de la American Rheumatism Association para la clasificación de la artritis reumatoide. Los pacientes pueden ser clasificados dentro del grupo de artritis reumatidea si presentan al menos cuatro de estos siete criterios (1 a 4 durante al menos 6 semanas) Estos criterios distinguen la artritis reumatoide de otras formas de artritis con una especificidad de 89% y una sensibilidad de alrededor de 94%".⁶

⁶ GENE, G y otro: "Atlas de reumatología". Ap. Americana de publicaciones S. A. 2000. Pág.1.2

3.6 CURSO DE LA ENFERMEDAD

Generalmente la mayoría de los pacientes con AR tienen un curso articular policíclico. Si bien la expresión de la enfermedad es variable gran número de pacientes desarrollan artritis destructiva que en algunos casos es severamente discapacitante. Estas manifestaciones son debidas al proceso inflamatorio dentro de las áreas de sinovia comprometidas. El pannus sinovial proliferante y los tejidos inflamatorios crónicos organizados llevan a la erosión del hueso y los tendones adyacentes. El dolor y la discapacidad de estas articulaciones reducen el rango de movilidad y el resultado final es, con frecuencia, la contractura en flexión, la subluxación y la inestabilidad. (7)

Siendo causas de la progresiva limitación funcional del paciente debido a la disminución de amplitud articular activa y pasiva que afectan el alcance, la prensión y la coordinación. Disminución de fuerza, sensibilidad y desarrollo de deformidad.

3.7 TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Hasta los años `80 la AR, era considerada en la mayoría de los casos como una enfermedad con buen pronóstico y gran parte de los pacientes podían ser controlados con regímenes terapéuticos conservadores.

Este concepto en la última década se ha modificado, siendo la AR una enfermedad severa. Estudios a largo plazo en pacientes, demuestran que un elevado porcentaje de ellos desarrollan una enfermedad progresiva, con importante daño radiológico, deterioro de su capacidad funcional, incapacidad laboral y aumento de la mortalidad, con una reducción significativa de la expectativa de vida. (10)

La deformidad articular, y la desalineación son cambios radiológicos que se hacen

evidentes para el paciente después de 5 a 10 años de iniciada la enfermedad. Estas alteraciones es el producto final de un proceso que comienza tempranamente con la erosión progresiva del cartílago articular y del hueso, que finalmente conduce a la pérdida del espacio articular.

Este daño radiológico característico e irreversible, tiene un comienzo precoz en el curso de la enfermedad, incluso antes de los 6 meses del inicio puede visualizarse a través de técnicas diagnósticas sensibles como es la ecografía articular o la resonancia magnética; éste daño se ve acompañado por un deterioro progresivo de la capacidad funcional del sujeto.

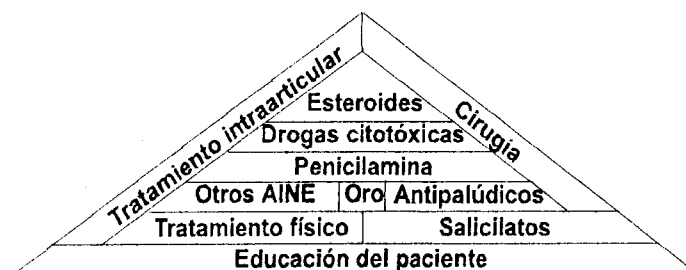
Todo éste proceso está fuertemente influenciado por la actividad de la enfermedad en el transcurso de su evolución.

Si bien la AR no es una enfermedad "mortal", sí debe considerarse de gravedad, ya que compromete la calidad de vida y la vida misma.

Generalmente la persona afectada se encuentra en la etapa más productiva de su vida y pareciera existir un corto período de tiempo desde que la enfermedad comienza para poder revertir esta situación y así lograr un pronóstico más favorable, por medio del tratamiento precoz.(10)

3.8 TRATAMIENTO

Los regímenes terapéuticos (10) que pueden ser utilizados en el manejo de la AR se esquematizan en la siguiente pirámide:



Los elementos ubicados en la base son los más instituidos y por ello constituyen la base de la pirámide. Así como también son los menos tóxicos para el paciente y generalmente se utilizan en todos los pacientes; mientras los ubicados por encima son relevantes en ciertos pacientes.

Aunque éste esquema implica una relación fija de estos regímenes terapéuticos, el tratamiento debe diseñarse en forma individual para cada paciente según sus necesidades.

Entre los "**TIPOS DE TRATAMIENTO**" (11), podemos mencionar los siguientes:

- **EDUCACIÓN AL PACIENTE:** es sin duda el elemento aislado más importante en el manejo de la enfermedad. Es imprescindible que el paciente conozca la enfermedad, sus características y el régimen terapéutico individual.
- **DESCANSO SISTÉMICO:** evidencias empíricas sugieren que el descanso físico puede mejorar una exacerbación aguda de la enfermedad. Éste programa varía de un paciente a otro y debe ser compatible con la personalidad del paciente.
- **TRATAMIENTO FÍSICO:** los objetivos del tratamiento físico son: 1) mantener el rango de movilidad, 2) prevenir la atrofia por desuso de los músculos, 3) minimizar la deformidad, 4) proporcionar un adecuado descanso sistémico, 5) minimizar el traumatismo articular excesivo, proporcionando descanso local.

Estos objetivos son llevados a cabo por medio de un adecuado programa de ejercicios, movilización lenta de todas las articulaciones, posicionamiento correcto durante el descanso nocturno; utilización de férulas, aplicación de calor y frío en las áreas afectadas para disminuir el dolor y el espasmo muscular; en casos de pacientes severamente afectados pueden utilizarse aparatos adaptados,

modificación de tareas o reformas en el hogar como por ejemplo asiento de toilette elevado.

Los mencionados objetivos son abordados teniendo presente los Principios de Protección Articular:

1. “ Mantener fuerza muscular y amplitud articular.
 2. Evitar posiciones de deformidad, prensiones y tensiones articulares que conduzcan a posturas deformantes.
 3. Uso de articulaciones más fuertes, evitando el empleo de las más pequeñas.
 4. Uso de cada articulación en su plano anatómico más estable.
 5. Empleo de patrones correctos de movimiento.
 6. Evitar el uso prolongado de articulaciones o músculos en una misma actividad.
 7. Evitar iniciar una actividad que no puede ser interrumpida, teniendo en cuenta la adecuada tolerancia de cada paciente.
 8. Evitar el dolor”.⁷
- **TRATAMIENTO MÉDICO:** todo tratamiento con drogas en AR es empírico (11), entre ellas podemos mencionar: salicilatos y otros antiinflamatorios no esteroideos, drogas de segunda línea: oro y antipalúdicos entre otras, corticoesteroides.
- **TRATAMIENTO QUIRÚRGICO:** puede indicarse para estabilización y reemplazo articular, reparación de tendones, remoción de quistes, bolsas y nódulos; alivio de neuropatías por atrapamiento. (7)

⁷MALDONADO COCCO, JA. y otros. “*Reumatología*”. Ed. Ap. Americana de Publicaciones S.A. Buenos Aires 2000. Pág. 802.

El enfoque de tratamiento interdisciplinario del paciente con AR (10), con un objetivo común dará mejor resultado terapéutico que si es abordado en forma separada por las diferentes disciplinas.

El tratamiento completo debe coordinarse de manera de permitir la interacción de los conocimientos especializados. Basándose en las necesidades individuales de cada paciente. Este grupo interdisciplinario estaría formado por:

_ Médico y/o Reumatólogo: es quien efectúa el diagnóstico, derivaciones del paciente hacia otras especialidades y los ajustes correspondientes del régimen terapéutico medicamentoso.

_ Terapeuta Físico: realiza la evaluación de amplitud del movimiento articular, fuerza muscular, resistencia, sensación, percepción, movilidad y marcha. Análisis de las necesidades del calzado, instrucción en programas de ejercicios, mecánica corporal, y habilidades del traslado. Selección de dispositivos de asistencia ambulatoria. Aplicación de calor, frío, onda corta, entre otros tratamientos.

_ Terapeuta Ocupacional: es el profesional encargado de la evaluación de la habilidad funcional, instrucción en la protección de las articulaciones, conservación de energía y simplificación del trabajo. Programas de ejercicios terapéuticos, confección de férulas, adaptaciones y entrenamiento de uso; asistencia en la planificación de la modificación del estilo de vida del paciente, como así también organización del tiempo libre y evaluación laboral.

_ Psiquiatra o Psicólogo: atiende la problemática emocional del paciente y su control.

_ Otros profesionales importantes dentro del grupo interdisciplinario con sus respectivas funciones son el Trabajador Social, Nutricionista, Farmacéutico.

Los problemas sexuales son comunes entre los pacientes con artritis reumatoidea. En un estudio reciente (11) se demostró que estos pacientes prefieren tratar el tema con el médico que con un psicólogo o trabajador social.

El dolor, la inflamación, el envaramiento o inmovilidad que involucra en especial a caderas, cuello, manos y rodillas, como así también la fatiga, el malestar, disturbios emocionales, los relacionados a la medicación y la deformidad; contribuyen a la disminución de la autoestima, modificación de la imagen corporal y pérdida de libido.

El médico o miembro del equipo con quien el paciente confíe sus problemas sexuales, puede informar acerca de los aspectos de las drogas, procedimientos quirúrgicos para aumentar la movilidad, disminuir el dolor y mejorar la apariencia.

Proporcionar información sobre masajes y técnicas de hidroterapia como prelude de la actividad sexual, como también asesoramiento acerca de posiciones alternativas según las articulaciones comprometidas, métodos anticonceptivos, consejos genéticos y lo referente a los efectos de la enfermedad y las medicaciones en el parto, alimentación y crianza de un niño. (11)

4) ESCALAS DE VALORACIÓN FUNCIONAL EN ARTRITIS REUMATOIDEA

Hay numerosos instrumentos para medir la habilidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea y como ésta se va deteriorando en el curso de la enfermedad.(1)

Los objetivos para cuantificar la capacidad funcional del paciente son los siguientes:

- Evaluar el efecto de la intervención terapéutica (farmacológica, quirúrgica o rehabilitadora)
- Determinar la necesidad de un tratamiento específico.
- Registrar el curso longitudinal de la enfermedad.

La habilidad para llevar a cabo las actividades de la vida diaria (A.V.D.) depende del deterioro de la enfermedad articular, como así también de la actitud física, psicológica del paciente y su entorno social.

A continuación se detallan algunas de las escalas más utilizadas en artritis reumatoidea: (1)

- **Escala de Medida del Impacto Artrítico (AIMS)** Diseñada por Meenan y colaboradores, intenta medir la situación funcional del paciente con AR centrándose en la repercusión músculo - esquelética de la enfermedad. Consta de 60 preguntas, 45 de ellas agrupadas en 9 secciones, evalúan: movilidad, actitud física, destreza manual, actividades del hogar, A.V.D., ansiedad, depresión, interacción social y dolor. Las restantes informan sobre el estado general de salud, morbilidad y diversas variables sociodemográficas.

- **Clasificación Funcional de la Asociación Americana de Reumatismo (ARAFc)** Es una escala sin validez, ni fiabilidad demostrada. Se dividen en 4 categorías funcionales. A pesar de las carencias que presenta la escala ha tenido gran difusión en la práctica clínica.

- **Índice de Discapacidad Poliarticular de Convery** Es una adaptación de la Escala Pulses y del Índice Barthel a pacientes con AR recoge respuestas sobre la capacidad para realizar 16 tareas durante los 7 días previos a la entrevista.
Se subdivide en: A.V.D. (7 funciones) y movilidad (9 funciones).

- **Índice de Estudio Funcional (FSI)** Diseñado para pacientes geriátricos con AR no hospitalizados. Es una escala ordinal, autoaplicable que mide 3 dimensiones de funciones (dependencia, dolor y dificultad)

- **Cuestionario de Valoración de la Salud de Stanford (HAQ)** Mide Capacidad funcional, dolor, toxicidad medicamentosa e impacto económico de la enfermedad. Su versión completa se compone de 330 preguntas.
Ha sido adaptado al español por Esteves Vives y Battle consta de 20 preguntas en las actividades de la vida diaria agrupadas en 8 categorías (vestido y cuidado, levantarse, alimentación, marcha, higiene, alcances, prensión y otras actividades) Es autoadministrable o a través de un entrevistador.

“Siendo la evaluación el proceso planificado de obtener, interpretar y documentar el estado funcional del individuo, el propósito de la evaluación es identificar las habilidades y limitaciones del individuo, incluyendo déficit, retraso o comportamientos maladaptativos que se pueden abordar en la intervención de Terapia Ocupacional”.⁸

En patologías crónicas como en Artritis Reumatoidea, la severidad del proceso patológico se refleja en la habilidad funcional del paciente. (22)

Con el presente estudio proponemos determinar el Nivel de Autoatención en las Actividades de la Vida Diaria en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea, según el tiempo de evolución de la patología; identificando las habilidades del paciente para vestirse, alimentarse, asearse, transferirse, desplazarse, subir-bajar escaleras, uso del toilette, control de intestino y vejiga.

Y así categorizar las diferentes áreas a evaluar de acuerdo al nivel de desempeño que corresponda al índice de independencia discriminado por su complejidad, desde acciones más simples a las más complejas.

Para ello evaluaremos a los pacientes por medio de la Evaluación del Nivel de Autoatención (E.N.A.), circunscribiendo este estudio a evaluar los siguientes ítems:

- Transferencia: se refiere al acto que involucra el pasaje de la cama a la silla de ruedas, de ésta última a la silla común y viceversa.

⁸ DE CILLIS, M.V: “Instrumento de evaluación en terapia ocupacional. Concordancia entre observadores de la evaluación “E.N.A.””. Tesis. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina. 2000. Pág. 38.

- Vestido: se refiere al acto que involucra colocarse y quitarse las prendas, tanto de tren superior como de tren inferior. Como así también el manejo de prendeduras y colocados de elementos ortésicos, si los requiere.
- Aseo personal: se refiere a las actividades que realiza un individuo para mantenerse higiénico y bien presentado. Involucra tanto la higiene menor como la higiene mayor (cepillado de dientes, afeitado, bañarse, etc).
- Alimentación: se refiere al acto que realiza un individuo para nutrirse.
- Desplazamiento: Se refiere al acto que involucra moverse desde un lugar a otro, ya sea en silla de ruedas o caminando.
- Sentarse y salir del toilette: Se refiere al acto que involucra el ingresar y hacer uso de sanitarios.
- Subir y bajar escaleras: se refiere al acto que involucra el subir y bajar escaleras.
- Control de intestinos y vejiga: se refiere a la capacidad para controlar ambas necesidades fisiológicas tanto de día como de noche. (3)

El ítem (control de intestino y vejiga) no se correlaciona con la patología estudiada, ya que en la AR no se afecta el control de intestino y vejiga como propio de la patología, como así también no será evaluado el componente cognitivo en la muestra estudiada.

PROBLEMA

¿Cuál es el nivel de autoatención en la Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.) en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea (AR) de acuerdo al tiempo de evolución de la patología que asistieron a un Consultorio de Reumatología Integral y Rehabilitación de la ciudad de Mar del Plata durante el período comprendido desde agosto de 2001 hasta agosto del 2002?

DEFINICIONES CONCEPTUALES

• NIVEL DE AUTOATENCIÓN

Definición Científica:

Se entiende por nivel de autoatención al grado de habilidad de la persona para vestirse, alimentarse, arreglo personal, movilidad, higiene, y control de vejiga e intestinos, (así como diversas habilidades comunes, como usar el teléfono, comunicarse por escrito, manejo de correspondencia, dinero, libros y periódicos) (3)

Definición Operacional:

Es el grado de habilidad funcional de la persona para llevar a cabo las actividades de la vida diaria, medida en tres niveles de desempeño: (nivel I: paciente que está en una etapa de ejecución de acciones simples y preliminares; nivel II: paciente que está en una etapa intermedia, logra realizar acciones básicas e intermedias, aún requiriendo de supervisión; nivel III: paciente que esta en una etapa de ejecución óptima de la actividades realizándolas en su mayoría en forma independiente) .

Las áreas a evaluar son las siguientes:

- Transferencia

Nivel I

- 1- El paciente debe ser capaz de indicar a un tercero la ubicación correcta de su cuerpo y silla de ruedas para iniciar su transferencia, como así también el acondicionamiento de la misma (apoyapies, frenos, etc.)

2- El paciente logra sentarse en la cama con la asistencia de otra persona, quedan excluidos aquellos que requieran de máxima asistencia para los cambios posturales.

3- En este punto se evalúa la capacidad de incorporarse. El paciente colabora se acepta el uso de accesorios (triángulos, sogas, barra, etc.)

Nivel II

4- El paciente debe ser capaz de acomodar su cuerpo y acondicionar la silla de Ruedas para realizar la transferencia, se aceptan una sola falla por olvido o imposibilidad. Ej. : no colocar un freno, no mover un apoya pies.

5- El paciente debe incorporarse con ayuda e iniciar movimiento de pivoteo hasta silla o cama.

Nivel III

6- El paciente debe realizar en forma independiente y sin correr riesgos todos los pasos para transferirse a una cama, silla común y a silla de ruedas.

- Vestido

Nivel I

1- El paciente debe reconocer las prendas y saber a que parte del cuerpo corresponde. Como así también su parte delantera, trasera, el derecho y el revés de las mismas.

2- Puede sacarse al menos una prenda del tren superior (remera, saco, camisa) Dentro del ítem queda incluido el equipamiento de tren superior (sling, etc.) Se acepta para su aprobación la supervisión a través de indicación verbal pero no la asistencia.

- 3- Puede quitarse calzado de ambos pies con o sin dispositivos de ayuda. Queda incluido el equipamiento de tren inferior, si posee.
- 4- Ídem medias. No incluye para mujeres las medias enteras.
- 5- El paciente debe ser capaz de abotonarse, desabotonarse, subir y bajar cierres (no engancharlos), separar velcros. No se incluyen botones chicos ni de mangas.

Nivel II

- 6- El paciente debe colocarse por lo menos una prenda de tren superior en forma independiente aceptándose la supervisión. Debe conocer forma de colocarse equipamiento de tren superior.
- 7- Debe colocarse ambos zapatos, puede valerse de dispositivos. No se incluye ajuste de cordones o hebillas u otros accesorios. También debe conocer forma de colocarse equipamiento de tren inferior
- 8- Debe colocarse ambas medias, puede valerse de dispositivos (quedan excluidas medias de nylon o enteras)
- 9- Puede quitarse prendas de tren inferior incluye desabotonar, bajar cierres y otras prendeduras.

Nivel III

- 10- Debe colocarse prendas de tren inferior, puede valerse de dispositivos, también debe colocarse equipamiento de tren inferior si posee.

El paciente debe manejar las siguientes prendeduras en cualquier ubicación que se encuentre: nudos de zapatos, prender corpiño, nudo corbata, cierres traseros, enganchar cierres, realizar moños. Se da por aprobado aquel que logra como mínimo dos de las descriptas.

11- El paciente debe vestirse y desvestirse y poder tomar las prendas fuera de su alcance puede utilizar dispositivos de ayuda. Ej. : si está en la cama alcanzar del placard o silla.

- Aseo personal y bañarse

Nivel I

- 1- El paciente debe reconocer los objetos pertinentes y su correcto uso.
- 2- Debe lavarse y secarse manos y cara.
- 3- Peinado y cepillado completo de dientes, en forma independiente.
- 4- El paciente debe realizar su higiene mayor sentado y colaborar en el enjabonado de tronco, MMSS y cabeza. Puede hacer uso de adaptaciones si lo requiere.

Nivel II

- 5- El paciente debe poder manejar grifos con o sin adaptación.
- 6- El paciente debe ser capaz de afeitarse utilizando cualquier tipo de máquina. Las mujeres deben ser capaces de maquillarse y depilarse (con máquina, pinza)
- 7- El paciente debe ser capaz de alternar con bipedestación. Enjabonando, enjuagando y secando todo su cuerpo, También debe lavar su cabeza. No incluye traslado y transferencias. Se acepta supervisión o custodia.

Nivel III

- 8- Debe realizar el punto 7- sin custodia
- 9- Debe ser capaz de trasladarse ingresar, alcanzar objetos fuera de su alcance y egresar.

- Alimentación

Nivel I

- 1- El paciente debe reconocer utensilios por uso y función y organizar los mismos sobre la mesa en forma adecuada.
- 2- El paciente debe ser capaz de tomar y manejar la cuchara, el tenedor, puede valerse de adaptaciones si lo requiere. No se evalúa el manejo del cuchillo pero sí su toma.
- 3- Beber líquido de un vaso común o adaptado.

Nivel II

- 4- El paciente debe ser capaz de cortar alimentos blandos y semiduros Ej. : albóndigas, tortilla, tartas, postres, pastas, etc. Puede valerse de adaptaciones.
- 5- El paciente debe desenroscar una tapa de botella (no sellada) y servirse en un vaso no necesariamente debe estar completa la botella. También debe servirse de jarra.
- 6- El paciente debe ser capaz de untar pan y galletitas, como así también pelar alimentos. (puede valerse de adaptaciones)

Nivel III

- 7- El paciente puede cortar todo tipo de alimento, puede valerse de adaptaciones.
- 8- El paciente debe abrir botella sellada y servirse de la misma.
- 9- El paciente debe ser capaz de alcanzar alimentos y objetos fuera de su alcance.

10- El paciente debe ser capaz de realizar todas las acciones que componen la alimentación.

- Desplazamiento

Nivel I

- 1- El paciente debe posicionar sus miembros e iniciar movimiento de silla de ruedas. Puede requerir asistencia en el inicio de la acción.
- 2- Debe desplazarse hasta 10 mts con supervisión no debe evidenciar signos de fatiga.
- 3- El paciente bipedesta, y realiza desplazamientos cortos puede valerse de ayuda marcha y supervisión.

Nivel II

- 4- El paciente debe caminar 45 mts con ayuda o supervisión puede valerse de ayuda marcha.
- 5- Maneja silla de ruedas mas de 45 mts con supervisión.
- 6- El paciente debe retroceder, girar acomodarse en una mesa, lavatorio, sortear obstáculos.
- 7- El paciente debe poder dar pasos hacia atrás, girar, hacer pasos laterales y poder ubicarse en la mesa.

Nivel III

- 8- Camina en forma segura mas de 45 mts sin supervisión ni custodia puede valerse de ayuda marcha no con andador.

- Sentarse y salir del toilette

Nivel I

- 1- El paciente debe ser capaz de reconocer los elementos pertinentes e indicar a un tercero en que acciones debe asistirlo.
- 2- El paciente logra una transferencia asistida por un tercero al sanitario; y requiere asistencia para mantenerse en bipedestación.
- 3- El paciente requiere de un tercero para quitarse y colocarse prendas e higienizarse genitales y/o uso de papel higiénico.

Nivel II

- 4- El paciente hace uso de sanitarios pero requiere de supervisión. Puede requerir de ayuda para completar la acción. Ej. : abrocharse botón, alcanzar papel o prendas caídas (puede usar barras).

Nivel III

- 5- El paciente es capaz de ingresar, transferirse, abrocharse y desabrocharse ropa, usar el sanitario sin ayuda de un tercero, requiriendo solo de custodia. Puede usar barra de pared.
- 6- Debe realizar el punto 5 en forma independiente y sin correr riesgos.

- Subir y bajar escaleras

Nivel I

- 1- El paciente es capaz de subir y bajar escaleras, escalón por escalón. Puede valerse de pasamanos, bastones muletas o ayuda de un tercero.

Nivel II

- 2- El paciente sube y baja escaleras en forma alternada tomado de pasamanos con ayuda o supervisión de un tercero.

Nivel III

- 3- El paciente debe ser capaz de subir y bajar un piso de escalera en forma independiente y sin peligro. Puede valerse del pasamanos. Debe poder cargar ayuda marcha si es que utiliza.

- Control de intestinos y vejiga

Nivel I

- 1- El paciente es capaz de reconocer la sensación y avisar a un tercero para su asistencia.
- 2- El paciente es capaz de avisar la necesidad de ser cambiado y colaborar en dicha acción.

Nivel II

- 3- El paciente puede utilizar aparatos externos (chatas, papagayos) puede requerir ayuda para su alcance. También debe utilizar papel higiénico. Los que realizan cateterismo deben hacerlo en forma independiente.

Nivel III

- 4- El paciente es capaz de controlar su vejiga de noche y de día, los que utilizan bolsa de pierna ponérsela, vaciarla y limpiarla solo, mantenerse secos 24 horas.
- 5- Controlar sus intestinos. Aplicar supositorios y enemas para aquellos que fueron entrenados.

• TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA PATOLOGÍA

Definición Científica:

Proceso continuo de cambio del estado del paciente con una enfermedad específica en el que se relacionan sucesos expresados en términos pasado, presente y futuro y medido con unidades de tiempo como meses o años. (19)

Definición Operacional:

Proceso continuo de cambio del estado funcional del paciente con artritis reumatoidea en el transcurso del tiempo desde realizado el diagnóstico hasta el día de la fecha:

- menos de 5 años (incluye a los pacientes cuyo tiempo de evolución comprende hasta sesenta meses inclusive)
- de 5 a 10 años (incluye a los pacientes cuyo tiempo de evolución comprende desde sesenta meses y un día hasta ciento veinte meses inclusive)

TRANSFERENCIA ►	<ul style="list-style-type: none"> ☞ El paciente debe ser capaz de indicar a un tercero la ubicación correcta de su cuerpo y silla de ruedas para iniciar su transferencia, como así también el acondicionamiento de la misma (apoya pies, frenos, etc.) (2 pts) ☞ El paciente logra sentarse en la cama con la asistencia de otra persona, quedan excluidos aquellos que requieran de máxima asistencia para los cambios posturales. (2 pts) ☞ En este punto se evalúa la capacidad de incorporarse. El paciente colabora se acepta el uso de accesorios (triángulos, sogas, barra, etc) (2 pts)
VESTIDO ►	<ul style="list-style-type: none"> ☞ El paciente debe reconocer las prendas y saber a que parte del cuerpo corresponde. Como así también su parte delantera, trasera, el derecho y el revés de las mismas. (1 pts) ☞ Puede sacarse al menos una prenda del tren superior (remera, saco, camisa) Dentro del ítem queda incluido el equipamiento de tren superior (sling, etc.) Se acepta para su aprobación la supervisión a través de indicación verbal pero no la asistencia. (1 pts) ☞ Puede quitarse calzado de ambos pies con o sin dispositivos de ayuda. Queda incluido el equipamiento de tren inferior, si posee. (0.50 pts) ☞ Ídem medias. No incluye para mujeres las medias enteras. (0.50 pts) ☞ El paciente debe ser capaz de abotonarse, desabotonarse, subir y bajar cierres (no engancharlos), separar velcros. No se incluyen botones chicos ni de mangas. (0.50 pts)
ASEO PERSONAL Y BAÑARSE ►	<ul style="list-style-type: none"> ☞ El paciente debe reconocer los objetos pertinentes y su correcto uso. (1 pts) ☞ Debe lavarse y secarse manos y cara. (1 pts) ☞ Peinado y cepillado completo de dientes, en forma independiente. (1 pts) ☞ El paciente debe realizar su higiene mayor sentado y colaborar en el enjabonado de tronco, MMSS y cabeza. Puede hacer uso de adaptaciones si lo requiere. (1 pts)
ALIMENTACIÓN ►	<ul style="list-style-type: none"> ☞ El paciente debe reconocer utensilios por uso y función y organizar los mismos sobre la mesa en forma adecuada. (1 pts) ☞ El paciente debe ser capaz de tomar y manejar la cuchara, el tenedor, puede valerse de adaptaciones si lo requiere. No se evalúa el manejo del cuchillo pero sí su toma. (1 pts) ☞ Beber líquido de un vaso común o adaptado. (1 pts)
DESPLAZAMIENTO ►	<ul style="list-style-type: none"> ☞ El paciente debe posicionar sus miembros e iniciar movimiento de silla de ruedas. Puede requerir asistencia en el inicio de la acción. (*1 pts) ☞ Debe desplazarse hasta 10 mts. con supervisión no debe evidenciar signos de fatiga. (*1 pts) ☞ El paciente bipedesta, y realiza desplazamientos cortos puede valerse de ayuda marcha y supervisión. (5 pts)
SENTARSE Y SALIR DEL TOILETTE ►	<ul style="list-style-type: none"> ☞ El paciente debe ser capaz de reconocer los elementos pertinentes e indicar a un tercero en que acciones debe asistirlo. (0.50 pts) ☞ El paciente logra una transferencia asistida por un tercero al sanitario y requiere asistencia para mantenerse en bipedestación. (0.50 pts) ☞ El paciente requiere de un tercero para quitarse y colocarse prendas e higienizarse genitales y/o usó de papel higiénico. (1 pts)
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS ►	<ul style="list-style-type: none"> ☞ El paciente es capaz de subir y bajar escaleras, escalón por escalón. Puede valerse de pasamanos, bastones muletas o ayuda de un tercero. (3 pts)
CONTROL DE INTEST. Y VEJIGA ►	<ul style="list-style-type: none"> ☞ El paciente es capaz de reconocer la sensación y avisar a un tercero para su asistencia. (3 pts) ☞ El paciente es capaz de avisar la necesidad de ser cambiado y colaborar en dicha acción. (3 pts)

*Silla de ruedas.

- TRANSFERENCIA** ► ☞ El paciente debe ser capaz de acomodar su cuerpo y acondicionar la silla de ruedas para realizar la transferencia se acepta una sola falla por olvido o imposibilidad. Ej. : no colocar un freno, no mover un apoya pies. **(3 pts)**
- ☞ El paciente debe colocarse por lo menos una prenda de tren superior en forma independiente aceptándose la supervisión. Debe conocer forma de colocarse equipamiento de tren superior. **(3 pts)**
- VESTIDO** ► ☞ El paciente debe colocarse por lo menos una prenda de tren superior en forma independiente aceptándose la supervisión. Debe conocer forma de colocarse equipamiento de tren superior. **(1 pto)**
- ☞ Debe colocarse ambos zapatos, puede valerse de dispositivos. **(1 pto)**
No se incluye ajuste de cordones o hebillas u otros accesorios. También debe conocer forma de colocarse equipamiento de tren inferior.
- ☞ Debe colocarse ambas medias, puede valerse de dispositivos. **(0.50 pts)**
(quedan excluidas medias de nylon o enteras)
- ☞ Puede quitarse prendas de tren inferior, incluye desabotonar, bajar cierres y otras prendeduras. Puede quitarse prendas de tren inferior incluye desabotonar, bajar cierres y otras prendeduras. **(1 pto)**
- ASEO PERSONAL Y BAÑARSE** ► ☞ El paciente debe poder manejar grifos con o sin adaptación. **(1 pto)**
- ☞ El paciente debe ser capaz de afeitarse utilizando cualquier tipo de máquina. Las mujeres deben ser capaces de maquillarse y depilarse (con máquina, pinza). **(1 pto)**
- ☞ El paciente debe ser capaz de alternar con bipedestación. Enjabonando, enjuagando y secando todo su cuerpo, También debe lavar su cabeza. No incluye traslado y transferencias. Se acepta supervisión o custodia. **(1 pto)**
- ALIMENTACIÓN** ► ☞ El paciente debe ser capaz de cortar alimentos blandos y semiduros Ej: albóndigas, tortilla, tartas, postres, pastas, etc. Puede valerse de adaptaciones. El paciente debe ser capaz de cortar alimentos blandos y semiduros Ej: albóndigas, tortilla, tartas, postres, pastas, etc. Puede valerse de adaptaciones. **(1 pto)**
- ☞ El paciente debe desenroscar una tapa de botella (no sellada) y servirse en un vaso no necesariamente debe estar completa la botella. También debe servirse de jarra. **(1 pto)**
- ☞ El paciente debe ser capaz de untar pan y galletitas, como así también pelar alimentos. (puede valerse de adaptaciones). **(1 pto)**
- DESPLAZAMIENTO** ► ☞ El paciente debe caminar 45 mts con ayuda o supervisión puede valerse de ayuda marcha. **(4 pts)**
- ☞ Maneja silla de ruedas mas de 45 mts con supervisión. **(*6 pts)**
- ☞ El paciente debe retroceder, girar acomodarse en una mesa, lavatorio, sortear obstáculos. **(*2 pts)**
- ☞ El paciente debe poder dar pasos hacia atrás, girar, hacer pasos laterales y poder ubicarse en la mesa. **(1 pto)**
- SENTARSE Y SALIR DEL TOILETTE** ► ☞ El paciente hace uso de sanitarios pero requiere de supervisión. Puede requerir de ayuda para completar la acción. Ej: abrocharse botón, alcanzar papel o prendas caídas (puede usar barras). **(3 pts)**
- SUBIR Y BAJAR ESCALERAS** ► ☞ El paciente sube y baja escaleras en forma alternada tomado de pasamanos con ayuda o supervisión de un tercero. **(3 pts)**
- CONTROL DE INTEST. Y VEJIGA** ► ☞ El paciente puede utilizar aparatos externos (chatas, papagayos) puede requerir ayuda para su alcance. También debe utilizar papel higiénico. Los que realizan cateterismo deben hacerlo en forma independiente. **(4 pts)**

*Silla de ruedas.

TRANSFERENCIA ► ☞ El paciente debe realizar en forma independiente y sin correr riesgos todos los pasos para transferirse a una cama, silla común y a silla de ruedas. **(3 pts)**

VESTIDO ► ☞ Debe colocarse prendas de tren inferior, puede valerse de dispositivos, también debe colocarse equipamiento de tren inferior si posee. **(1 pto)**

☞ El paciente debe manejar las siguientes prendeduras en cualquier ubicación que se encuentre: nudos de zapatos, prender corpiño, nudo corbata, cierres traseros, enganchar cierres, realizar moños. Se da por aprobado aquel que logra como mínimo dos de las descritas. **(1 pto)**

☞ El paciente debe vestirse y desvestirse y poder tomar las prendas fuera de su alcance puede utilizar dispositivos de ayuda. Ej: si está en la cama alcanzar del placard o silla. **(1 pto)**

ASEO PERSONAL

Y BAÑARSE

► ☞ Debe realizar el punto 7- sin custodia. **(1 pto)**

☞ Debe ser capaz de trasladarse ingresar, alcanzar objetos fuera de su alcance y egresar. **(2 pts)**

ALIMENTACIÓN

► ☞ El paciente puede cortar todo tipo de alimento, puede valerse de adaptaciones. **(1 pto)**

☞ El paciente debe abrir botella sellada y servirse de la misma. **(1 pto)**

☞ El paciente debe ser capaz de alcanzar alimentos y objetos fuera de su alcance. **(1 pto)**

☞ El paciente debe ser capaz de realizar todas las acciones que componen la alimentación. **(1 pto)**

DESPLAZAMIENTO

► ☞ Camina en forma segura mas de 45 mts sin supervisión ni custodia puede valerse de ayuda marcha no con andador. **(5 pts)**

SENTARSE Y SALIR

DEL TOILETTE

► ☞ El paciente es capaz de ingresar, transferirse, abrocharse y desabrocharse ropa, usar el sanitario sin ayuda de un tercero, requiriendo solo de custodia. Puede usar barra de pared. **(3 pts)**

☞ Debe realizar el punto 5 en forma independiente y sin correr riesgos. **(2 pts)**

SUBIR Y BAJAR

ESCALERAS

► ☞ El paciente debe ser capaz de subir y bajar un piso de escalera en forma independiente y sin peligro. Puede valerse del pasamanos. Debe poder cargar ayuda marcha si es que utiliza. **(4 pts)**

**CONTROL DE
INTEST. Y VEJIGA**

► ☞ El paciente es capaz de controlar su vejiga de noche y de día, los que utilizan bolsa de pierna ponérsela, vaciarla y limpiarla solo, mantenerse secos 24 horas. **(5 pts)**

☞ Controlar sus intestinos. Aplicar supositorios y enemas para aquellos que fueron entrenados. **(5 pts)**

CATEGORÍA "NIVELES DE DESEMPEÑO"

Nivel 1: (0-32.50) Paciente que está en una etapa de ejecución de acciones simples y preliminares.

Nivel 2: (33-63.50) Paciente que está en una etapa intermedia. Logra realizar acciones básicas e intermedias, aún requiriendo de supervisión.

Nivel 3: (64-100) Paciente que está en una etapa de ejecución óptima de las actividades realizándolas en su mayoría en forma independiente.

Variable Independiente:

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA PATOLOGÍA

➤ Hasta 5 años de evolución	0 – 10	meses
(de 0 a 60 meses)	11 – 20	meses
	21 – 30	meses
	31 – 40	meses
	41 – 50	meses
	51 – 60	meses
➤ De 5 a 10 años de evolución	61 – 70	meses
(de 60 a 120 meses)	71 – 80	meses
	81 – 90	meses
	91 – 100	meses
	101 – 110	meses
	111 - 120	meses

Variables Intervinientes:

- **EDAD** (en años)

- **SEXO** Femenino

Masculino

- **SITUACIÓN LABORAL:**

- **Desocupado:** (los que no trabajan por mas de 6 meses)
- **Ocasional:** (los que trabajan menos de 35 horas semanales)
- **Permanente:** (los que trabajan mas de 35 horas semanales)

- OCUPACIÓN: Estudiante

Ama de casa

Oficio

Profesional

Otros

- NIVEL DE EDUCACIÓN: Primaria: completa
incompleta
Secundaria: completa
incompleta
Terciaria: completa
incompleta
Universitaria: completa
incompleta

Otros:

- ESTADO CIVIL: Soltero

Unión de hecho (Convivencia sin contrato matrimonial)

Casado

Divorciado

-TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL NO
SI *

*Se considera que recibió tratamiento de Terapia Ocupacional si asistió a un mínimo de 10 sesiones.

TÉCNICA DE MEDICIÓN:

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOATENCIÓN. (E.N.A.)

1) TRANSFERENCIAS

➤ NIVEL I

1) El paciente debe ser capaz de indicar a un tercero la ubicación correcta de su cuerpo y silla de ruedas para iniciar su transferencia, como así también el acondicionamiento de la misma (apoyapies, frenos, etc.) (2 puntos)

2) El paciente logra sentarse en la cama con la asistencia de otra persona, quedan excluidos aquellos que requieran de máxima asistencia para los cambios posturales. (2 puntos)

3) En este punto se evalúa la capacidad de incorporarse. El paciente colabora se acepta el uso de accesorios (triángulos, soga, barra, etc.) (2 puntos)

➤ NIVEL II

4) El paciente debe ser capaz de acomodar su cuerpo y acondicionar la silla de ruedas para realizar la transferencia se acepta una sola falla por olvido o imposibilidad. Ej. : no colocar un freno, no mover un apoyo pies. (3 puntos)

5) El paciente debe incorporarse con ayuda e iniciar movimiento de pivoteo hasta silla o cama. (3 puntos)

➤ **NIVEL III**

6) El paciente debe realizar en forma independiente y sin correr riesgos todos los pasos para transferirse a una cama, silla común y a silla de ruedas. (3 puntos)

2) VESTIDO

➤ NIVEL I

1) El paciente debe reconocer las prendas y saber a que parte del cuerpo corresponde. Como así también su parte delantera, trasera, el derecho y el revés de las mismas. (1 punto)

2) Puede sacarse al menos una prenda del tren superior (remera, saco, camisa) Dentro del ítem queda incluido el equipamiento de tren superior (sling, etc.) Se acepta para su aprobación la supervisión a través de indicación verbal pero no la asistencia. (1 punto)

3) Puede quitarse calzado de ambos pies con o sin dispositivos de ayuda. Queda incluido el equipamiento de tren inferior, si posee. (0,50 puntos)

4) Ídem medias. No incluye para mujeres las medias enteras. (0,50 puntos)

5) El paciente debe ser capaz de abotonarse, desabotonarse, subir y bajar cierres (no engancharlos), separar velcros. No se incluyen botones chicos ni de mangas. (0,50 puntos)

➤ **NIVEL II**

6) El paciente debe colocarse por lo menos una prenda de tren superior en forma independiente aceptándose la supervisión. Debe conocer forma de colocarse equipamiento de tren superior. (1 punto)

7) Debe colocarse ambos zapatos, puede valerse de dispositivos. No se incluye ajuste de cordones o hebillas u otros accesorios. También debe conocer forma de colocarse equipamiento de tren inferior. (1 punto)

8) Debe colocarse ambas medias, puede valerse de dispositivos. (quedan excluidas medias de nylon o enteras. (0,50 puntos)

9) Puede quitarse prendas de tren inferior incluye desabotonar, bajar cierres y otras prendeduras. (1 punto)

➤ **NIVEL III**

10) Debe colocarse prendas de tren inferior, puede valerse de dispositivos, también debe colocarse equipamiento de tren inferior si posee. (1 punto)

11) El paciente debe manejar las siguientes prendeduras en cualquier ubicación que se encuentre: nudos de zapatos, prender corpiño, nudo corbata, cierres traseros, enganchar cierres, realizar moños. Se da por aprobado aquel que logra como mínimo dos de las descritas. (1 punto)

12) El paciente debe vestirse y desvestirse y poder tomar las prendas fuera de su alcance puede utilizar dispositivos de ayuda. Ej.: si está en la cama alcanzar del placard o silla.

(1 punto)

3) ASEO PERSONAL Y BAÑARSE

➤ NIVEL I

- 1) El paciente debe reconocer los objetos pertinentes y su correcto uso. (1 punto)

- 2) Debe lavarse y secarse manos y cara. (1 punto)

- 3) Peinado y cepillado completo de dientes, en forma independiente. (1 punto)

- 4) El paciente debe realizar su higiene mayor sentado y colaborar en el enjabonado de tronco, MMSS y cabeza. Puede hacer uso de adaptaciones si lo requiere. (1 punto)

➤ NIVEL II

- 5) El paciente debe poder manejar grifos con o sin adaptación. (1 punto)

- 6) El paciente debe ser capaz de afeitarse utilizando cualquier tipo de máquina. Las mujeres deben ser capaces de maquillarse y depilarse (con máquina, pinza) (1 punto)

- 7) El paciente debe ser capaz de alternar con bipedestación. Enjabonando, enjuagando y secando todo su cuerpo, También debe lavar su cabeza. No incluye traslado y transferencias. Se acepta supervisión o custodia. (1 punto)

➤ **NIVEL III**

8) Debe realizar el punto 7- sin custodia. (1 punto)

9) Debe ser capaz de trasladarse ingresar, alcanzar objetos fuera de su alcance y egresar. (2 puntos)

4) ALIMENTACIÓN

➤ NIVEL I

1) El paciente debe reconocer utensilios por uso y función y organizar los mismos sobre la mesa en forma adecuada. (1 punto)

2) El capaz de paciente debe ser tomar y manejar la cuchara el tenedor, puede valerse de adaptaciones si lo requiere. No se evalúa el manejo del cuchillo pero sí su toma. (1 punto)

3) Beber líquido de un vaso común o adaptado. (1 punto)

➤ NIVEL II

4) El paciente debe ser capaz de cortar alimentos blandos y semiduros Ej.: albóndigas, tortilla, tartas, postres, pastas, etc. Puede valerse de adaptaciones. (1 punto)

5) El paciente debe desenroscar una tapa de botella (no sellada) y servirse en un vaso no necesariamente debe estar completa la botella. También debe servirse de jarra. (1 punto)

6) El paciente debe ser capaz de untar pan y galletitas, como así también pelar alimentos. (puede valerse de adaptaciones) (1 punto)

➤ **NIVEL III**

7) El paciente puede cortar todo tipo de alimento, puede valerse de adaptaciones.

(1 punto)

8) El paciente debe abrir botella sellada y servirse de la misma.

(1 punto)

9) El paciente debe ser capaz de alcanzar alimentos y objetos fuera de su alcance.

(1 punto)

10) El paciente debe ser capaz de realizar todas las acciones que componen la alimentación.

(1 punto)

5) DESPLAZAMIENTO

➤ NIVEL I

- 1) El paciente debe posicionar sus miembros e iniciar movimiento de silla de ruedas.
- 2) Puede requerir asistencia en el inicio de la acción. (1* punto)
- 3) Debe desplazarse hasta 10 mts con supervisión no debe evidenciar signos de fatiga. (1* punto)
- 4) El paciente bipedesta, y realiza desplazamientos cortos puede valerse de ayuda marcha y supervisión. (5 puntos)

➤ NIVEL II

- 5) El paciente debe caminar 45 mts. con ayuda o supervisión puede valerse de ayuda marcha. (4 puntos)
- 6) Maneja silla de ruedas mas de 45 mts. con supervisión. (6* puntos)
- 7) El paciente debe retroceder, girar acomodarse en una mesa, lavatorio, sortear obstáculos. (2* puntos)
- 8) El paciente debe poder dar pasos hacia atrás, girar, hacer pasos laterales y poder ubicarse en la mesa. (1 punto)

➤ **NIVEL III**

9) Camina en forma segura mas de 45 mts. sin supervisión ni custodia puede valerse de ayuda marcha no con andador. (5 puntos)

* SILLA DE RUEDAS.

6) SENTARSE Y SALIR DEL TOILETE

➤ NIVEL I

1) El paciente debe ser capaz de reconocer los elementos pertinentes e indicar a un tercero en que acciones debe asistirlo. (0,50 puntos)

2) El paciente logra una transferencia asistida por un tercero al sanitario; y requiere asistencia para mantenerse en bipedestación. (0,50 puntos)

3) El paciente requiere de un tercero para quitarse y colocarse prendas e higienizarse genitales y/o uso de papel higiénico. (1 puntos)

➤ NIVEL II

4) El paciente hace uso de sanitarios pero requiere de supervisión. Puede requerir de ayuda para completar la acción. Ej.: abrocharse botón, alcanzar papel o prendas caídas (puede usar barras). (3 puntos)

➤ NIVEL III

5) El paciente es capaz de ingresar, transferirse, abrocharse y desabrocharse ropa, usar el sanitario sin ayuda de un tercero, requiriendo solo de custodia. Puede usar barra de pared. (3 puntos)

6) Debe realizar el punto 5 en forma independiente y sin correr riesgos. (2 puntos)

7) SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

➤ NIVEL I

1) El paciente es capaz de subir y bajar escaleras, escalón por escalón. Puede valerse de pasamanos, bastones muletas o ayuda de un tercero. (3 puntos)

➤ NIVEL II

2) El paciente sube y baja escaleras en forma alternada tomado de pasamanos con ayuda o supervisión de un tercero. (3 puntos)

➤ NIVEL III

3) El paciente debe ser capaz de subir y bajar un piso de escalera en forma independiente y sin peligro. Puede valerse del pasamanos. Debe poder cargar ayuda marcha si es que utiliza. (4 puntos)

8) CONTROL DE INTESTINOS Y VEJIGA

> NIVEL I

1) El paciente es capaz de reconocer la sensación y avisar a un tercero para su asistencia. (3 puntos)

2) El paciente es capaz de avisar la necesidad de ser cambiado y colaborar en dicha acción. (3 puntos)

> NIVEL II

3) El paciente puede utilizar aparatos externos (chatas, papagayos) puede requerir ayuda para su alcance. También debe utilizar papel higiénico. Los que realizan cateterismo deben hacerlo en forma independiente. (4 puntos)

> NIVEL III

4) El paciente es capaz de controlar su vejiga de noche y de día, los que utilizan bolsa de pierna ponérsela, vaciarla y limpiarla solo, mantenerse secos 24 horas. (5 puntos)

5) Controlar sus intestinos. Aplicar supositorios y enemas para aquellos que fueron entrenados. (5 puntos)

OBJETIVO GENERAL:

- Determinar el nivel de autoatención en pacientes con artritis reumatoidea según el tiempo de evolución de la patología.

OBJETIVO ESPECÍFICO:

- Identificar la habilidad del paciente para vestirse, alimentarse, asearse, transferirse, desplazarse, subir – bajar escaleras, uso del toilette, control de intestino y vejiga.
 - Categorizar el nivel de desempeño del paciente para vestirse.
 - Categorizar el nivel de desempeño del paciente para alimentarse.
 - Categorizar el nivel de desempeño del paciente para asearse.
 - Categorizar el nivel de desempeño del paciente para transferirse.
 - Categorizar el nivel de desempeño del paciente para desplazarse.
 - Categorizar el nivel de desempeño del paciente para subir- bajar escaleras.
 - Categorizar el nivel de desempeño del paciente para hacer uso del toilette.
 - Categorizar el nivel de desempeño del paciente para controlar intestino y vejiga.

- TIPO DE ESTUDIO

Es un estudio Exploratorio Descriptivo.

- TIPO DE DISEÑO

Es un diseño No Experimental, Retro prospectivo y Transversal.

- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

El orden para llevar a cabo esta investigación fue el siguiente:

1. Se seleccionó la muestra, a partir de la lectura de fichas personales de pacientes.
2. Se entrevistó telefónicamente a cada uno de los pacientes de la muestra, para explicar el propósito de la evaluación y acordar fecha, hora.
3. Se administró la Evaluación del Nivel de Autoatención (E.N.A.)
4. Se analizaron los datos obtenidos.

- PACIENTES

- Universo de estudio:

El universo de estudio estuvo compuesto por pacientes adultos, hombres y mujeres, con artritis reumatoídea que concurrieron a tratamiento a un Consultorio particular de la ciudad de Mar del Plata, durante el período agosto 2001 hasta agosto 2002

- Muestra:

Se estudió una muestra compuesta por 40 pacientes, de ambos sexos, mayores de 30 años de edad; divididos en dos grupos de 20 pacientes cada uno, de acuerdo al tiempo de evolución de la patología.

GRUPO 1: Pacientes cuyo tiempo de evolución fue hasta 5 años (comprende desde 0 a 60 meses inclusive)

GRUPO2: Pacientes cuyo tiempo de evolución fue entre 5 y 10 años (comprende desde 61 a 120 meses inclusive)

- MÉTODO

- Selección de la muestra:

De esta población se extrajo una muestra No Aleatoria mediante un procedimiento intencional fundamentado en un doble conjunto de criterios de inclusión y exclusión.

Se verificaron fichas personales y se entrevistaron a los pacientes.

- Criterios de Inclusión:

- Pacientes con Diagnóstico médico de Artritis Reumatoidea.
- En período de remisión de síntomas.
- Cuya evolución de la patología es hasta 10 años.
- Mayores de 30 años de edad.
- De cualquier sexo.
- Consentimiento informado en forma verbal.

- Criterios de exclusión:

- Pacientes en período de exacerbación de síntomas.
- Más de 10 años de evolución de la patología.
- Menores de 30 años de edad.
- Que presenten patologías asociadas (Accidente Cerebrovascular, Lupus Eritematoso Sistémico, Artritis Psoriásica, Esclerodermia)

- Criterios temporoespaciales:

Se evaluaron en el consultorio a partir del 21/10/02 hasta que se logró el tamaño de la muestra especificada.

- Técnicas de Recolección de datos (Instrumentos utilizados) :

a. Entrevista semi-estructurada

Recabó los siguientes datos: filiatorios, ocupación, diagnóstico, tiempo de evolución de la patología, nivel de educación, asistencia o no a tratamiento de terapia ocupacional.

b. Evaluación del Nivel de Autoatención (E.N.A.)

Instrucciones para aplicar la E.N.A.:

- a. Esta ficha debe ser utilizada cada vez que se quiera evaluar el nivel de desempeño del paciente en su autoatención.
- b. No necesariamente debe ser tomada por el mismo profesional.
- c. Debe ser tomada en los escenarios cotidianos o los más familiar posible.
- d. Antes de iniciar se debe explicar al paciente en que consiste la evaluación y su objetivo.

- e. En la evaluación se debe se debe registrar lo que el paciente hace no lo que el paciente podría hacer. Estos datos se recaban del paciente y se cotejan con enfermería/ familiar.
- f. La forma de registrar las acciones realizadas es a través de un circulo, dejando en blanco aquellas que no puede realizar.
- g. Todas aquellas acciones que no son necesarias de evaluar por encontrarse el paciente en un nivel mas avanzado, son tomadas como válidas o sea que no queda ninguna acción como No Evaluable. Ej.: control intestino y vejiga Nivel 1 punto 2 (el paciente es capaz de avisar la necesidad de ser cambiado y colaborar en dicha acción. Si el paciente ya concurre en forma independiente y aún cuando nunca necesitó de éste servicio se debe marcar como válida.
- h. Si el paciente no logra ninguna acción del nivel 1, no se debe descartar la posibilidad que realice alguna del nivel 2.
- i. Esta ficha fue aplicada en pacientes con patologías neurológicas y ortopédicas.
- j. En el ítem desplazamientos los pacientes deben ser evaluados en silla de ruedas (*) o caminando, nunca ambas.
- k. El puntaje se logra a través de la sumatorias parciales de cada ítem. La sumatoria de todos los puntajes finales de cada área nos da el puntaje total final: Nivel de desempeño en su autoatención.
- l. Se entiende por asistencia: cualquier tipo de requerimiento, intervención de otra persona. Requiere mayor participación de un tercero que del paciente. Ej.: indicación verbal, asistencia manual.

- m. Se entiende por ayuda / colabora: El paciente trabaja con un tercero para la realización de un ítem. Se observa una participación conjunta y pareja entre el paciente y la otra persona.
- n. Se entiende por independiente: el paciente esta preparado en condiciones físicas y mentales de realizar la acción sin requerir de ningún tipo de supervisión o custodia. Involucra no solo la actitud de poder sino de querer (iniciativa).
- o. Se entiende por dependiente: El paciente está bajo la subordinación de otra persona.
- p. Se entiende por supervisión: El paciente requiere de una persona que revise la realización del trabajo. Es necesaria cuando la acción o items no esta totalmente aprendido.
- q. Se entiende por custodia: el paciente requiere de una persona o escolta en el momento de realizar la acción, la misma no participa, actúa como observadora y preventiva.
- r. Fuera de su alcance: Se refiere a los elementos que estén ubicados en cualquier sitio del ambiente donde se encuentra el paciente (armarios, estantes, mesa de luz)
- s. Signos de fatiga: Presencia de sudoración, enrojecimiento de mejillas, falta de fuerza, taquicardia, agitación.
- t. Correr riesgos / peligro: Exponerse a cualquier contratiempo que dañe o produzca algún tipo de lesión. (perder la estabilidad, torpeza, apuro en la realización de las acciones)

- u. Desplazamientos cortos: se refiere a los desplazamientos que se realizan entre 1 a 2 metros (dormitorio, baño)
- v. Sortear obstáculos: capacidad para evitar o esquivar lo que estorba el paso (mobiliario, equipamiento, objetos)

La E.N.A. consta de 8 ítems desglosados en acciones graduadas de más simples a más complejas categorizándolas en tres niveles de desempeño. Cualquier actividad que deba realizarse se analiza descomponiéndola en sus componentes más simples y los ejercicios o la terapéutica que se seleccionan aumentarán la capacidad de los pacientes para realizar cada uno de los componentes del movimiento hasta que puedan realizar la actividad completa.

A cada acción le corresponde un puntaje parcial, la sumatoria final nos da el índice de independencia discriminado.

El puntaje total es 100, que corresponde al desempeño totalmente independiente.

Se consideran los siguientes niveles de desempeño:

“NIVEL I 0-32,50 Paciente que esta en una etapa de ejecución de acciones simples y preliminares.

NIVEL II 33-63,50 Paciente que esta en una etapa intermedia. Logra realizar acciones básicas e intermedias, aún requiriendo de supervisión.

NIVEL III 64-100 Paciente que esta en una etapa de ejecución óptima de las actividades realizándolas en su mayoría en forma independiente”.⁹

⁹ DE CILLIS, M. V : “*Instrumento de evaluación en terapia ocupacional. Concordancia entre observadores de la evaluación “E.N.A.”*”. Tesis. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina. 2000. Pág. 19.

c- Análisis de datos:

Los datos recolectados fueron volcados en una base de datos del programa Microsoft Excel. Se realizó un análisis de tipo descriptivo mediante porcentaje, promedio, mediana, tablas de doble entrada, gráficos de barras y gráficos sectoriales.

1. EVALUACIÓN DE AUTOATENCIÓN (E.N.A.)

a. PROTOCOLO

b. FICHA DE EVALUACIÓN

2. PLANILLA DE TRABAJO

a. PROTOCOLO

- 1) Esta ficha debe ser utilizada cada vez que se quiera evaluar el nivel de desempeño del paciente en su autoatención.
- 2) No necesariamente debe ser tomada por el mismo profesional.
- 3) Debe ser tomada en los escenarios cotidianos o los más familiar posible.
- 4) Antes de iniciar se debe explicar al paciente en que consiste la evaluación y su objetivo.
- 5) En la evaluación se debe se debe registrar lo que el paciente hace no lo que el paciente podría hacer. Estos datos se recaban del paciente y se cotejan con enfermería/ familiar.
- 6) La forma de registrar las acciones realizadas es a través de un circulo, dejando en blanco aquellas que no puede realizar.
- 7) Todas aquellas acciones que no son necesarias de evaluar por encontrarse el paciente en un nivel mas avanzado, son tomadas como válidas o sea que no queda ninguna acción como No Evaluable. Ej.: control intestino y vejiga Nivel 1 punto 2 (el paciente es capaz de avisar la necesidad de ser cambiado y colaborar en dicha acción) Si el paciente ya concurre en forma independiente y aún cuando nunca necesitó de éste servicio se debe marcar como válida.
- 8) Si el paciente no logra ninguna acción del nivel 1, no se debe descartar la posibilidad que realice alguna del nivel 2.
- 9) Esta ficha fue aplicada en pacientes con patologías neurológicas y ortopédicas.

- 10) En el ítem desplazamientos los pacientes deben ser evaluados en silla de ruedas (*) o caminando, nunca ambas.
- 11) El puntaje se logra a través de la sumatorias parciales de cada ítem. La sumatoria de todos los puntajes finales de cada área nos da el puntaje total final: Nivel de desempeño en su autoatención.
- 12) Se entiende por asistencia: cualquier tipo de requerimiento, intervención de otra persona. Requiere mayor participación de un tercero que del paciente. Ej.: indicación verbal, asistencia manual.
- 13) Se entiende por ayuda / colabora: El paciente trabaja con un tercero para la realización de un ítem. Se observa una participación conjunta y pareja entre el paciente y la otra persona.
- 14) Se entiende por independiente: el paciente esta preparado en condiciones físicas y mentales de realizar la acción sin requerir de ningún tipo de supervisión o custodia. Involucra no solo la actitud de poder sino de querer. (iniciativa)
- 15) Se entiende por dependiente: El paciente está bajo la subordinación de otra persona.
- 16) Se entiende por supervisión: El paciente requiere de una persona que revise la realización del trabajo. Es necesaria cuando la acción o items no esta totalmente aprendido.
- 17) Se entiende por custodia: el paciente requiere de una persona o escolta en el momento de realizar la acción, la misma no participa, actúa como observadora y preventiva.

- 18) Fuera de su alcance: Se refiere a los elementos que estén ubicados en cualquier sitio del ambiente donde se encuentra el paciente (armarios, estantes, mesa de luz)
- 19) Signos de fatiga: Presencia de sudoración, enrojecimiento de mejillas, falta de fuerza, taquicardia, agitación.
- 20) Correr riesgos / peligro: Exponerse a cualquier contratiempo que dañe o produzca algún tipo de lesión. (perder la estabilidad, torpeza, apuro en la realización de las acciones)
- 21) Desplazamientos cortos: se refiere a los desplazamientos que se realizan entre 1 a 2 metros (dormitorio, baño)
- 22) Sortear obstáculos: capacidad para evitar o esquivar lo que estorba el paso (mobiliario, equipamiento, objetos)

b- FICHA DE EVALUACIÓN:

“EVALUACION DEL NIVEL DE AUTOATENCION (E.N.A.)”

CASO:		OBSERVADOR:		
NOMBRE:				
EDAD:		H.C:	T.E:	
DIAGNOSTICO:				
ETIOLOGIA:		F.ENF.		
ACTIVIDAD:	NIVEL I	NIVEL II	NIVEL III	TOTAL
TRANSFERENCIA	2 2 2	3 3	3	
VESTIDO	1 1 0.5 0.5 0.5	1 1 0.5 1	1 1 1	
ASEO PERSONAL	1 1 1 1	1 1 1	1 2	
ALIMENTACIÓN	1 1 1	1 1 1	1 1 1 1	
DESPLAZAMIENTO	1* 1* 5	4 6* 2* 1	5	
USO DE TOILETTE	0.5 0.5 1	3	3 2	
SUBIR / BAJAR ESCAL.	3	3	4	
CONTROL DE INT / VEJIG	3 3	4	5 5	
			TOTAL:	
NIVEL:				
OBSERVACIONES:				

PLANILLA DE TRABAJO

PTE. NRO.	NOMBRE	EDAD	SEXO		TIEMPO DE EVOLUCIÓN												SIT. LABORAL			OCUPACION					NIVEL DE EDUCACION														
			1	2	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	1	2	3	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	6	7	8	9						

PLANILLA DE TRABAJO

ESTADO CIVIL				TRAT. T. O.		TRANSFERENCIA			VESTIDO			ASEO PERSONAL			ALIMENTACIÓN			DESPLAZAMIENTO			
1	2	3	4	1	2	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	1	2	3	

PLANILLA DE TRABAJO

USO DEL TOILETTE			SUBIR Y BAJAR ESCALERAS			CONTROL DE INTESTINOS Y VEJIGA			FECHA	TELÉFONO
1	2	3	1	2	3	1	2	3		

PLANILLA DE TRABAJO:

REFERENCIAS:

- Edad: (en años)

- Sexo: 1: Femenino

2: Masculino

- Tiempo de evolución de la patología:

- | | | | |
|-------------------------------|-----|-----------|-------|
| ➤ Hasta 5 años de evolución | 1: | 0 – 10 | meses |
| (de 0 a 60 meses) | 2: | 11 – 20 | meses |
| | 3: | 21 – 30 | meses |
| | 4: | 31 – 40 | meses |
| | 5: | 41 – 50 | meses |
| | 6: | 51 – 60 | meses |
| ➤ De 5 a 10 años de evolución | 7: | 61 – 70 | meses |
| (de 60 a 120 meses) | 8: | 71 – 80 | meses |
| | 9: | 81 – 90 | meses |
| | 10: | 91 – 100 | meses |
| | 11: | 101 – 110 | meses |
| | 12: | 111 – 120 | meses |

- **Situación Laboral:** 1: Desocupado
 - 2: Ocasional
 - 3: Permanente

- **Ocupación:** 1: Estudiante
 - 2: Ama de casa
 - 3: Oficio
 - 4: Profesional
 - 5: Otros

- **Nivel de educación:** 1: Primaria completa
 - 2: Primaria incompleta
 - 3: Secundaria completa
 - 4: Secundaria incompleta
 - 5: Terciaria completa
 - 6: Terciaria incompleta
 - 7: Universitaria completa
 - 8: Universitaria Incompleta
 - 9: Otros:

- **Estado Civil:** 1: Soltero
 - 2: Unión de hecho
 - 3: Casado
 - 4: Divorciado

-Tratamiento de Terapia Ocupacional: 1: NO

2: SI *

* Se considera que recibió a tratamiento de Terapia Ocupacional si asistió a un mínimo de 10 sesiones.

- Transferencia: 1: 0 a 6 puntos

2: 0 a 6 puntos

3: 0 a 3 puntos

- Vestido: 1: 0 a 3.5 puntos

2: 0 a 3.5 puntos

3: 0 a 3 puntos

- Aseo Personal: 1: 0 a 4 puntos

2: 0 a 3 puntos

3: 0 a 3 puntos

- Alimentación: 1: 0 a 3 puntos

2: 0 a 3 puntos

3: 0 a 4 puntos

- Desplazamiento: 1: 0 a 2* / 0 a 5 puntos

2: 0 a 8* / 0 a 5 puntos

3: 0 a a* / 0 a 5 puntos

- Uso del Toilete: 1: 0 a 2 puntos

2: 0 a 3 puntos

3: 0 a 5 puntos

- Subir / Bajar escaleras: 1: 0 a 3 puntos

2: 0 a 3 puntos

3: 0 a 4 puntos

- Control de Intestino y vejiga: 1: 0 a 6 puntos

2: 0 a 4 puntos

3: 0 a 10 puntos

ANÁLISIS DE DATOS

Se realizó un análisis descriptivo de las variables edad, sexo, tiempo de evolución, situación laboral, nivel de educación, estado civil, tratamiento de terapia ocupacional, Nivel de autoatención, cada una de las actividades evaluadas a través de la ENA (transferencia, vestido, aseo personal, alimentación, desplazamiento, uso de toilette, subir y bajar escaleras, control de intestino y vejiga.); y cada uno de los ítem correspondientes a cada actividad.

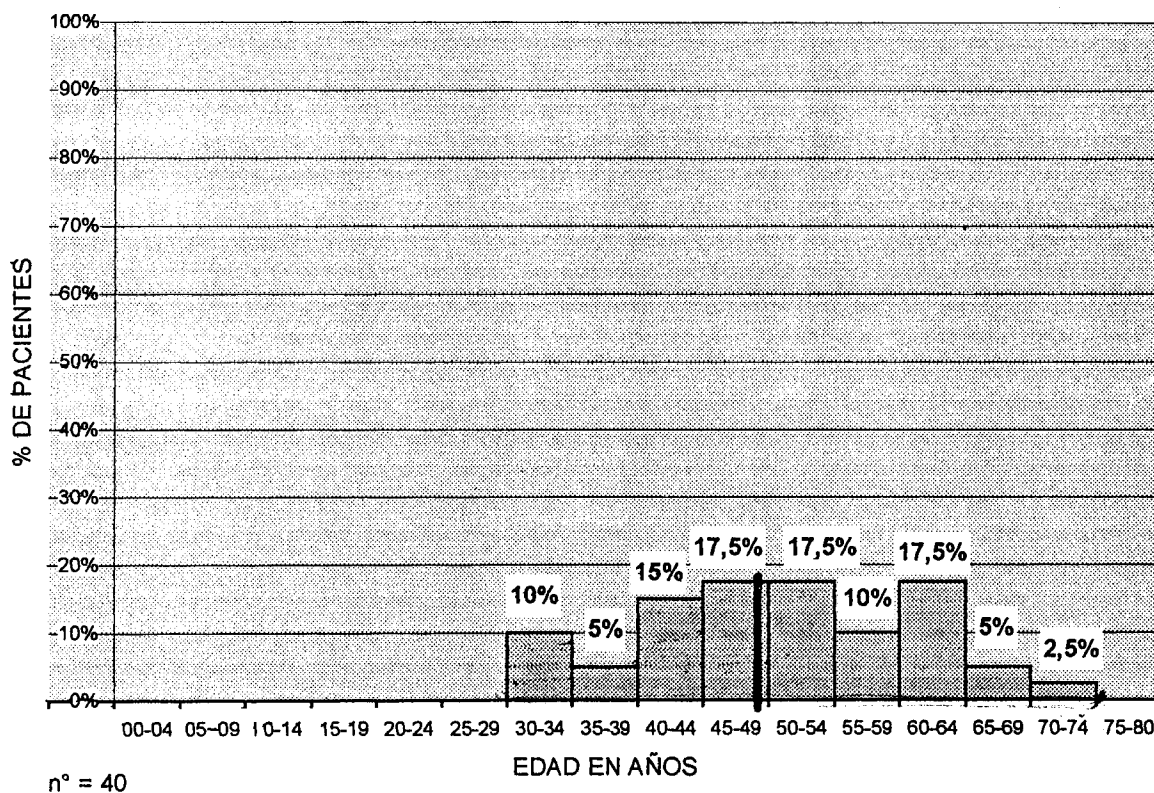
RESULTADOS

Análisis de los datos sobre la Muestra (n = 40)

En el presente estudio, el Promedio Aritmético de la Edad de los pacientes fue igual a 49,8 años (Gráfico N°1); con una Mediana de 50; y un Rango de 30 – 74 años.

Gráfico N°1:

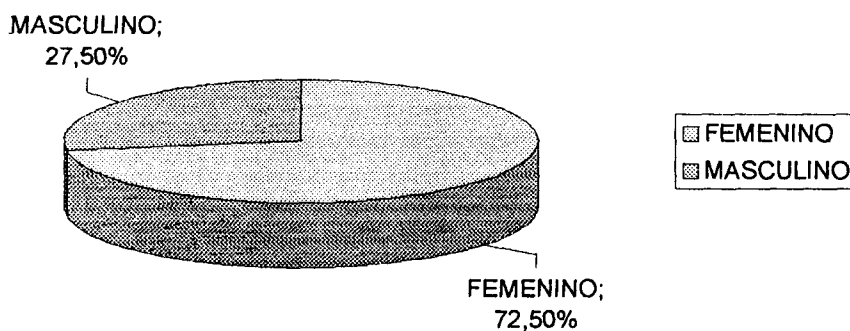
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR EDAD EN AÑOS, DE PACIENTES CON AR QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.



En el (Gráfico N° 1) se observa que del total de la muestra el mayor porcentaje de pacientes por edad en años, se encuentran en los intervalos 45-49, 50-54 y 60-64 años (17, 5%), en el intervalo 40-44 años (15%), 30-34 y 55-59 años (10%), 35-39 y 65-69 años (5%) y el intervalo con menor porcentaje es 70-74 años (2, 5%).

Gráfico N°2:

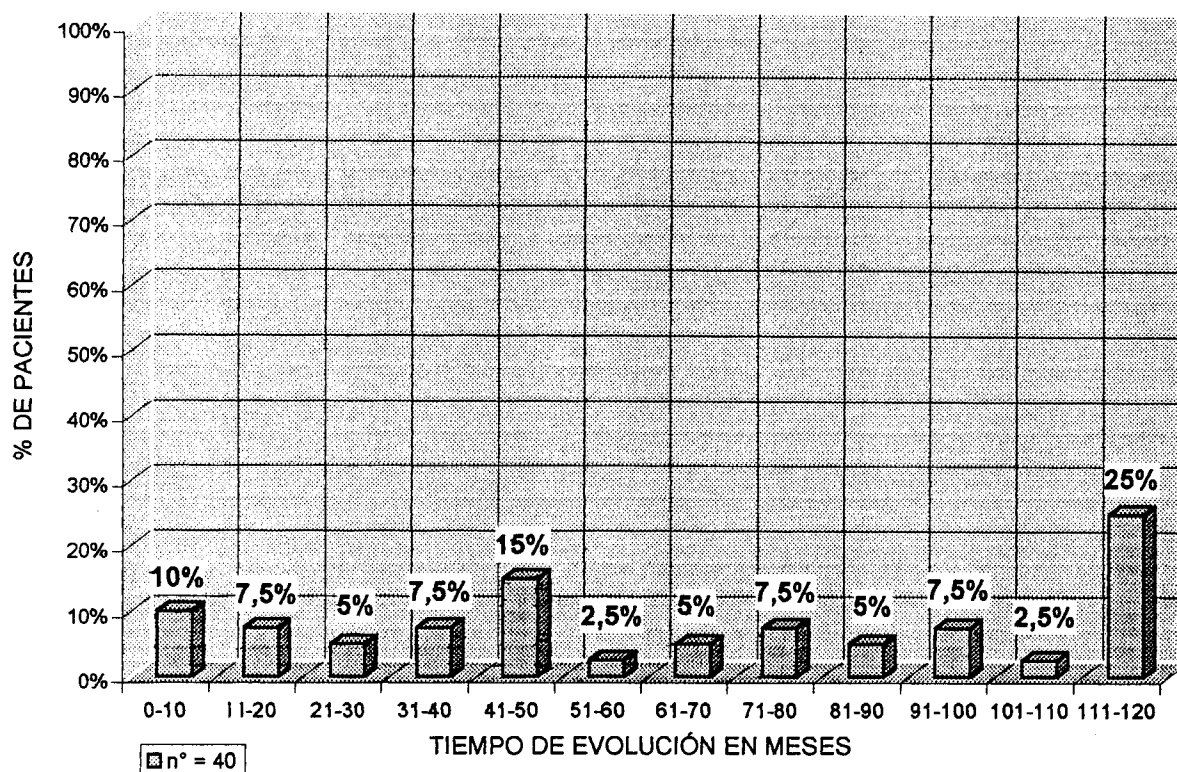
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SEXO DE PACIENTES CON AR QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.



En el (Gráfico N° 2) se observa que del total de pacientes que conformaron la muestra, el mayor porcentaje fueron mujeres (72, 5 %) y el (27, 5%) hombres.

Gráfico N°3:

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA AR DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.

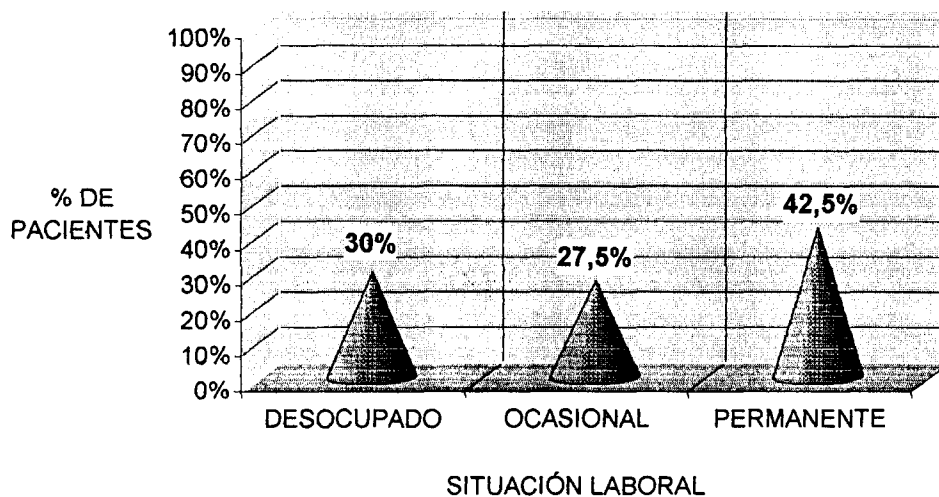


La Evolución en Meses de la AR, arrojó un Promedio Aritmético de 3, 3 meses; la Mediana de 3 y un Rango de 0 a 120 meses de evolución.

En el (Gráfico N° 3), se observa que en el intervalo 111-120 meses de evolución se encuentra el mayor número de pacientes (25%, n = 10), le sigue el intervalo 41-50 meses con (15%, n = 6), 0-10 meses (10%, n = 4) y el resto de pacientes distribuidos en el resto de los intervalos.

Gráfico N°4:

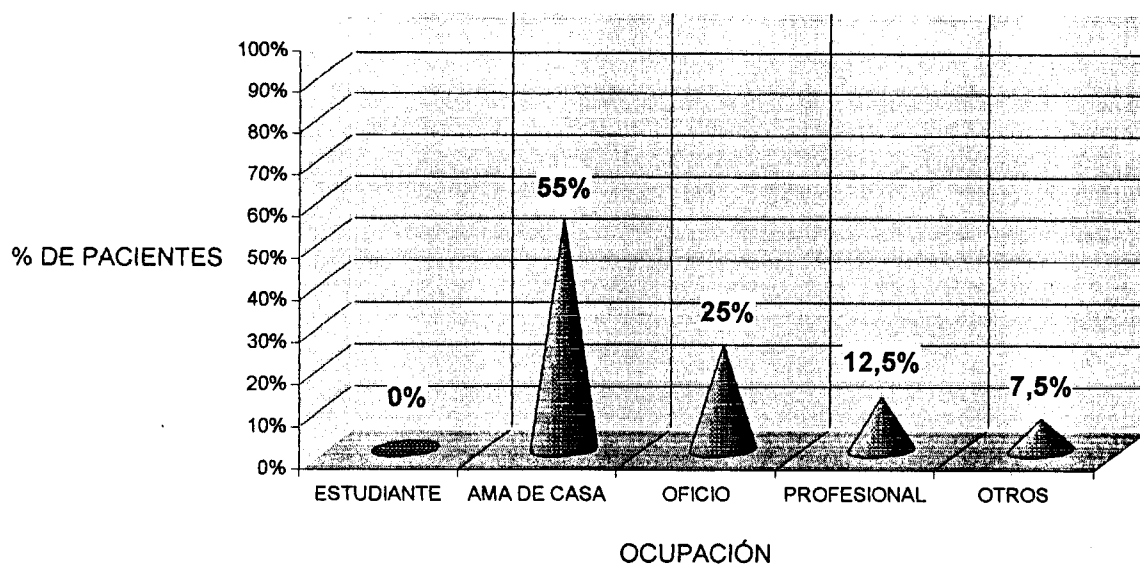
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN SITUACIÓN LABORAL DE PACIENTES CON AR QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.



La distribución de pacientes según la Situación Laboral (Gráfico N° 4), mostró los siguientes valores: (42,5%, n = 17) trabajo permanente, (30%, n = 12) fueron desocupados, (27,5%, n = 11) trabajo ocasional.

Gráfico N°5:

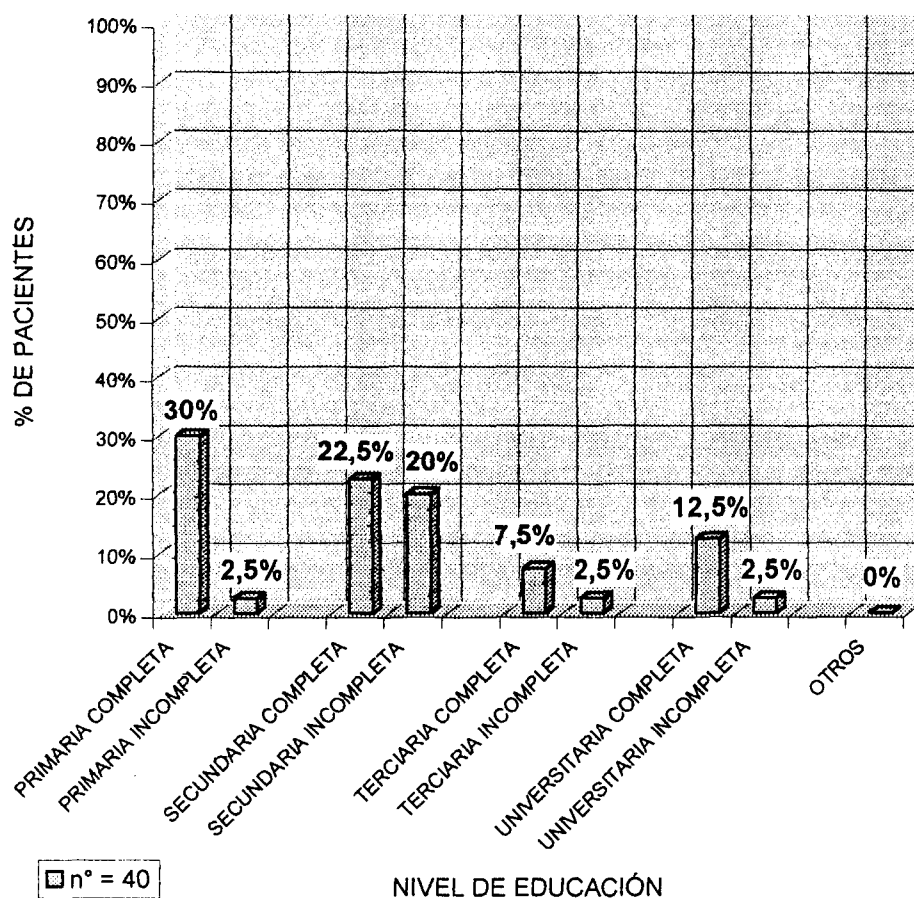
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA DE ACUERDO A LA OCUPACIÓN DE PACIENTES CON AR QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.



La distribución por Ocupación (Gráfico N° 5), la mayor cantidad de los pacientes de la muestra fueron amas de casa (55%, $n = 22$), disminuyendo en las siguientes categorías oficio (25%, $n = 10$), profesional (12,5%, $n = 5$), otras ocupaciones (7,5%, $n = 3$) y no hubo estudiantes en la muestra.

Gráfico N°6:

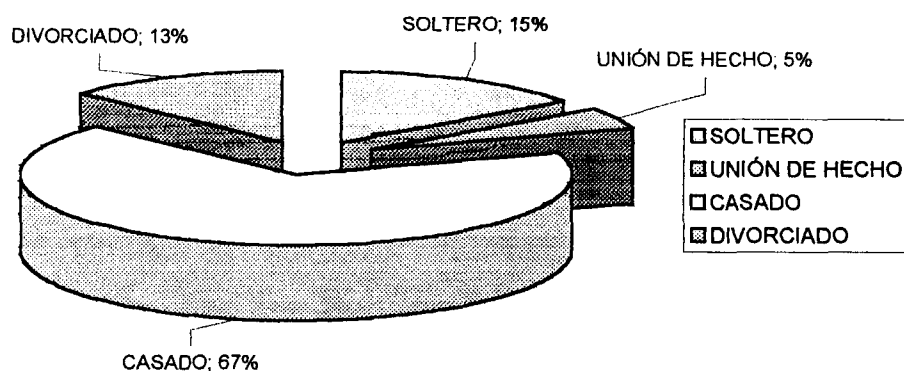
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN NIVEL DE EDUCACIÓN DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.



La distribución por Nivel de Educación (Gráfico N° 6), las frecuencias más elevadas fueron en primaria completa (30%, $n = 12$), secundaria completa con (22,5%, $n = 9$), secundaria incompleta (20%, $n = 8$), y con disminución en el resto de la categorías.

Gráfico N° 7:

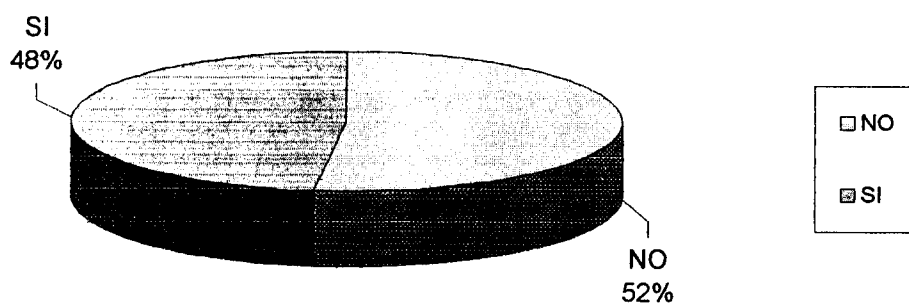
DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ESTADO CIVIL. DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.



La distribución según Estado Civil (Gráfico N° 7) el mayor porcentaje de los pacientes (67%) son casados, con disminución en las siguientes categorías (15%) solteros, (13%) divorciado y (5%) unión de hecho.

Gráfico N°8:

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ASISTENCIA A TRATAMIENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.



Del total de los casos, no asistieron a Tratamiento de Terapia Ocupacional (52%) y el (48%) si asistieron a tratamiento de T.O. (Gráfico N° 8).

Tabla N°1:

DISTRIBUCIÓN POR SEXO SEGÚN ASISTENCIA A TRATAMIENTO DE T.O. DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.

SEXO	TRATAMIENTO DE TO.				TOTAL	
	SI		NO			
	N°	%	N°	%	N°	%
FEMENINO	14	35	15	37,5	29	72,5
MASCULINO	5	12,5	6	15	11	27,5
TOTAL	19	47,5	21	52,5	40	100

En la (Tabla N°1) se aprecia la distribución de pacientes que concurrieron a Tratamiento de T.O. por Sexo, el mayor número de asistencia (35%, n = 14) fueron de sexo femenino, y (12, 5%, n = 5) masculino.

No asistieron a tratamiento de T.O. (37, 5%, n = 15) mujeres y (15%, n = 6) hombres.

Tabla N° 2:

DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN AÑOS SEGÚN ASISTENCIA A TRATAMIENTO DE T.O. DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 –AGOSTO 2002.

TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN AÑOS	TRATAMIENTO DE TO.				TOTAL	
	SI		NO		N°	%
	N°	%	N°	%		
HASTA 5 AÑOS	9	22,5	10	25	19	47,5
DE 5 A 10 AÑOS	10	25	11	27,5	21	52,5
TOTAL	19	47,5	21	52,5	40	100

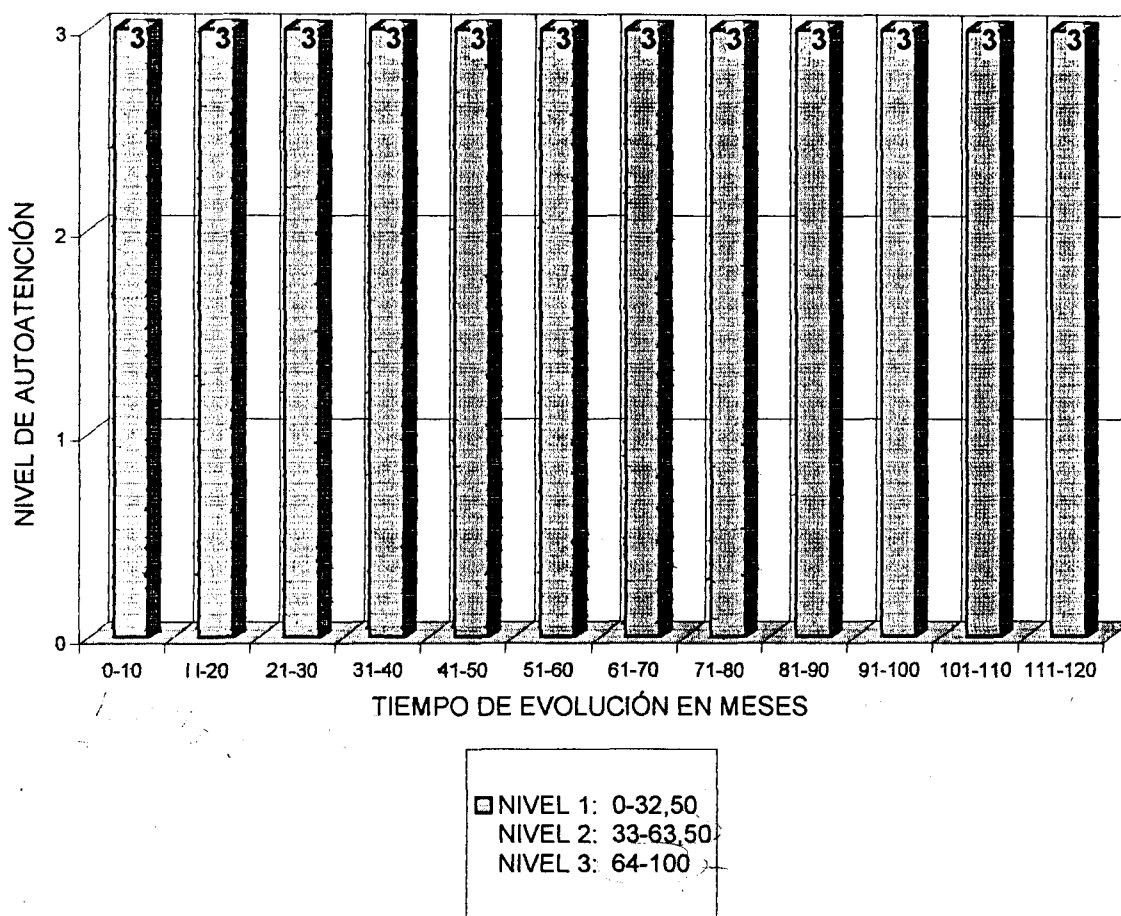
La (Tabla N°2) muestra la distribución de pacientes por Tiempo de Evolución en años según asistencia a Tratamiento de T.O.

Hasta 5 años de evolución el (22, 5%, n = 9) realizaron tratamiento de T.O., y el (25%, n = 10) no realizaron tratamiento de T.O.

De 5 a 10 años de evolución, (25%, n = 10) asistieron a T.O., mientras el (27, 5%, n = 11) no asistieron.

Gráfico N°9:

REPRESENTACIÓN DEL NIVEL DE AUTOATENCIÓN DE ACUERDO AL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA AR DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.



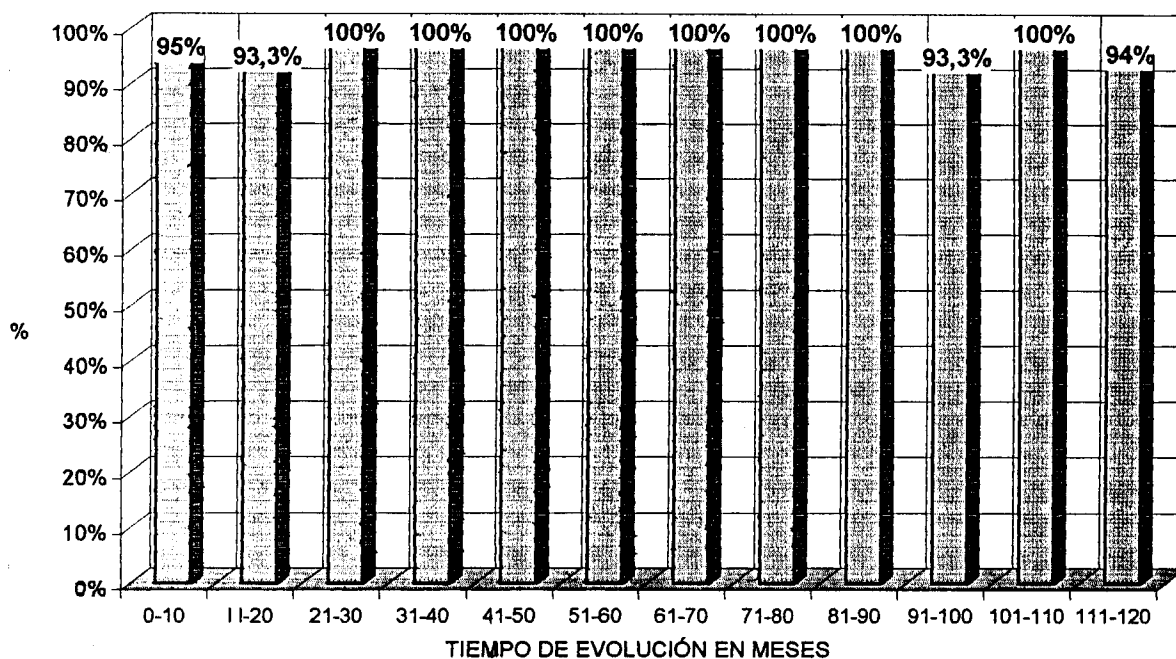
El (Gráfico N° 9), representa el Nivel de Autoatención según el Tiempo de Evolución en meses de la AR. El mismo arrojó que el nivel de autoatención alcanzado en todos los intervalos de tiempo; correspondieron al tercer nivel, siendo este el de mayor independencia de autoatención.

ANÁLISIS DE LAS ACTIVIDADES EVALUADAS A TRAVÉS DE LA EVALUACIÓN DEL NIVEL DE AUTOATENCIÓN "E.N.A."

TRANSFERENCIA:

Gráfico N°10:

REPRESENTACIÓN DEL PORCENTAJE PROMEDIO DE LA ACTIVIDAD TRANSFERENCIA SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA AR DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.

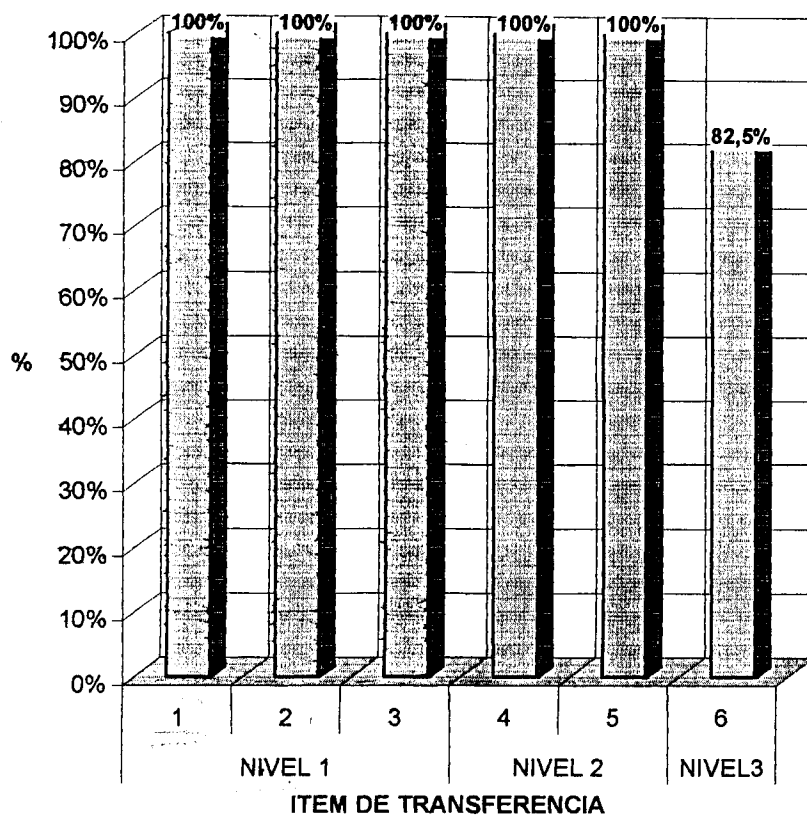


En el (Gráfico N° 10), se observó que en la mayoría de los intervalos se alcanzó el (100%) en esta actividad evaluada a través de la "E.N.A.", pudiendo observar que no hubo mayores limitaciones en dicha actividad.

Los intervalos con menor valor fueron: 0 – 10 meses (95%), 111 – 120 meses (94%), 11 – 20 y 91 – 100 meses (93, 3%).

Gráfico N° 11:

REPRESENTACIÓN DEL PORCENTAJE PROMEDIO DE LA MUESTRA POR ITEM DE LA ACTIVIDAD TRANSFERENCIA DE PACIENTE QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.

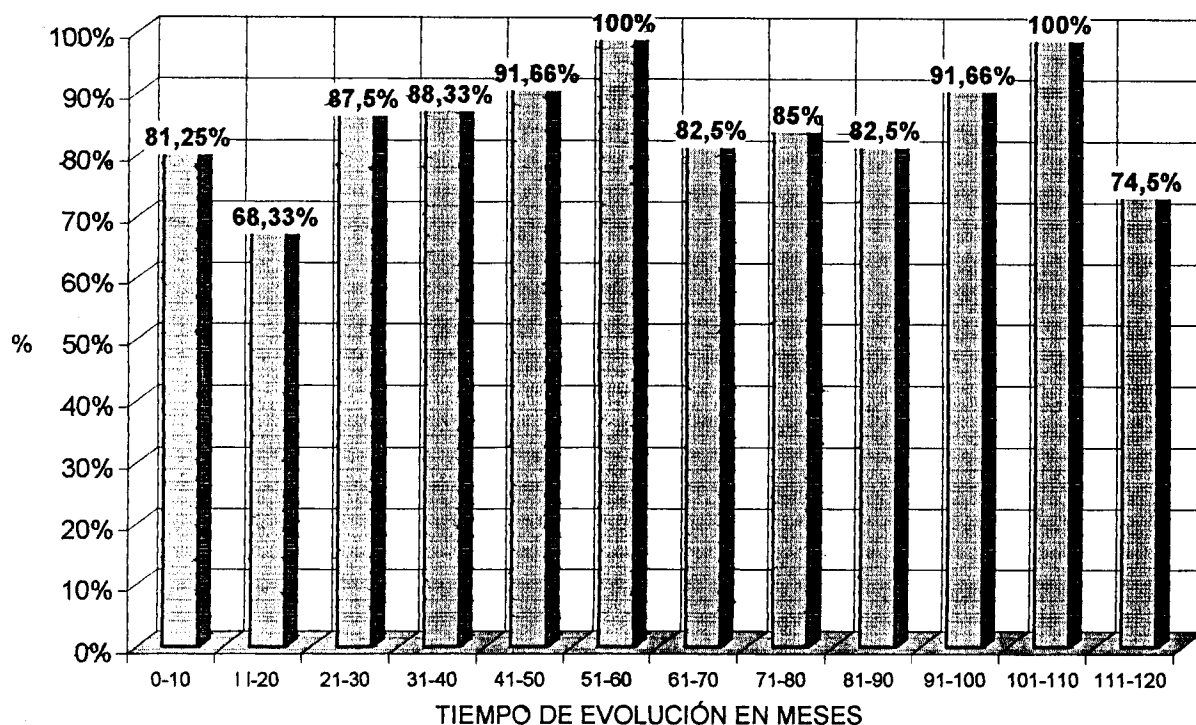


El (Gráfico N°11), los item evaluados en esta actividad alcanzaron el (100%), excepto el item 6 "el paciente debe realizar en forma independiente y sin correr riesgos todos los pasos para transferirse a una cama, silla común y a silla de ruedas" el cual alcanzó un porcentaje menor (82,5%).

VESTIDO

Gráfico N° 12:

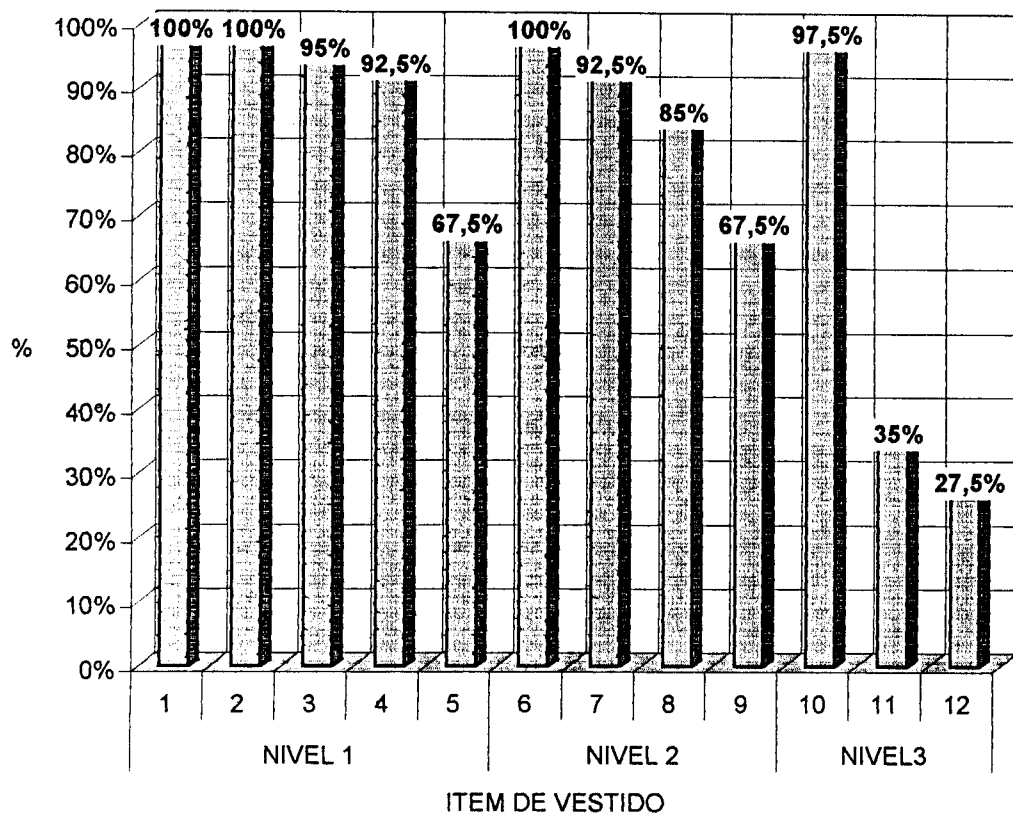
REPRESENTACIÓN DEL PORCENTAJE PROMEDIO DE LA ACTIVIDAD VESTIDO SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA AR DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.



El (Gráfico N°12), mostró los siguientes valores: en los intervalos 51 – 60 y 101 – 110 meses (100%), 41-50 y 91-100 meses (91,66%), 31-40 meses (88, 33%), 21-30 meses (87, 5%), 71-80 meses (85%), 61-70 y 81-90 meses (82, 5%), 0-10 meses (81, 25%), 111-120 meses (74, 5%), 11-20 meses (68, 33%).

Gráfico N°13:

REPRESENTACIÓN DEL PORCENTAJE PROMEDIO DE LA MUESTRA POR ITEM DE LA ACTIVIDAD VESTIDO DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.



El (Gráfico N°13) muestra que los ítem 1 "el paciente debe reconocer las prendas y saber a que parte del cuerpo corresponde. Como así también su parte delantera, trasera, el derecho y el revés de las mismas", 2 "puede sacarse al menos una prenda del tren superior (remera, saco, camisa). Dentro del ítem queda incluido el equipamiento de tren superior (sling, etc) Se acepta para su aprobación la supervisión a través de indicación verbal pero no la asistencia" y el

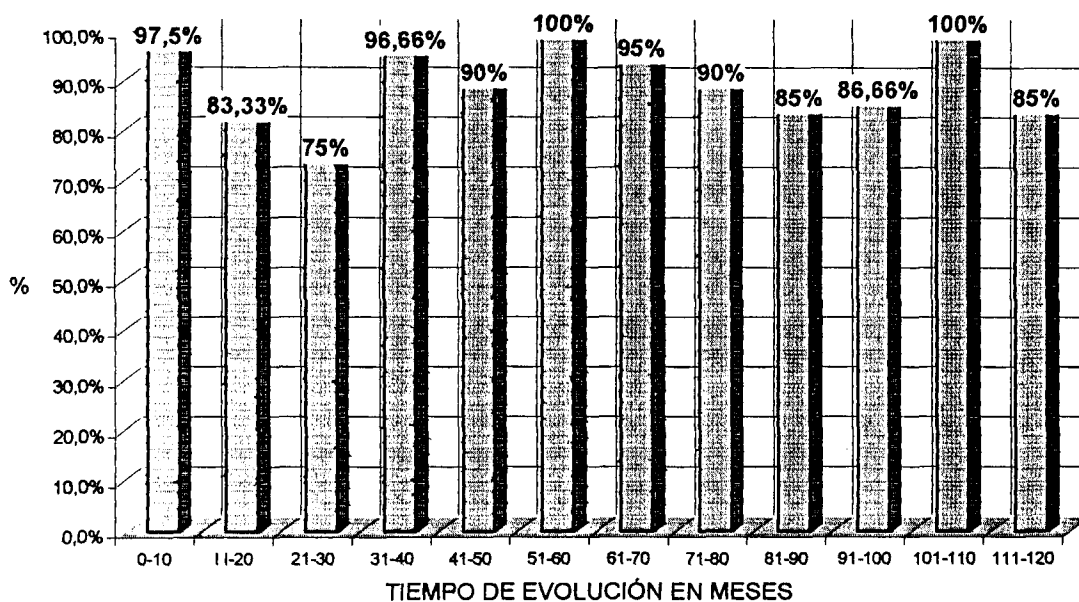
item 6 "el paciente debe colocarse por lo menos una prenda de tren superior en forma independiente aceptándose la supervisión. Debe conocer forma de colocarse equipamiento de tren superior" fueron realizador sin dificultad alcanzaron un porcentaje promedio de (100%).

El item 10 "debe colocarse prendas de tren inferior" (97, 5%), 3 "puede quitarse calzado de ambos pies" (95%), 4 "puede quitarse medias" y 7 ""debe colocarse ambos zapatos, puede valerse de dispositivos" (92, 5%), 8 "debe colocarse ambas medias, puede valerse de dispositivos. Quedan excluidas medias de nylon o medias enteras" (85%), 5 "el paciente debe ser capas de abotonarse, desabotonarse, subir y bajar cierres (no engancharlos), separar velcros. No se incluyen botones chicos ni de mangas" y 9 "puede quitarse prendas de tren inferior incluye desabotonar, bajar cierres y otras prendeduras" (67, 5%) y con marcada limitación 11 "el paciente debe manejar las siguientes prendeduras en cualquier ubicación que se encuentre: nudos de zapatos, prender corpiño, nudo corbata, cierres traseros, enganchar cierres, realizar moños. Se da por aprobado aquel que logra como mínimo dos de las descritas" (35%) y 12 "el paciente debe vestirse y desvestirse y poder tomar las prendas fuera de su alcance puede utilizar dispositivos de ayuda" (27, 5%).

ASEO PERSONAL

Gráfico N°14:

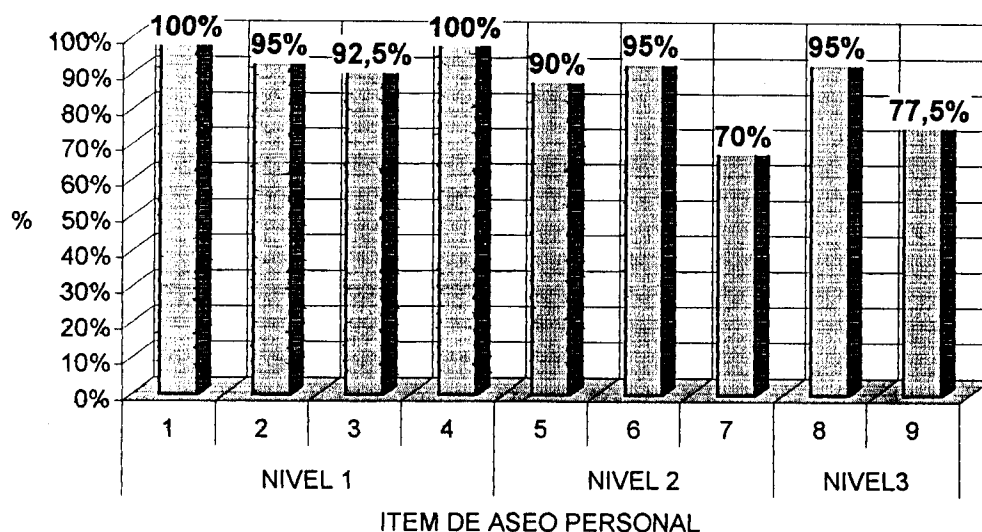
REPRESENTACIÓN DEL PORCENTAJE PROMEDIO DE LA ACTIVIDAD ASEO PERSONAL SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA AR DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.



El (Gráfico N°14) muestra que los intervalos 51-60 y 101-110 meses alcanzaron porcentaje promedio (100%), 0-10 meses (97, 5%), 31-40 meses (96, 66%), 61-70 meses (95%), 41-50 y 71-80 meses (90%), 91-100 meses (86,66%), 81-90 y 111-120 meses (85%), 11-20 meses (83,33%) y el de menor valor el intervalo 21-30 meses (75%).

Gráfico N°15:

REPRESENTACIÓN DEL PORCENTAJE PROMEDIO DE LA MUESTRA POR ITEM DE LA ACTIVIDAD ASEO PERSONAL DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULARA DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.



En el (Gráfico N°15) se observa que los item 1 “el paciente debe reconocer los objetos pertinentes y su correcto uso” y el 4 “el paciente debe realizar su higiene mayor sentado y colaborar en el enjabonado de tronco, MMSS y cabeza. Puede hacer uso de adaptaciones si lo requiere” alcanzaron el (100%), mientras que el item 2 “debe lavarse y secarse manos y cara”, 6 “el paciente debe ser capaz de afeitarse utilizando cualquier tipo de máquina. Las mujeres deben ser capaces de maquillarse y depilarse (con máquina, pinza)” y el 8 “debe realizar el punto 7 - sin custodia” alcanzaron un porcentaje de (95%).

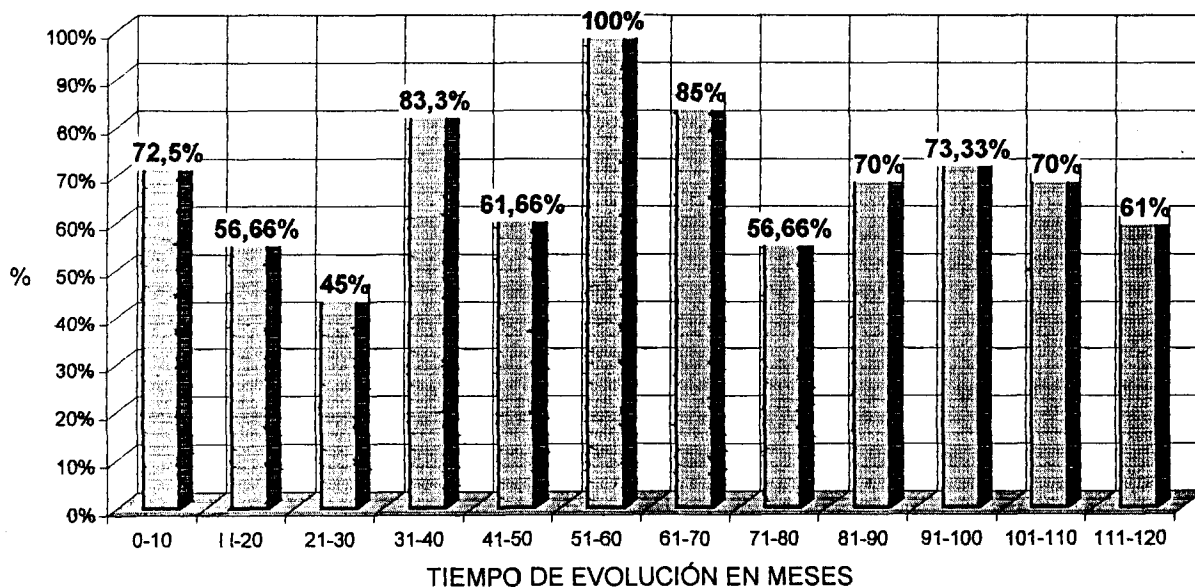
El item 3 “peinado y cepillado completo de dientes, en forma independiente” (92,5%), el 5 “el paciente debe poder manejar grifos con o sin adaptación”

(90%), 9 "debe ser capaz de trasladarse ingresar, alcanzar objetos fuera de su alcance y egresar" (77, 7%) y el item 7 "el paciente debe ser capaz de alternar con bipedestación. Enjabonando, enjuagando y secando todo su cuerpo, También debe lavar su cabeza. No incluye traslado y transferencias. Se acepta supervisión o custodia" (70%).

ALIMENTACIÓN

Gráfico N°16:

REPRESENTACIÓN DEL PORCENTAJE PROMEDIO DE LA ACTIVIDAD ALIMENTACIÓN SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA AR DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.

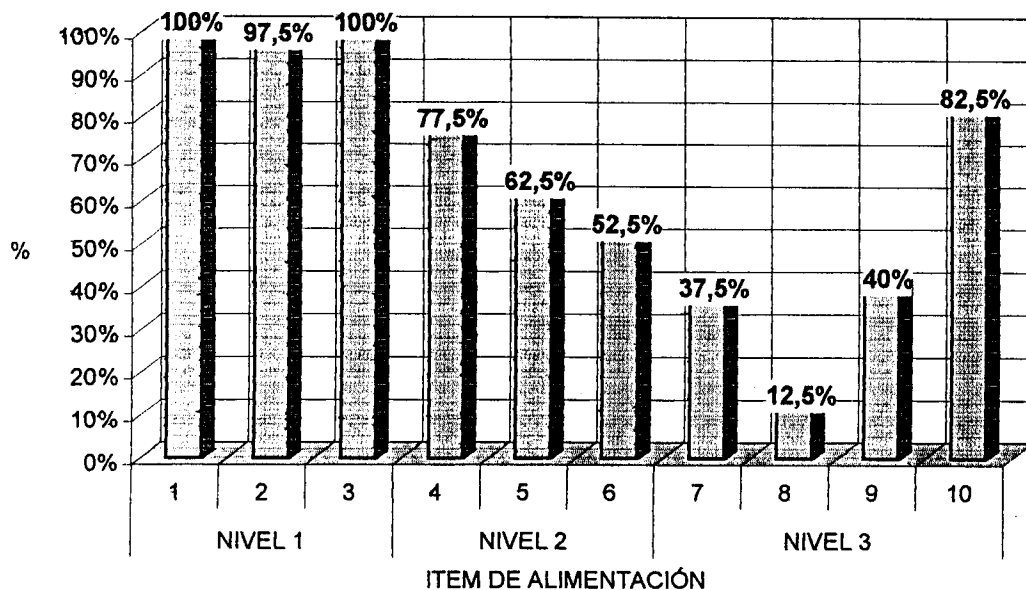


En el (Gráfico N°16) se observa que solo el intervalo 51-60 meses alcanza el (100%), disminuyendo en los siguientes intervalos 61-70 meses (85%), 31-40

meses (83, 3%), 91-100 meses (73, 33%), 0-10 meses (72, 5%), 81-90 y 101-110 meses (70%), 41-50 meses (61, 66%), 111-120 meses (61%), 11-20 y 71-80 meses (56, 66%), y el intervalo que alcanzó menor valor fue 21-30 meses (45%).

Gráfico N° 17:

REPRESENTACIÓN DEL PORCENTAJE PROMEDIO DE LA MUESTRA POR ITEM DE LA ACTIVIDAD ALIMENTACIÓN DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.



En el (Gráfico N°17) se observa que los ítem 1 "el paciente debe reconocer utensilios por uso y función y organizar los mismos sobre la mesa en forma adecuada" y 3 "beber líquido de un vaso común o adaptado" alcanzaron (100%).

El ítem 2 "el paciente debe ser capaz de tomar y manejar la cuchara el tenedor, puede valerse de adaptaciones si lo requiere. No se evalúa el manejo del cuchillo pero si su toma" (97, 5%), el 10 "el paciente debe ser capaz de realizar todas las

acciones que componen la alimentación" (82, 5%), 4 "el paciente debe ser capaz de cortar alimentos blandos y semiduros Ej.: albóndigas, tortilla, tartas, postres, pastas etc. Puede valerse de adaptaciones" (77, 5%)

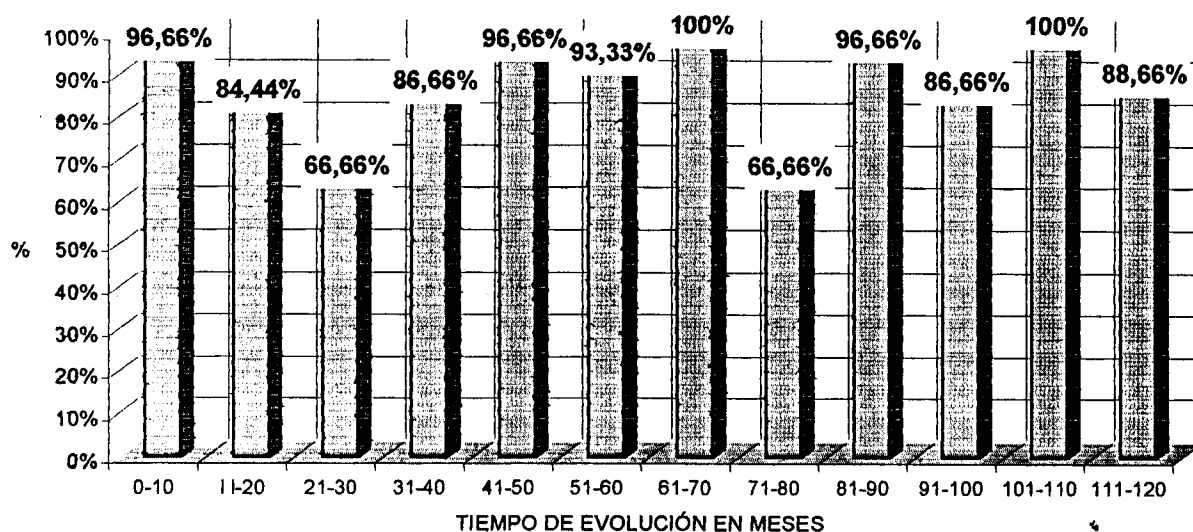
El ítem 5 "el paciente debe desenroscar una tapa de botella (no sellada) y servirse en un vaso no necesariamente debe estar completa la botella. También debe servirse de jarra" (62, 5%), 6 "el paciente debe ser capaz de untar pan y galletitas, como así también pelar alimentos. (puede valerse de adaptaciones)" (52, 5%), 9 "el paciente debe ser capaz de alcanzar alimentos y objetos fuera de su alcance" (40%), 7 "el paciente puede cortar todo tipo de alimento, puede valerse de adaptaciones" (37, 5%) y el ítem 8 "el paciente debe abrir botella sellada y servirse de la misma" (12, 5%).

DESPLAZAMIENTO

Los pacientes que conformaron la muestra (n = 40) fueron evaluados caminando, por consiguiente solo se tuvieron en cuenta los ítem sin asterisco (*) correspondientes a esta actividad caminando.

Gráfico N°18:

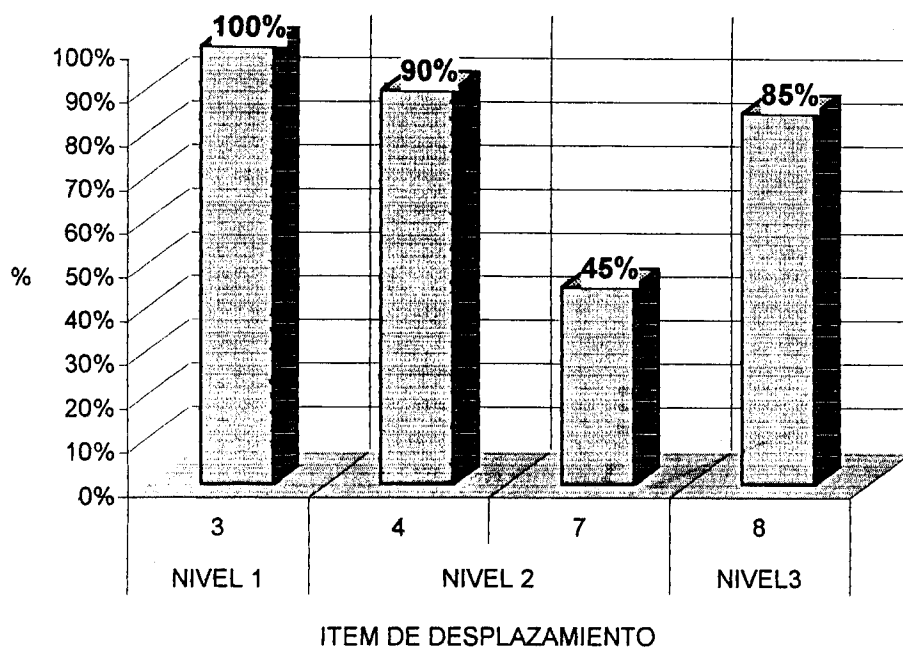
REPRESENTACIÓN DEL PORCENTAJE PROMEDIO DE LA ACTIVIDAD DESPLAZAMIENTO SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA AR EN PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.



En el (Gráfico N°18), se observó los intervalos 61-70 y 101-110 meses con el (100%), 0-10, 41-50 y 81-90 meses (96,66%), 51-60 meses (93,33%), 111-120 meses (88,66%), 31-40 y 91-100 meses (86,66%), 11-20 meses (84,44%), 21-30 y 71-80 meses (66,66%).

Gráfico N°19:

REPRESENTACIÓN DEL PORCENTAJE PROMEDIO DE LA MUESTRA POR ITEM EN LA ACTIVIDAD DESPLAZAMIENTO DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.

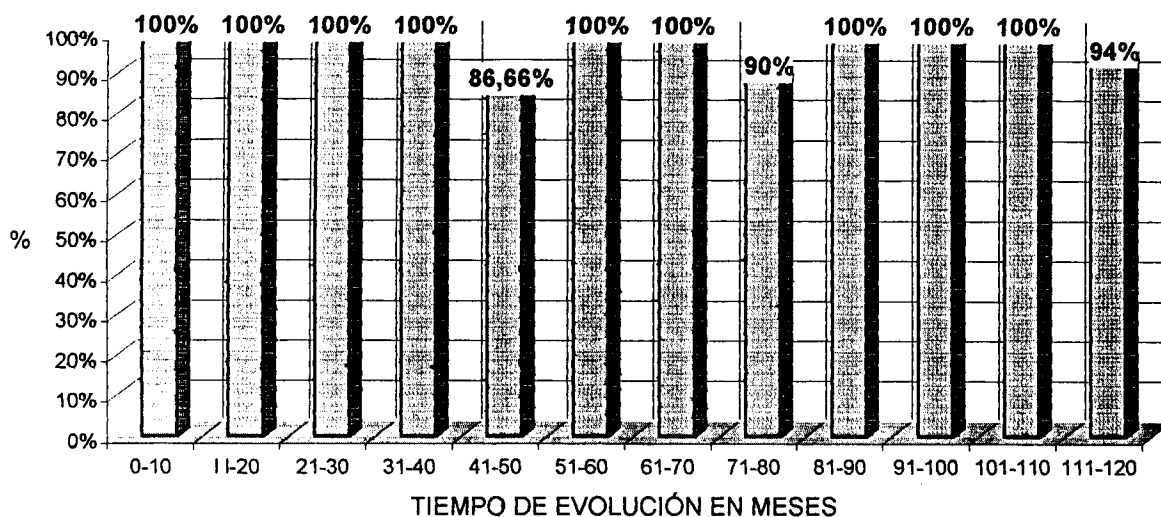


En el (Gráfico N°19) se observa el ítem 3 "el paciente bipedesta, y realiza desplazamientos cortos puede valerse de ayuda marcha y supervisión" (100%), con disminución el ítem 4 "el paciente debe caminar 45 mts con ayuda o supervisión puede valerse de ayuda marcha" (90%), el 8 "camina en forma segura mas de 45 mts sin supervisión ni custodia puede valerse de ayuda marcha no con andador" (85%) y el ítem 7 "el paciente debe poder dar pasos hacia atrás, girar, hacer pasos laterales y poder ubicarse en la mesa" presenta el menor porcentaje (45%).

USO DEL TOILETTE

Gráfico N° 20:

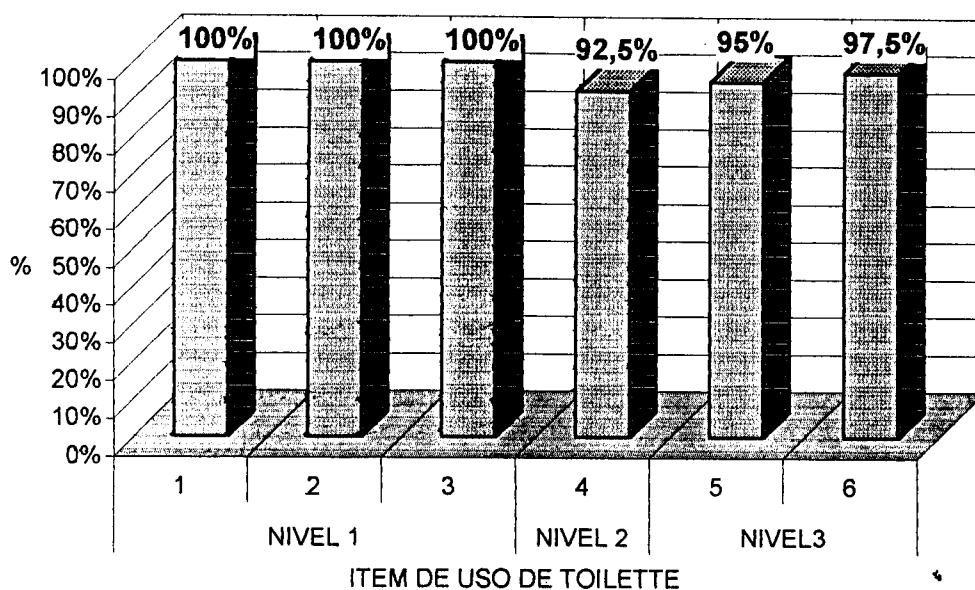
REPRESENTACIÓN DEL PORCENTAJE PROMEDIO DE LA ACTIVIDAD USO DE TOILETTE SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA AR DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.



En el (Gráfico N°20) se observa que en la mayoría de los intervalos se alcanzó el (100%), mientras que se observó menor valor en los intervalos 111-120 meses (94%), 71-80 meses (90%) y 41-50 meses (86,66%).

Gráfico N° 21:

REPRESENTACIÓN DEL PORCENTAJE PROMEDIO DE LA MUESTRA POR ITEM EN LA ACTIVIDAD USO DE TOILETTE DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.

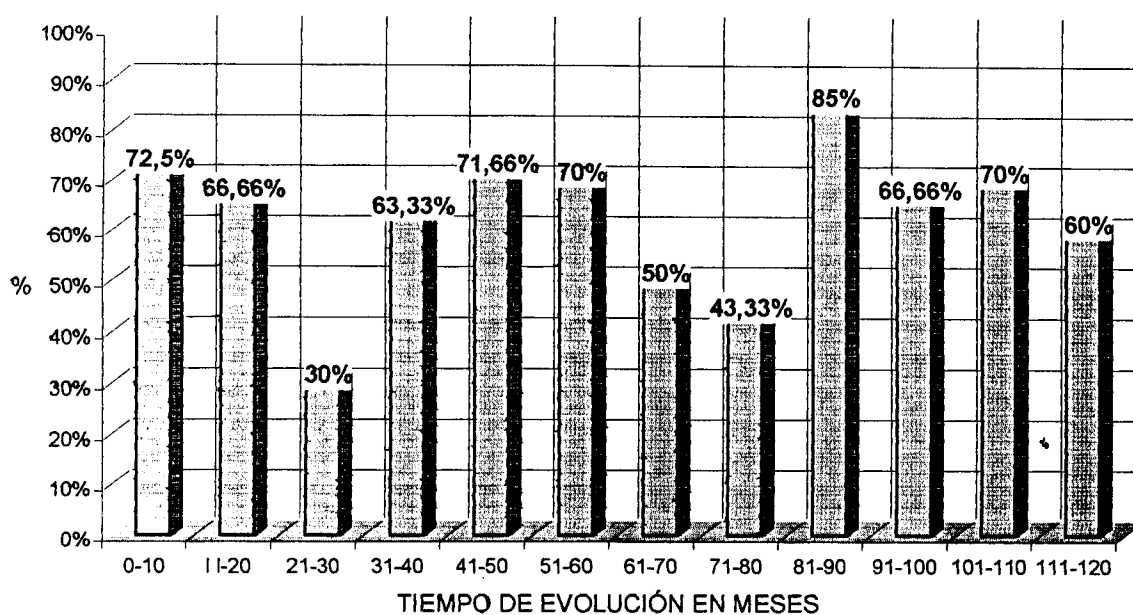


En el (Gráfico N° 21) se observa que en los ítem correspondientes al primer nivel se alcanzó (100%), disminuyendo en el ítem 6 "debe realizar el punto 5 en forma independiente y sin correr riesgos" (97, 5%), 5 "el paciente es capaz de ingresar, transferirse, abrocharse y desabrocharse ropa, usar el sanitario sin ayuda de un tercero, requiriendo solo de custodia. Puede usar barra de pared" (95%) y el ítem 4 "el paciente hace uso de sanitarios pero requiere de supervisión. Puede requerir de ayuda para completar la acción. Ej.: abrocharse botón, alcanzar papel o prendas caídas (puede usar barras)" (92, 5%).

SUBIR Y BAJAR ESCALERAS

Gráfico N° 22:

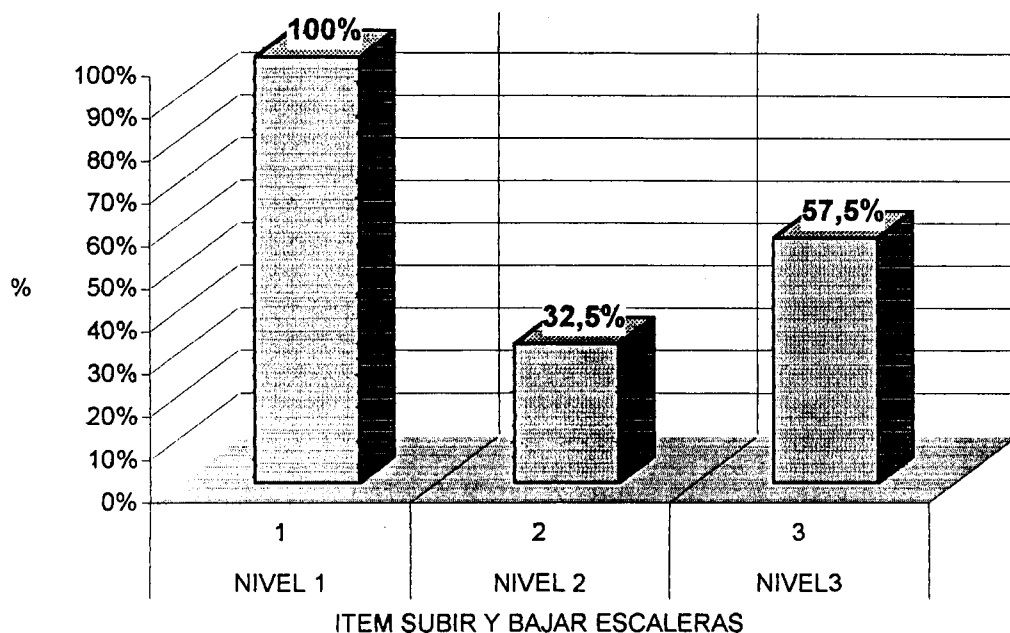
REPRESENTACIÓN DEL PORCENTAJE PROMEDIO DE LA ACTIVIDAD SUBIR BAJAR ESCALERAS SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA AR DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.



En el (Gráfico N° 22) se observa que el intervalo con mayor porcentaje alcanzado fue 81-90 meses (85%), disminuyendo en los siguientes intervalos 0-10 meses (72,5%), 41-50 meses (71,66%), 51-60 y 101-110 meses (70%), 11-20 y 91-100 meses (66,66%), 31-40 meses (63,33%), 111-120 meses (60%), 61-70 meses (50%), 71-80 meses (43,33%) y 21-30 meses (30%).

Gráfico N° 23:

REPRESENTACIÓN DEL PORCENTAJE PROMEDIO DE LA MUESTRA POR ITEM EN LA ACTIVIDAD SUBIR BAJAR ESCALERAS DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.



En el (Gráfico N°23) se observa que el mayor valor está en el ítem 1 “el paciente es capaz de subir y bajar escaleras, escalón por escalón. Puede valerse de pasamanos, bastones muletas o ayuda de un tercero” (100%), con marcada disminución en el ítem 3 “el paciente debe ser capaz de subir y bajar un piso de escalera en forma independiente y sin peligro. Puede valerse del pasamanos. Debe poder cargar ayuda marcha si es que utiliza” (57, 5%) y en el ítem 2 “el paciente sube y baja escaleras en forma alternada tomado de pasamanos con ayuda o supervisión de un tercero” (32, 5%).

CONTROL DE INTESTINOS Y VEJIGA

Gráfico N° 24:

REPRESENTACIÓN DEL PORCENTAJE PROMEDIO DE LA ACTIVIDAD CONTROL DE INTESTINOS Y VEJIGA EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA AR DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.

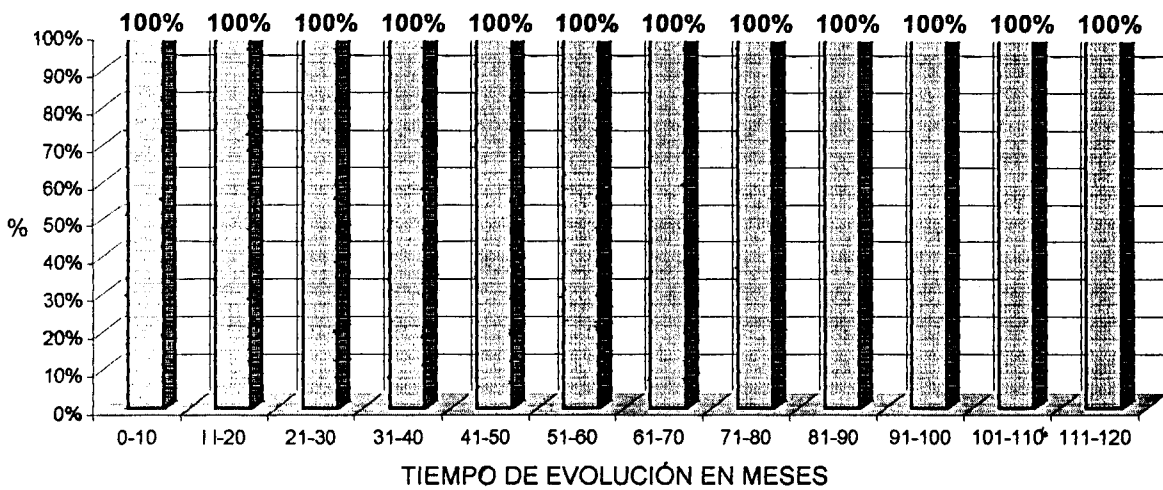
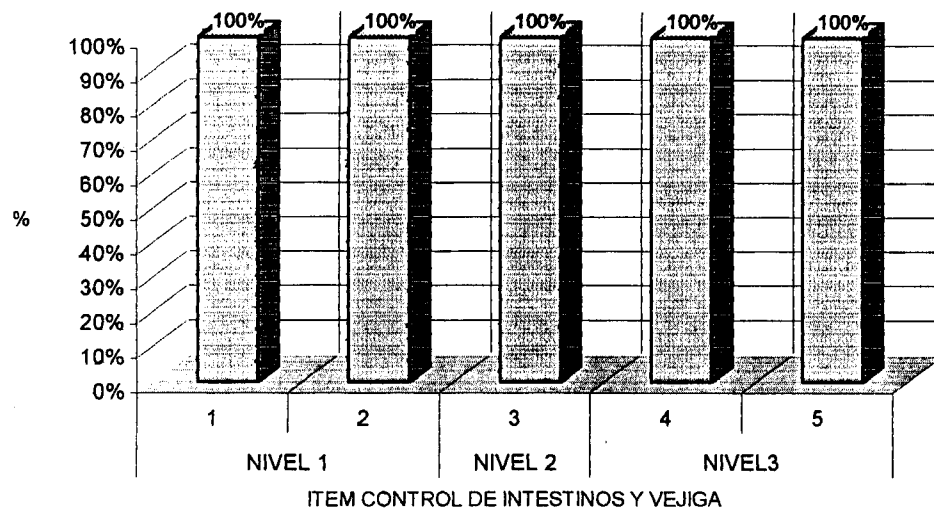


Gráfico N° 25:

REPRESENTACIÓN DEL PORCENTAJE PROMEDIO DE LA MUESTRA POR ITEM EN LA ACTIVIDAD CONTROL DE INTESTINOS Y VEJIGA DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001 – AGOSTO 2002.

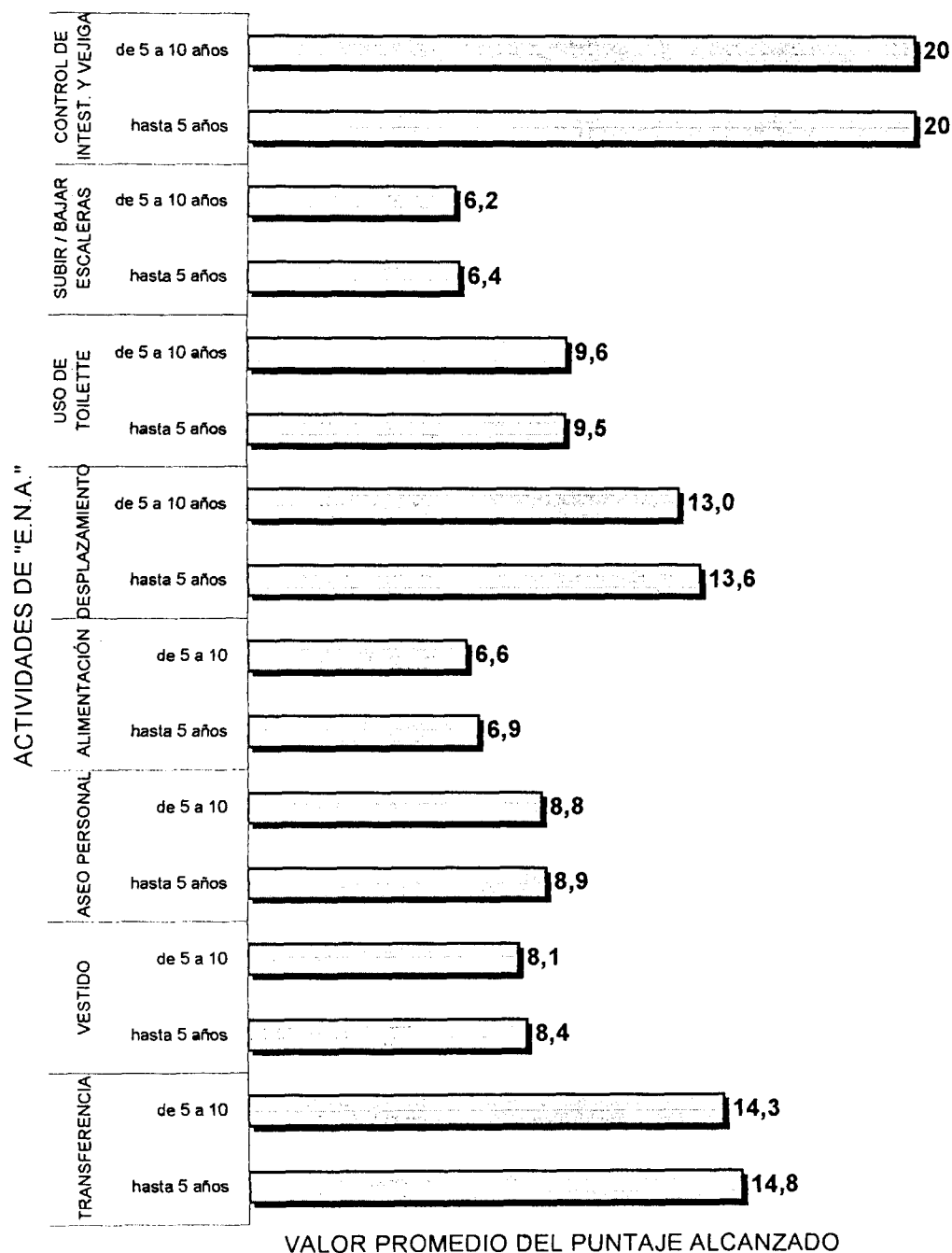


En el (Gráfico N° 24 y N° 25) se observa el porcentaje alcanzado por intervalo y por ítem respectivamente.

En ambos gráfico alcanzó valor (100%) debido a que esta actividad no fue evaluada, ya que no es una afección propia de la patología. Se consideró con puntaje máximo para lograr el puntaje total de la "E.N.A."

Gráfico N°26:

COMPARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES EVALUADAS CON LA "E.N.A." SEGÚN EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN EN AÑOS DE PACIENTES QUE CONCURRIERON A UN CONSULTORIO PARTICULAR DE LA CIUDAD DE MAR DEL PLATA. AGOSTO 2001-AGOSTO 2002 .



En el (Gráfico N° 26) se observa la comparación del valor promedio de la muestra de cada una de las actividades que fueron evaluadas a través de la "E.N.A." según el tiempo de evolución en años.

El puntaje que corresponde por actividad es el siguiente:

TRANSFERENCIA 15 PUNTOS.

VESTIDO 10 PUNTOS.

ASEO PERSONAL 10 PUNTOS.

ALIMENTACIÓN 10 PUNTOS.

DESPLAZAMIENTO 15 PUNTOS.

USO DE TOILETTE 10 PUNTOS.

SUBIR / BAJAR ESCALERAS 10 PUNTOS.

CONTROL DE INTESTINOS Y VEJIGA 20 PUNTOS.

Todos los valores promedio de las actividades de tiempo de evolución de 5 a 10 años se encontraron por pequeña diferencia por debajo del promedio del período hasta 5 años, excepto en la actividad uso de toilette.

Las actividades en las que se observó mayor limitación para llevarlas a cabo por los pacientes que conformaron la muestra fueron: Subir / Bajar Escaleras, Alimentación, Vestido, Aseo Personal y Uso de Toilette.

Las actividades en las que se observó menor dificultad en su realización fueron: Desplazamiento y Transferencia.

Enfermedades reumáticas, como es la artritis reumatoidea, producen un cambio estructural en la vida del paciente, quien se ve limitado o imposibilitado en la realización de las Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.) (10)

Tradicionalmente el enfoque del tratamiento en artritis, se ha centrado en la función física y en el desempeño en las A.V.D. (12)

El rol del Terapeuta Ocupacional en la intervención de las Actividades de la Vida Diaria (A.V.D.) es único y específico (23), posee entrenamiento para evaluar y analizar el desempeño de las funciones del paciente, determinando el método y el grado de participación en su autoatención.

La evaluación de terapia ocupacional provee información acerca de los factores que impiden o limitan al paciente en el desempeño de tareas, sobre si estas deficiencias pueden corregirse o si el paciente puede aprender a través de equipamiento o técnicas adaptadas a realizar las tareas de autoatención. También identifica la importancia que éste desempeño sea de manera independiente, según sus roles ocupacionales y situación de su hogar. (23)

Numerosos instrumentos miden la habilidad funcional del paciente con artritis reumatoidea y como ésta se va deteriorando en el curso de la enfermedad.

Aún el instrumento "ideal" para ser usado en la práctica clínica no ha sido desarrollado (1), se debe elegir entre los existentes y que sea sensible para la discapacidad específica del paciente, como así también válido y fiable.

Al comparar la Evaluación del Nivel de Autoatención (E.N.A.) con escalas específicas diseñadas para evaluar la repercusión de la artritis en la calidad de vida

del paciente como el Cuestionario de Valoración de la Salud de Stanfors (HAQ); la Escala de Medida del Impacto Artrítico (AIMS); el Índice de Discapacidad de Convery, etc., los que evalúan áreas como: baño; arreglo personal; alimentación; vestido; alcances; traslado de una posición a otra; deambulación; dolor; ansiedad; depresión y rol social entre otras (23), consideramos que la E.N.A. es un instrumento interesante para ser aplicado en artritis reumatoidea, Son importantes las áreas de desempeño que evalúa (transferencia, vestido, aseo personal, alimentación, desplazamiento, uso de toilette, subir – bajar escaleras), pero así también como otras características que presenta, como la puntuación más discriminada del estado de autoatención del paciente y el desglose de tareas en acciones más simples a más complejas, lo cual permite registrar cambios más sensibles durante el proceso de rehabilitación. (3)

Debido a los posibles cambios que presenta la artritis reumatoidea durante el transcurso del tiempo, respecto a la habilidad del paciente y la gradual declinación de la destreza para realizar las Actividades de la Vida Diaria (22), propusimos evaluar a través de la “E.N.A.”pacientes con AR de nuestra ciudad, para identificar el nivel de autoatención según el tiempo de evolución de la enfermedad.

Realizadas las evaluaciones, se observó que el nivel alcanzado de autoatención fué 3, el cual corresponde a la máxima independencia y no existieron diferencias significativas entre los pacientes de acuerdo al tiempo de evolución.

Entre la actividades que registraron menor valor promedio, estuvieron: SUBIR / BAJAR ESCALERAS, ALIMENTACIÓN, VESTIDO, ASEO PERSONAL y USO DE TOILETTE, le siguieron DESPLAZAMIENTO y TRANSFERENCIA, mientras que

CONTROL DE INTESTINOS Y VEJIGA fue considerada totalmente independiente.

Luego de llevar a cabo éste estudio, determinamos que la "E.N.A." al ser aplicada para evaluar pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea, no reúne en su totalidad las características imprescindibles que debe tener un instrumento de evaluación como considera Donalson (5) es decir: describir objetivamente el estado de independencia personal en un momento determinado, permitir la recolección de datos a través de la observación que sean apropiados y útiles para el control del programa de tratamiento, aumentar la comunicación entre los miembros del equipo interdisciplinario y entre las posibilidades de derivación y observaciones clínicas comparables y compatibles con las preguntas de investigación.

La "E.N.A.", no resultó totalmente apropiada para evaluar pacientes con artritis reumatoidea, porque no es sensible en la detección de cambios en la ejecución de funciones. La puntuación del nivel de autoatención, no se adecuó de manera precisa a las características de esta población, para poder categorizar los pacientes por su nivel de independencia en el desempeño en las A.V.D.

Los resultados arrojados, no fueron del todo sensibles para ser utilizados por terapeutas ocupacionales en evaluación y diseño de planes de tratamiento, como así también informar acerca del nivel de autoatención del paciente con AR. y registrar cambios en el proceso de rehabilitación.

Planteamos que en un posterior trabajo de investigación, previa autorización de la diseñadora de la "E.N.A.", se realice la variación del puntaje, discriminándolo por niveles, de manera de proporcionar una clasificación acorde y sensible a las características de este grupo etario y además efectuar la revisión de algunos de sus

ítems como así también la incorporación de actividades a fin de adecuar la "E.N.A." para evaluar pacientes con AR.

CONCLUSIÓN

En la muestra, registramos que el Nivel de Autoatención según el Tiempo de Evolución de la AR, alcanzó el nivel 3 (paciente que está en una etapa de ejecución óptima de las actividades, realizándolas en su mayoría en forma independiente), no observándose diferencias significativas de acuerdo al tiempo de evolución y limitación de los pacientes en la realización de las A.V.D.

Las actividades que fueron consideradas con mayores dificultades en el desempeño de los pacientes fueron: Subir / Bajar Escaleras, Alimentación, Vestido, Aseo Personal y Uso de Toilete.

Entre las actividades con menores dificultades podemos mencionar a Desplazamiento y Transferencia.

Si bien la "E.N.A.", evalúa actividades de autoatención, sería necesario para ésta entidad patológica, teniendo en cuenta las diferentes evaluaciones que hemos realizado, la inclusión de actividades como:

- Desplazamiento: estimamos adecuado para el ítem caminar, aumentar la distancia consignada en la "E.N.A." (45 mts.).
- Transferencia: la acción de sentarse e incorporarse de una silla, así también en Uso del Toilete, el sentarse e incorporarse de los sanitarios.
- Traslado en colectivo: subir y bajar los escalones, sostenerse y mantener el equilibrio en el mismo.
- Considerar el tiempo que demanda llevar a cabo una actividad (por ej. colocarse un saco), ya que estos pacientes pueden ser independientes pero

requieren más tiempo para efectivizar la acción.

- Otros aspectos a tener en cuenta, son el estado emocional, y los roles que desea desempeñar el paciente, como para conocer de manera más precisa su nivel de desempeño funcional.

Consideramos que la división de los niveles de la "E.N.A.", no se adecúa en su totalidad a las características de dicha patología, como para realizar una clasificación discriminada del nivel de autoatención según el tiempo de evolución, resultando no sensible para detectar la limitación funcional, ya que en pacientes con diferentes dificultades en el desempeño de las A.V.D., se registraron resultados similares y sin diferencias significativas en cuanto a su Nivel de Autoatención.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

1. CONEJERO CASERES, JA: *"Escalas de valoración funcional en artritis reumatoide"*. Journal de Rehabilitación. 1994. 28; 6. 423 – 434.
2. DEEVER, G.G. AND BROWN, M.E.: *"Physical Demands of Daily Life"*. New York, Institute for the Crippled and Disabled. 1945.
3. DE CILLIS, MV: *"Instrumento de evaluación en terapia ocupacional, concordancia entre observadores de la evaluación de autoatención (E.N.A.)"*. Tesis. Universidad Nacional de Mar del Plata. Argentina. 2000.
4. DELLHAG, B. Y OTRO: *"A five year follow-up of hand function and activities of daily living in rheumatoid arthritis patients"*. Arthritis Care Res.1999, Feb. 22 (1), 33 – 41.
5. DONALSON SW, Y OTROS: *"A unified ADL forms"* Arch Phys Med Rehabil 1973. 54: 175-180.
6. DROSSAERS BAKKER, KW. Y OTROS: *"Long-term course and outcome of functional capacity in rheumatoid arthritis: the effect of disease activity and radiologic damage over time"*. Arthritis Rheumatology. 1999, Sep. 1854-60.
7. GENE, G., HUNDER, MD. : *"Atlas de reumatología"*. Ap. Americana de Publicaciones S.A. 2000.
8. HEWLETT, S. Y OTROS: *"Values for function in rheumatoid arthritis: patients, professionals, and public"*. Ann-Rheum-Dis. 2001, Oct. 60 (10), 928 – 33.
9. KRUSEN, F.H., KOTTKE, F.J., LEHAMANN, J.F.: *"Medicina Física y Rehabilitación"*. Salvat Editores S.A. Madrid. 1993.
10. MALDONADO COCCO, J. A. Y OTROS: *"Reumatología"*. Ed. Ap. Americana de Publicaciones S.A. Buenos Aires 2000.

11. MC CARTY, D.J.: *"Artritis y otras patologías relacionadas"*. Ed. Médica Panamericana. 10ª edición. 1987.
12. NICHOL, M.B. Y OTRO: *"Measuring the effects of medication use on health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. A review"*. *Pharmacoeconomics*. 1990 Nov. 16 (5 Pt 1): 433-48.
13. NORDENSKIOLD, U Y OTROS: *"Questionnaire to evaluate the effects of assistive devices and altered working methods in women with rheumatoid arthritis"*. *Clin-Rheumatol*. 1998. 17 (1), 6-16.
14. O'CONNOR, D. Y OTROS: *"Correlation between objective and subjective measures of hand function in patients with rheumatoid arthritis"*. *J hand therapy*. 1999. 18 (6), 323 – 9.
15. PITZALIS, C. Y OTROS: *"L'artrite reumatoide. Resenti acquisizioni e nuovi concetti patogenetici"*. *Resenti-Prog-Med*. 2001, Mar.
16. POLIT, DENISE F. Y HUNGLER, BERNADETTE P.: *"Investigación Científica en Ciencias de la Salud"*. Ed. McGraw-Hill Interamericana Editores, S.A. de C.V. México. 5ª Edición. 1997.
17. RUTA, D.A., Y OTROS: *"Measuring health status in British patients with rheumatoid arthritis: reliability, validity and responsiveness of the short form 36 item health survey SF-36"*. *J Rheumatology*. 1998, Apr. 37 (4), 425 – 36.
18. SENERDEM, N. Y OTROS: *"The use of two different Health Assessment Questionnaires in Turkish rheumatoid arthritis population and assessment of the associations with disability"*. *Clin.-Rheumatol*. 1999. 18 (1), 33 – 7.
19. STEDMAN: *"Diccionario de ciencias médicas"*. Ed. Panamericana, 25ª edición. 1993.

20. SUURMEIJER, T.P. Y OTROS: "*Quality of life profiles in the first years of rheumatoid arthritis: results from the EURIDISS longitudinal study*". *Arthritis Rheumatoid*. 2001 Apr. 45 (2), 111 – 21.
21. SZILASIOVA, A. Y OTROS: "*Groningenska mierka obmedzenia cinnosti (GARS) pri posudeni zavaznosti reumatoidnej artritidy*". *Vnitr-Lek*. 1998, April 44 (4), 195 – 200.
22. VAN LANKEVELD, W. G. Y OTROS: "*Predictors of changes in observed dexterity during one year in patients with rheumatoid arthritis*". *J Rheumatology*. 1998, Jul. 37 (7), 733 – 9.
23. WILLIAMS SPAKMAN Y OTROS: "*Terapia Ocupacional*" Ed. Médica Panamericana S.A. 8ª edición. España 1998.
24. WORLD HEALTH ORGANIZATION : "*International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*". Geneva, World Health Organization. 1980. Pág. 184.
25. Páginas consultadas en Internet:
<http://www.ascofame.org.co/guíasmb/arthrit~1.pdf> .DAVILA GUTIÉRREZ, J.M Y OTROS: "*Guía de Práctica Clínica Basada en la Evidencia – Artritis Reumatoidea*" Proyecto ISS – Ascofame. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Colombia. 1997.

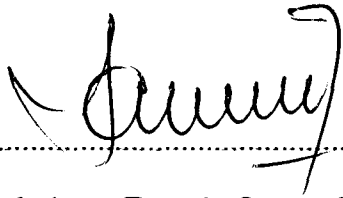
FE DE ERRATAS:

Los párrafos de las páginas 108, 110 y 113, donde se hace mención a las actividades evaluadas a través de la "E. N. A.", desde mayor a menor limitación en el desempeño de las A. V. D. observada en la muestra y de acuerdo al valor promedio alcanzado por cada actividad, es modificado el orden de ubicación de las misma.

Correspondiendo el siguiente orden, dentro de las actividades con mayor limitación:

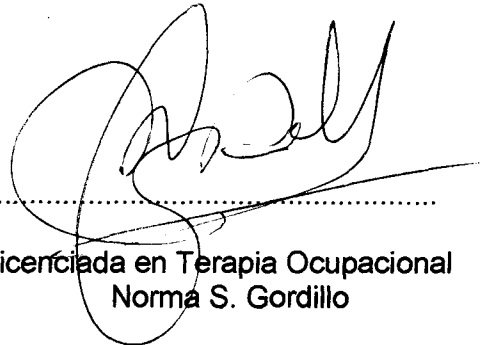
Subir – Bajar Escaleras, Alimentación, Vestido, Desplazamiento y Aseo Personal.

Las actividades con menor limitación: Uso del Toilete y Transferencia.



Licenciada en Terapia Ocupacional
Silvia Cunietti

Director de Tesis



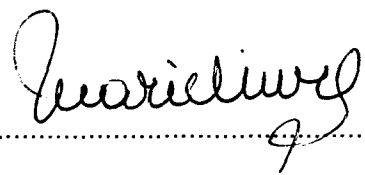
Licenciada en Terapia Ocupacional
Norma S. Gordillo

Asesor Metodológico



Marina Lorena Escruela

Tesista



Mariel Alejandra Iuri

Tesista