

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

Repositorio Kimelü

<http://kimelu.mdp.edu.ar/>

Licenciatura en Terapia Ocupacional

Tesis de Terapia Ocupacional

1995

Pronostico funcional de la artritis reumatoidea

Barro, María Silvia

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

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/971>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

PRONOSTICO FUNCIONAL

DE LA

ARTRITIS REUMATOIDEA

645

T

615.8

B278

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
Y EL COMPORTAMIENTO

LICENCIATURA EN TERAPIA OCUPACIONAL

TRABAJO DE INVESTIGACION

TESIS DE GRADO

PRONOSTICO FUNCIONAL
DE LA
ARTRITIS REUMATOIDEA

AUTORAS: BARRO, MARIA SILVIA

KOERNER, MARIA ELENA

JUNIO, 1995

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.	
Inventario	Signatura top
476	615.8 B278
Vol	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

*A nuestras familias por todo
su amor y comprensión...*

INDICE:

Agradecimientos.....	5
Resumen estructurado.....	6
Introducción.....	7
Marco teórico.....	9
Capítulo 1:	
Artritis reumatoidea.....	10
Consideraciones clínicas.....	11
Manifestaciones articulares.....	13
- Capítulo 2:	
Capacidad funcional.....	21
Evaluación de la capacidad funcional en los pacientes con Artritis Reumatoidea.....	22
Capítulo 3:	
Tratamiento de Terapia Ocupacional.....	27
Estrategias terapéuticas.....	28
A- Educación del paciente.....	30
B- Equipamiento ortésico y equipamiento adaptativo.....	35
C- Movimientos activos y activo-asistidos implementados por medio de una actividad real.....	43
Comentario final: Calidad de vida.....	45
Metodología de trabajo.....	46
Diseño metodológico.....	47
Universo de estudio.....	47
Criterios de selección de la muestra.....	47
Métodos de selección de la muestra.....	47
Métodos e Instrumentos de recolección de datos.....	48
Técnicas de medición.....	48
Variables Intervinientes.....	50
Análisis de datos.....	52
Conclusión.....	70
Bibliografía.....	73
Apéndice.....	77

Agradecimientos:

- Toda nuestra gratitud a la T. O. Gladys Cangini por brindarnos su sólida experiencia y habilidad para cumplimentar la teoría y alentar el desarrollo de esta tesis.
- Agradecemos el asesoramiento y la revisión constructiva y crítica del grupo estadístico N.U.C.O.M.P.A. de la facultad de Ciencias Exactas de la U. N. Centro Tandil.
- A la Dra. Soledad Schilling por guiarnos en nuestros primeros pasos.
- Especialmente agradecemos las contribuciones y asesoramientos de los profesores: Esther Llinás, Lic. Pablo Straccia y Lic. Sandra Gómez.
- Este trabajo no podría haberse realizado sin la valiosa colaboración del equipo médico del Servicio de Reumatología y del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación del H.I.G.A. "San Martín" de la ciudad de La Plata.
- Agradecemos a todas las T.O. que con su colaboración nos permitieron brindar un aporte a la Terapia Ocupacional.

RESUMEN ESTRUCTURADO:

E { **OBJETIVO GENERAL:**

Establecer una comparación entre los pacientes que cumplen regularmente con el tratamiento de Terapia Ocupacional, y aquellos que lo cumplen con irregularidades, en relación a la capacidad funcional de los mismos.

HIPOTESIS:

El cumplimiento del tratamiento de Terapia Ocupacional favorece y/o mantiene la capacidad funcional de los pacientes con Artritis Reumatoidea.

M { **DISEÑO METODOLOGICO:**

Análítico Retrospectivo Longitudinal. Años 1992 y 1993.

LUGAR:

Consultorio de Terapia Ocupacional. Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Interzonal General de Agudos "General San Martín". La Plata. Bs. As. Argentina.

PACIENTES:

Cuarenta (40) pacientes con Artritis Reumatoidea que concurren al Consultorio de Terapia Ocupacional durante los años 1992 y 1993.

INTRODUCCION:

Esta Investigación nace de la observación del quehacer diario del Terapeuta Ocupacional (T.O.) en (pacientes con Artritis Reumatoidea (A.R.) y del interés por ^{investigar} verificar la influencia del grado de cumplimiento y la eficacia del Tratamiento de T.O. en el pronóstico funcional de estos pacientes.)

Analizando la bibliografía existente, encontramos que años atrás, los pacientes con cierto grado de actividad inflamatoria y en especial los que seguían un curso progresivo planteaban numerosos problemas terapéuticos que ningún médico en forma individual podía abarcar adecuadamente. Se planteaba como situación ideal aquella en la cual todo enfermo artrítico que lo necesitare fuese evaluado y tratado por un equipo de profesionales compuesto por: un médico reumatólogo, un fisioterapeuta, un médico fisiatra, un terapeuta ocupacional, un ortopedista, un psicoterapeuta, un asistente social, un orientador vocacional. (García Morteo, 1973).

Actualmente, en la Argentina, si bien son muy pocos los pacientes con A.R. que tienen la posibilidad de acceder a un tratamiento integral con miras a una rehabilitación, existen lugares que brindan esa oportunidad, entre ellos el Hospital Interzonal General de Agudos "Gral. San Martín" de la ciudad de La Plata, de donde hemos recabado los datos para nuestra investigación, en el cual cuenta con un equipo interdisciplinario que aborda este tipo de pacientes, con objetivos comunes de tratamiento, y es nuestro interés extraer del mismo los concernientes específicamente al área de Terapia Ocupacional y rescatar la relevancia que esta disciplina tiene para el tratamiento de la A.R..)

La intensa búsqueda bibliográfica y los datos obtenidos del lugar de referencia nos permitieron organizar los temas incumbentes a nuestra problemática.

Trabajamos en base al diseño Analítico Retrospectivo Longitudinal, remitiéndonos a pacientes que concurrieron al consultorio de T.O. durante los años 1992 y 1993, para dar respuesta a las inquietudes planteadas.

Merab

Hemos conocido e investigado la realidad y problemática del paciente artrítico durante el tratamiento de T.O., lo que nos permitió analizar las variables en cuestión: grado de cumplimiento del tratamiento T. O. y capacidad funcional de los pacientes con A.R., arribando a una relación significativa entre ambas.

} Merado

MARCO TEORICO

CAPITULO I

ARTRITIS REUMATOIDEA

CONSIDERACIONES CLINICAS:

Comenzaremos este capítulo caracterizando la enfermedad que nos compete, es decir, la Artritis Reumatoidea, que al ser una patología muy concreta y con características que la hacen única, nos parece adecuado citar al Dr. García Morfeo en el siguiente párrafo.

"La Artritis Reumatoidea es una enfermedad sistémica del tejido conectivo, de naturaleza inflamatoria y curso habitualmente crónico, que afecta principalmente a un número variable de articulaciones determinando con frecuencia deformidades articulares que se acompañan de distintos grados de invalidez. Si bien pueden observarse en cualquier edad, la mayoría de los casos comienza entre los 20 y 50 años, y la enfermedad predomina en el sexo femenino, en una proporción de 2 a 3 mujeres por cada hombre" (García Morfeo, 1973).

Con respecto a lo enunciado en el párrafo anterior, creemos oportuno mencionar que en nuestra investigación la población oscila entre los 20 y 70 años de edad, con una proporción de 5 mujeres por cada hombre.

Es necesario hacer un diagnóstico certero de la enfermedad para determinar que se trata de A.R. Para ello la American College of Rheumatology ha propuesto los siguientes criterios (Gonzales Alvaro-Laffón Roca, 1993).

1. Rigidez matutina de más de una hora de duración en las articulaciones afectadas, durante, por lo menos, seis semanas.
2. Artritis de 3 ó más áreas articulares objetivadas por un observador experimentado.
3. Artritis de las articulaciones de las manos, que afecta al menos a una de las siguientes áreas: carpo, metacarpo-falángicas, e Interfalángicas proximales.

4. Artritis simétrica.

5. Presencia de nódulos reumatoideos, objetivados por un observador experimentado.

6. Presencia de factor reumatoideo.

7. Hallazgos radiográficos típicos de la A.R. en la radiografía pósterio-anterior de manos, que incluyen erosiones u osteopenia yuxtaarticular en las zonas afectadas.

Los cuatro primeros criterios deben estar presentes, por lo menos, durante seis semanas.

Puede afirmarse que un paciente presenta A.R. si satisface al menos cuatro de estos siete criterios.

Como el curso de la enfermedad es impredecible y varía constantemente de un paciente a otro, no podemos dar detalles acerca de lo que pueda ir sucediendo en un paciente con A.R., lo que sí podemos mencionar es que habitualmente consiste en exacerbaciones periódicas con remisiones parciales y progresión gradual de las deformidades, con disminución de la capacidad funcional.

MANIFESTACIONES ARTICULARES:

Previo a la descripción de las manifestaciones articulares que la caracterizan, nos referiremos a la sintomatología, que es el resultado de la invasión sinovial:

"Normalmente, la membrana sinovial cubre toda la cavidad articular, excepto la superficie del cartílago hialino. En los casos de A.R. la sinovia inflamada forma una masa granulomatosa (pannus) de acción invasora y efecto destructivo que crece y se desarrolla por encima de la superficie del cartílago, dentro de las adjunciones ligamentosas y en el interior y la periferia de los tendones. El resultado de esto es la distensión capsular, la destrucción del cartílago, erosiones subcondrales, aflojamiento de las inserciones ligamentosas, lesiones y daños funcionales de los tendones y, finalmente, la desorganización articular. Toda esta sintomatología que es característica de las lesiones que constituyen el proceso reumatoideo avanzado; cada lesión o deformidad del sistema músculo-esquelético que se observa en los casos de A.R. es el resultado primario o secundario de esta invasión sinovial, la cual destruye eventualmente las relaciones anatómicas normales. Las deformaciones específicas están relacionadas con la localización y la intensidad del proceso destructivo" (Hunter-Schneider, 1990).

El proceso que con mayor intensidad y más precozmente interfiere con una función normal es la contractura de los músculos flexores y la hipotrofia de los extensores que lleva a las articulaciones inflamadas a una posición viciosa de flexión. Este proceso es más evidente y temprano en algunas articulaciones como las rodillas y caderas. Posteriormente la deformidad se consolida debido a la retracción cicatrizal de la membrana sinovial y al acortamiento tendinoso de los músculos flexores y más adelante merced a la anquilosis fibrosa u ósea de la articulación. Estas alteraciones se producen en los casos donde la enfermedad progresa y no ha existido tratamiento o el mismo no ha sido el adecuado. Otro aspecto relevante de la A.R. es que las lesiones de mayor significación se encuentran en las articulaciones diartrodiales. (García Morteo, 1973).

A continuación detallaremos cada una de las articulaciones que comúnmente están comprometidas en A.R.:

1- Columna cervical: la complicación más frecuente es la subluxación atlanto-axoidea, cuyo primer síntoma es la presencia de dolor cervical que se irradia hacia la región occipital. Puede producirse también una patología neurológica compresiva. En ocasiones se observa contracturas de los músculos anteriores del cuello.

2- Hombros y cintura escapular: pueden afectarse varias articulaciones (esterno-clavicular, acromio-clavicular, etc.) pero la más obvia es la escapulo-humeral. Además a menudo hay enfermedad del manguito rotador. Pueden estar alteradas las actividades básicas como vestirse, alimentarse, higienizarse, especialmente si hay compromiso del codo.

3- Codos: además de las dificultades que resultan de la incapacidad para flexionar el codo, también se alteran los movimientos de rotación. Ocasionalmente puede haber un atrapamiento directo del nervio cubital en su canal, provocando limitaciones funcionales de significativa consideración.

4- Muñecas: es la pieza clave articular para un funcionamiento adecuado de la mano. La afección puede verse desde temprano durante el curso de la enfermedad en las articulaciones radiocarpianas, radiocubital o intercarpiana, como también en una combinación de estas articulaciones.

Las deformidades típicas que se observan en las muñecas reumatoideas son la flexión, pronación, desviación radial o cubital, la subluxación palmar y la subluxación dorsal asociada a la cabeza del cúbito. Los movimientos activos de flexión y rotación de las articulaciones de la muñeca son de suma importancia para las adaptaciones funcionales de la mano normal y aún más en caso de discapacidades de los dedos. El síndrome del túnel carpiano es común debido a la compresión del nervio mediano, cursando con parestesia y disestesia del pulgar, segundo dedo, tercer dedo y cara radial del cuarto dedo.

4-1- Articulaciones radiocarplana: el sistema de múltiples conexiones de la muñeca se ve alterado en la A.R. como resultado del aflojamiento de las estructuras ligamentosas, pudiéndose llegar a producir una dislocación completa de la muñeca. El aflojamiento de los ligamentos del lado radial de las articulaciones es algo común, lo que permite un desplazamiento cubital de la línea proximal del carpo, dando lugar a una posterior desviación radial de la mano en el antebrazo. La subluxación asociada de la articulación radiocubital distal produce una pérdida en la estabilidad del lado cubital de la muñeca.

4-2 Articulación radiocubital distal: la rotación es el componente más importante para la adaptación de la muñeca y sus articulaciones a los movimientos de la mano. La disfunción de la articulación radiocubital distal en A.R. ocurre con mucha frecuencia, y la invasión sinovial de esta articulación origina una serie de discapacidades que lesionan el funcionamiento normal de la muñeca y de la mano. Clínicamente se caracteriza por la prominencia dorsal y la inestabilidad de la cabeza del cúbito (cúbito en tecla), acompañada por una creciente debilidad de la muñeca, dolores y crepitaciones durante el movimiento, especialmente el rotatorio, por ejemplo al abrir la tapa de un frasco, un picaporte, etc..

5- Manos: el compromiso de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales es frecuente y un aspecto temprano. La subluxación palmar y desviación cubital son aspectos tardíos comunes a nivel metacarpo-falángicas. Como consecuencia de la inflamación articular crónica, por la debilidad y atrofia de músculos intrínsecos y extrínsecos de la mano y por roturas tendinosas se producen las deformidades típicas del A.R.

5-1- Articulación interfalángica distal (D.I.F.): la invasión sinovial de las articulaciones interfalángicas distal origina deformidades específicas, como el dedo "en martillo", algo que no es común en A.R., aunque no dejamos de mencionarlo ya que este tipo de deformidad aparece con posterioridad a las deformaciones colapsantes en "boutoniere" o en "cuello de cisne"

5-2- Articulación Interfalángicas proximal (P.I.F.): la deformidad colapsante del sistema triarticular de los dedos es algo visto con bastante frecuencia en A.R.. Estas alteraciones o trastornos se caracterizan por la hiperextensión de una de las articulaciones y la flexión recíproca de las articulaciones contiguas. La ruptura zigzagueante del patrón flexor extensor normal de la cadena ósea se ve comúnmente impedido por los mecanismos de desequilibrio tendinoso y las restricciones ligamentosas a la hiperextensión. Las deformidades "en cuello de cisne" o en "boutoniere" constituyen ejemplos de semejante disfunción en la A.R.. Las fuerzas aplicadas en forma axial agravan aún más las deformidades establecidas.

5-2-1- Deformidad en "boutoniere": el evento principal es que los tendones laterales del aparato extensor sufren una dislocación en una dirección palmar, ubicándose por debajo del eje central de las articulaciones interfalángicas proximales, mientras que el tendón central del extensor se halla debilitado

como consecuencia de su estiramiento posterior a la invasión sinovial, por lo tanto no puede efectuar la extensión normal de la falange media.

Debido a que los tendones laterales se encuentran relativamente acortados por su desplazamiento, ocurre una deformidad en hiperextensión de la D.I.F.. Las articulaciones se endurecen debido a la contractura, sufriendo desorganizaciones y subluxaciones posteriores a medida que avanza la enfermedad.

5-2-2-Deformidad en "cuello de cisne": se caracteriza por la hiperextensión de las articulaciones interfalángicas proximales y la flexión de las articulaciones distales. Esto es causado por sinovitis de la vaina del tendón flexor con restricción en la flexión de la articulación interfalángica. Aquellos pacientes que sufren de sinovitis en el tendón flexor presentan dificultades tanto al comenzar como al completar la flexión digital interfalángica, ya sea por dolor o por limitación mecánica de los tendones flexores, los cuales concentran la mayor parte de su fuerza en las articulaciones metacarpo-falángicas (por acción de los músculos intrínsecos).

La incapacidad de los tendones flexores superficiales para flexionar las articulaciones interfalángica proximales da como resultado una permanente rigidez articular, desorganización y subluxación articular.

5-3- Articulación metacarpo-falángica: las deformidades de estas articulaciones en los casos de A.R. se manifiestan usualmente por un aumentado deslizamiento cubital y un incremento en la subluxación palmar. Este tipo de articulación es potencialmente inestable si se ha perdido el balance o equilibrio muscular normal o si las estructuras de control del sistema ligamentoso se hallan destruidas por causa de la enfermedad reumatoidea. Las articulaciones metacarpo-falángicas, debido a la complejidad de sus movimientos que son casi constantes durante las adaptaciones funcionales de la mano, están sujetas a grandes presiones.

Los tendones palmares y cubitales que han sido desplazados de sus lugares generan fuerzas deformantes ulteriores y los músculos intrínsecos, que forman un puente entre los sistemas flexores y extensores, y que al mismo tiempo proporcionan al flexor poder directo a partir de la articulación metacarpo-falángica, han sufrido procesos de elongación debido a la afección reumática.

Las deformidades de la muñeca y la ruptura de los tendones extensores juegan un rol secundario que agrava aún más los trastornos de las articulaciones metacarpo-falángicas. Una vez producida la desviación y la subluxación cubital, el proceso deformativo sufre agravaciones ulteriores debido al estiramiento muscular y a las fuerzas originadas por actividades funcionales y por acción de la gravedad.

6- Pulgar: la extensa bibliografía consultada nos ha permitido discriminar y seleccionar ciertos temas, tales como las deformidades del pulgar. Consideramos que la clasificación de Nalebuff es la más específica y abarcativa de las deformidades del pulgar en A.R., por lo que la detallamos a continuación: (Hunter- Schnelder, 1990).

- Tipo 1: esta deformidad fue reconocida como la más común y caracterizada por la flexión de la articulación metacarpo-falángica, hiperextensión de la articulación distal abducción del metacarpiano. Otros han llamado a ésta deformidad en "boutoniere" del pulgar, lo cual lleva a confusión, porque la deformidad en flexión del pulgar parte de la articulación metacarpo-falángica, en vez de la interfalángica proximal como ocurre en los otros dedos.

- Tipo 2: se caracteriza por la adducción del metacarpiano, la alteración original es a nivel de la articulación metacarpo-falángicas, con subluxación del primer metacarpiano el cual luego asume una posición en adducción.

- Tipo 3: ha sido llamada también deformidad en "cuello de cisne", pero la hiperextensión es en la articulación metacarpo-falángica del pulgar, en vez de serlo en la articulación interfalángica proximal como ocurre en los demás dedos. Al principio la hiperextensión de la articulación metacarpo-falángica es reductible pasivamente, con el tiempo el rango de la articulación metacarpo-falángica en flexión disminuye y la articulación es fijada en una posición de hiperextensión, con subluxación de la articulación carpometacarpiana. Como medida para corregir esta deformidad se requiere de la abducción del primer metacarpiano.

- Tipo 4: como resultado de la sinovitis el ligamento colateral cubital de la articulación metacarpo-falángica sufre un alargamiento. Como la falange proximal se desvía lateralmente a nivel de la articulación metacarpo-falángica, el primer metacarpiano asume secundariamente una posición en adducción; luego de esto el primer interóseo dorsal y el músculo adductor son acortados, el espacio entre el pulgar y el dedo índice comienza a contracturarse. Aunque

el primer metacarpiano es aducido, no hay subluxación de la articulación carpo-metacarpiana.

La llave del tratamiento en este tipo de deformidad es restaurar la estabilidad de la articulación metacarpo-falángica en una posición correcta y reducir la contractura del primer espacio interóseo.

-Tipo 5: hay pacientes en quienes el mayor factor de deformidad es la inestabilidad o alargamiento de los ligamentos volares de la articulación metacarpo-falángica, como resultado de ésto la articulación metacarpo-falángica se hiperextiende y la articulación distal asume una posición en flexión. En estos pacientes el primer metacarpiano no necesariamente asume una posición en adducción y la articulación carpo-metacarpiana se encuentra usualmente intacta.

Estas cinco deformidades del pulgar ocurren por un desequilibrio entre varias articulaciones del pulgar. Se puede observar que en cada uno de los casos la alteración de la postura a un nivel determinado tiene un efecto en las articulaciones adyacentes.

A menudo hay otro tipo de deformidad en el pulgar:

-Tipo 6: el mayor evento en este tipo de deformidad es un colapso o pérdida de sustancia ósea. En estos pacientes se observa que los pulgares comienzan a acortarse, al tiempo que comienzan a mostrar piel abundante en relación a su aparato óseo. Esta condición no sólo se presenta en el dedo pulgar sino que se encuentra asociado con dificultades similares en los otros dedos.

La inestabilidad, rigidez o dolor en las articulaciones interfalángicas, metacarpo-falángicas o carpo-metacarpianas del pulgar se ven acentuadas por las fuerzas ejercidas durante las actividades destinadas a las prensiones o manipuleo de objetos.

7- Cadera: en aproximadamente el 50 % de los pacientes las caderas se encuentran comprometidas, habitualmente no es un aspecto temprano. La presencia de sinovitis crónica en estas articulaciones conduce ocasionalmente al colapso y reabsorción de la cabeza femoral, y a nivel del acetábulo termina produciendo profusión en la pelvis. La cabeza erosionada del fémur empuja centralmente hacia el acetábulo, y de hecho algunas veces a través de éste. Esto se manifiesta en dificultades al adquirir la bipedestación y posición sedente, al igual que la marcha.

8- Rodillas: son, de las grandes articulaciones, las que más frecuentemente se afectan. Por su accesibilidad, la presencia de signos inflamatorios se detecta con rapidez. La primera secuela que aparece es la dificultad para la extensión total de la rodilla, desarrollando una contractura en flexión y una deformidad progresiva en valgo que puede hacerse tan severa que difícilmente el paciente logre adelantar una rodilla a la otra al caminar.

9- Pie: la afección del pie en la A.R. es muy similar a lo que ocurre en la mano y casi tan frecuente como la de ésta. Las articulaciones metatarso-falángicas están casi siempre afectadas. Típicamente el arco transversal (metatarsiano) del pie se colapsa, por lo que el peso es soportado por la cabeza de los metatarsianos 2do., 3ro. y 4to. en vez de serlo por la cabeza del 1er. y 5to. metatarsiano como ocurre en el pie normal. La fascia plantar se contrae produciendo un pie cavo. Los dedos del pie adoptan una posición en "martillo" y no se ubican fácilmente en el interior de un zapato normal. La primera articulación metatarso-falángica sufre una progresiva deformidad en valgo, desarrollando un juanete sobre su superficie interna.

Otras manifestaciones:

Nos referiremos a los nódulos reumatoideos, que son masas firmes, indoloras, redondeadas u ovals, ubicadas en los tejidos subcutáneos o conectivo profundo, variando su tamaño desde menos de 0,5 cm. hasta varios centímetros de diámetro. Se caracterizan por una zona central de necrosis, rodeada de histocitos en empalizada, células epiteloides y también infiltrados inflamatorios crónicos. Cuando su localización es subcutánea aparecen en zonas traumatizadas como el codo, las superficies extensoras de los brazos, por debajo de la apófisis del olécranon, rodillas, nudillos, occipucio, nalgas y las áreas escapulares mediales, en el dorso de la cabeza y las orejas (debido a la presión de esta zona sobre la cama), el dorso de los talones, el puente nasal (por el uso de anteojos). Los nódulos se suelen desarrollar en el pulpejo de los dedos en los pacientes que utilizan herramientas, y sobre las tuberosidades isquiáticas en aquellos pacientes que están sentados por largos períodos sobre superficies duras.

Cuando los nódulos reumatoideos se localizan en las áreas articulares y, según sea su tamaño, pueden limitar la amplitud de movimientos de dicha articulación.

En resumen, la dificultad más importante e incapacitante de la A.R. está referida a las manifestaciones articulares, que ocasionan dolor, limitación articular, deformidades, hipotrofia o atrofia muscular, y como consecuencia de ésto una disminución de la capacidad funcional, tema al que nos referimos en el siguiente capítulo.

CAPITULO I I

CAPACIDAD FUNCIONAL

EVALUACION DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL
EN PACIENTES CON A.R.:

"Efectuando un simple análisis del total de tareas comunes y esenciales a la vida de toda persona, realizadas desde las primeras hasta las últimas horas del día, se observa la posibilidad de referirse a cientos de actividades. Desde el simple cepillarse los dientes, al acostarse y levantarse de una cama, al sentarse y pararse de una silla, hasta lo complejo de viajar, desde el abotonarse una camisa hasta el peinarse, son actividades realizadas automáticamente, en forma natural, debido al costumbrismo del quehacer cotidiano, sin detener su realización para pensar qué movimientos, qué habilidades, qué esfuerzos precisar."(Maltinskis, 1985).

Sin embargo, como resultado del dolor, las deformidades, la pérdida del rango de la movilidad, la fatiga o una disminución en la fuerza muscular, los pacientes con A.R. pueden experimentar dificultades al vestirse, bañarse, higienizarse, cocinar y otras habilidades manuales.

Estos aspectos hacen referencia a la **capacidad funcional**, es decir, al conjunto de movimientos coordinados y dirigidos en relación a la fuerza muscular, precisión, amplitud articular de miembros superiores e inferiores, para ejecutar las A.V.D. (actividades de la vida diaria), A.B.H. (actividades básicas del hogar) y actividades laborales.

Los criterios de evaluación funcional más utilizados para la A.R. se basan en la clasificación de Steinbroker (Mc. Carthy, 1993), que consta de cuatro categorías:

-*Normal*: paciente que realiza todas las actividades usuales sin impedimento.

-*Funcional*: paciente que realiza actividades normales adecuadamente, pese a ocasionales molestias en una o más articulaciones.

-*Limitado*: paciente que está limitado a poca o ninguna actividad, ocupación usual o cuidado de sí mismo.

-*Muy limitado o nada*: paciente casi o totalmente incapacitado, está en cama o confinado a una silla de ruedas y tiene escaso o nulo cuidado de sí mismo.

La capacidad funcional de los paciente se determina mediante una ficha de evaluación confeccionada para tal fin y cuyo prototipo son las A.V.D., es decir, las actividades básicas, necesarias e indispensables que surgen en el transcurso de un día de vida. Esta ficha fue implementada en el Instituto Nacional de Rehabilitación de la Capital Federal, en el servicio de Terapia Ocupacional, y es la que se utiliza en el Hospital Interzonal General de Agudos "Gral San Martín" de La Plata, de donde hemos recabado los datos para nuestra investigación.

La ficha de evaluación de capacidad funcional es un medio que nos posibilita registrar, cuantificar y objetivar la función del paciente en un momento determinado. Está formada por una parte para Tren Superior, y otra para Tren Inferior. Se utiliza una escala de registros numérica que va del 0 al 10 según el paciente no pueda cumplimentar el ítem o lo realice en forma normal. Con el resultado de la sumatoria se extrae el porcentaje normal que son 400 puntos, 200 puntos para Tren Superior y 200 puntos para Tren Inferior, que se extrae de la sumatoria de cada ítem con puntuación 10, que es lo que se daría en una persona sin limitación funcional alguna. Luego se realiza una regla de tres simple. Consta de varias columnas para posteriores re-evaluaciones. Está formada por una serie de ítems los cuales enumeramos a continuación:

Segmento Superior:

- 1- Quitarse el saco, en percha alta, con cada brazo por turno.
- 2- Llevar ambas manos por detrás de la cintura para entrar la blusa.
- 3- Alisar el cabello, llegando hasta la nuca.
- 4- Llevar un trozo de pan a la boca con cada mano.
- 5- Retorcer ropa.
- 6- Abotonar y desabotonar, abrir y cerrar ganchos, cierres.
- 7- Arremangarse y enrollar puños, arreglar cuello de hombro opuesto.
- 8- Escribir
- 9- Mirar hacia arriba y hacia ambos lados.
- 10- Medir fuerza de garra en columna mercurial.

Segmento Inferior:

- 1- Sentarse.
- 2- Ponerse de pie.
- 3- Caminar.
- 4- Subir escaleras.

- 5- Bajar escalones.
- 6- Sentado cruzando una pierna sobre la otra, quietarse el zapato.
- 7- Ponerse en puntas de pie.
- 8- Arrodillarse.
- 9- Separar las rodillas.
- 10- Agacharse para recoger algo del piso.

Puntaje:

- 0- Nada.
- 2- Limitado con adaptación o ayuda.
- 4- Limitado sin adaptación o ayuda.
- 6- Funcional con adaptación o ayuda.
- 8- Funcional sin adaptación o ayuda.
- 10- Normal.

Queremos destacar que por medio de esta ficha observamos la fuerza, amplitud y precisión en los movimientos de cada segmento corporal, aplicados a una actividad de la vida diaria.

Por ejemplo, al evaluar el ítem 3 del segmento superior: "Alisar el cabello, llegando hasta la nuca", estamos observando los movimientos de flexión y rotación externa del hombro, flexión de codo. En el ítem 1 del segmento inferior: "Sentarse", observamos flexión de cadera y flexión de rodillas.

A continuación de los ítems y puntajes también se adjunta información sobre la descripción precisa de la movilidad, de la velocidad del movimiento, alineación articular, del dolor, goniometría (cuando es necesario), alteración de estructuras de partes blandas, descripción detallada de las A.V.D., estado psicológico del paciente, estilo de vida, y datos que son significativos o relevantes para el T.O., y que le brindan a éste detalles en cuanto a la disposición y cumplimiento del tratamiento por parte del paciente.

En la actualidad se dispone de un gran número de evaluaciones o cuestionarios específicos de enfermedades reumáticas, diseñados para estudiar la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes. Los instrumentos que han alcanzado mayor difusión analizan principalmente la función del sistema músculo-esquelético a partir de la dificultad experimentada por los enfermos en realizar diferentes actividades de la vida diaria, algunos también incluyen el estado emocional y la relación social. A continuación mencionamos brevemente aquellos cuestionarios o evaluaciones de capacidad

funcional que han obtenido mayor difusión: (Revista Española de Reumatología, 1991).

-Funcional Status Index (F.S.I.): es un cuestionario de capacidad funcional que evalúa el grado de dolor, dependencia y dificultad en relación con actividades de la vida diaria. Estudia cinco categorías: desplazamiento, destreza manual, cuidado personal, tareas del hogar y relación social. La versión inicial incluía 45 preguntas, la versión actual consta de 18 preguntas que puede administrarse de forma autoaplicada en 20 minutos.

-Health Assessment Questionnaire (H.A.Q.): es un cuestionario específico de enfermedades reumáticas, el cuestionario de capacidad funcional consta de 20 preguntas agrupadas en 8 categorías. Se trata de un cuestionario autoaplicable, que se puede rellenar en 5-10 minutos. Existe una versión modificada, el M.H.A.Q., que evalúa satisfacción además de capacidad funcional.

-Arthritis Impact Measurement Scales (A.I.M.S.): incluye un total de 66 preguntas, 45 de las cuales se agrupan en 9 escalas que evalúan: movilidad, actividad física, destreza, actividades del hogar, actividades de la vida diaria, ansiedad, depresión, interacción social y dolor. Las 21 preguntas restantes evalúan: estado global de salud, morbilidad y variables sociodemográficas. La información contenida en los 9 escalas del A.I.M.S. se pueden resumir en cinco componentes: función de las extremidades superiores, función de las extremidades inferiores, dolor, afecto e interacción social. Este cuestionario puede realizarse en forma autoaplicada, en 20 minutos.

-Mc Master Toronto Arthritis Patient Preference Disability Questionnaire (M.A.C.T.A.R.): es un cuestionario que recoge, mediante una entrevista estructurada, el grado de incapacidad debido a la artritis en una amplia variedad de actividades de la vida diaria que incluyen movilidad, cuidado personal, trabajo relación social y tiempo libre. Posteriormente se le pide al paciente que ordene dichas actividades, según sus preferencias, por el orden que él desearía que mejoraran. Este tipo de enfoque puede servir de ayuda en la toma de decisiones sobre el tratamiento.

Las evaluaciones y/o cuestionarios de calidad de vida relacionada con la salud proporcionan una información válida y fiable del impacto de la enfermedad en la vida del enfermo. En este sentido ofrecen una información relevante del enfermo, no aportada por otros parámetros, clínicos o biológicos,

por lo que se pueden considerar medidas complementarias. Por sus características favorecen la identificación de trastornos funcionales que de otra forma pasarían desapercibidos, como así también permiten apreciar una mejoría o empeoramiento en la capacidad funcional.

En nuestro trabajo de tesis consideraremos la ficha de evaluación que ya fuera mencionada y detallada minuciosamente, ya que es la que se utiliza en el H.I.G.A. "Gral. San Martín" de La Plata, y porque nos ha posibilitado obtener datos concretos y precisos que nuestra investigación requería.

Concluimos en que el manejo exitoso del paciente reumatológico depende de una evaluación meticulosa. En cada caso debe tenerse en cuenta el estado evolutivo de la enfermedad, la diversidad de síntomas y sus efectos sobre la calidad de vida del paciente, la personalidad, el nivel de comprensión y capacidad para cooperar cuando se planifica el tratamiento.

CAPITULO III

TRATAMIENTO DE TERAPIA
OCUPACIONAL EN PACIENTES CON A.R.

ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS:

Teniendo en cuenta la diversidad de síntomas y manifestaciones de la A. R., es muy difícil decidir el tratamiento utilizando un esquema que sea aplicable a cada paciente en cualquier momento evolutivo; por esta razón debe ser individualizado. El equipo de profesionales que aborda a este tipo de pacientes está compuesto por: un reumatólogo, un médico fisiatra, un terapeuta físico, un terapeuta ocupacional, un ortopedista, un psicoterapeuta, un asistente social, un orientador vocacional. El enfoque en equipo ayuda a los pacientes a vivir y a manejarse mejor y en forma más efectiva con su enfermedad.

"Es fundamental que la iniciación del tratamiento vaya precedida de una adecuada explicación al paciente y muchas veces a sus familiares de la verdadera naturaleza de la enfermedad, su pronóstico y tratamiento, y sus limitaciones. El objetivo principal de esta información es obtener del enfermo y su familia la máxima cooperación durante el tratamiento, factor éste que influye notablemente en el pronóstico, sumándose a éste si el plan terapéutico es correctamente realizado por el paciente. En la práctica es frecuente observar pacientes que se hallan sobreprotegidos por sus familiares. Esta situación tiene gran importancia, ya que generalmente provoca el incumplimiento de cierta parte del programa terapéutico, especialmente lo relacionado a las actividades de la vida diaria." (García Morteo, 1973).

Es necesario una evaluación exhaustiva antes de iniciar el tratamiento, al igual que re-evaluaciones periódicas para determinar objetivos y planes de tratamiento, que incluye programa de ejercicios y actividades, posicionamiento, técnicas de protección articular, técnicas para la conservación de la energía, equipamiento.

El tratamiento de Terapia Ocupacional consiste en un programa dirigido hacia el mantenimiento o restablecimiento de la capacidad funcional, favoreciendo una mejor calidad de vida en el orden personal, social y laboral. Los objetivos del tratamiento son los siguientes:

- reducir el dolor y la inflamación.
- evitar y/o corregir deformidades.

- ④ - favorecer y/o mantener la fuerza muscular.
- mantener y/o aumentar la función e integridad articular.
- educar al paciente en la referente a:
 - reposo.
 - técnicas para la conservación de la energía.
 - principios de protección articular.

A continuación describiremos muy detalladamente las estrategias de tratamiento de Terapia Ocupacional en A.R. referidas a:

- A- Educación del paciente.
- B- Equipamiento ortésico y equipamiento adaptativo.
- C- Movimientos activos y activo-asistidos aplicados en una actividad real.

A- Educación del paciente:

(X) La educación del paciente para la prevención de la pérdida de capacidad funcional incluye: importancia del reposo, indicaciones para la protección articular, e instrucciones para la conservación de la energía.

El reposo constituye una buena medida terapéutica que debe administrarse correctamente. La mayoría de los pacientes se dan cuenta de que necesitan más descanso, pero requieren indicaciones claras y precisas acerca de cuándo y cómo descansar cuando sea necesario.

Cuanto mayor sea el número de articulaciones afectadas más completo tendrá que ser el reposo, pero no por completo será absoluto. Siempre habrá alguna articulación indemne y algún grupo muscular que fortalecer sin temor a alterar el curso de la enfermedad. Conociendo la característica evolutiva de la A.R. se debe aprovechar para mantener en función a las articulaciones menos afectadas, mientras se deja en reposo a las que lo están más.

Las articulaciones de los miembros inferiores presentan un compromiso mayor ya que están destinadas a soportar el peso del cuerpo, pues obligan al paciente a permanecer en cama. En este caso se deben extremar los cuidados de posición, no sólo de los distintos segmentos del cuerpo entre sí, sino de la postura en general.

Las condiciones en que se cumple el reposo son importantes: la cama debe ser firme y recta, o en su defecto se recomienda el uso de una tabla de madera debajo del colchón; deben evitarse las posiciones que lleven a contracciones, tales como el uso de almohadillas debajo de las rodillas o dormir de lado con las rodillas flexionadas; también debe evitarse la contracción en flexión de la cadera. Para prevenir las deformidades de los pies y tobillos, se recomienda el uso de un soporte acolchado o un tablero apoya pies, que a la vez evita el peso de la ropa de cama; o un arco de protección (arco "soportamantas").

La almohada deberá ser baja para evitar la flexión de la columna cervical.

El reposo en cama acompañado por el reposo local de las articulaciones es una etapa importante en el tratamiento conservador de la A.R., especialmente si lo combinamos con períodos de movilización articular realizados varias

veces al día, para mantener la función muscular; debe iniciarse con ejercicios isométricos (durante la exacerbabación de la sintomatología), que son aquellos que no van acompañados de movimiento articular y que permiten únicamente el trabajo muscular; siguiendo con ejercicios activos y activo-asistidos para conservar el rango de movimiento y la recuperación muscular.

Cuando los pacientes vuelven a actividades más regulares debe aconsejarse un período de descanso durante el día. Es recomendable descansar entre 12 y 14 horas diarias (incluyendo las horas de sueño); es de gran ayuda "cortar" la actividad diaria al mediodía durante 2 a 4 horas, lo que disminuye los inconvenientes provocados por la fatiga; así como también descansar antes de la cena puede ser de gran ayuda.

En definitiva y lo que interesa como concepto es que el reposo muy raramente deberá ser absoluto, para convertirse en un reposo parcial o relativo, combinando con ejercicios que evitan la hipotrofia de los músculos adyacentes a la articulación comprometida.

A medida que las actividades y los ejercicios puedan ir incrementándose gradualmente, de acuerdo a la tolerancia del paciente, son necesarias y oportunas las indicaciones acerca de la protección articular y de economía de la energía.

Los métodos para la protección de las articulaciones y de economía de la energía consisten en técnicas para llevar a cabo las actividades diarias con un mínimo de esfuerzo y de stress articular, para así reducir el dolor, preservar las estructuras articulares y conservar la energía física. Estas técnicas consideran las implicancias del proceso de la enfermedad y las integran al estilo de vida de los pacientes. **Los principios de protección básicos para las articulaciones** son los siguientes:

1- Mantener el rango o alcance de movilidad de las articulaciones y la fuerza muscular: los ejercicios constituyen una parte importante del programa para el tratamiento global. El T.O. debe ayudar al paciente a integrar dichos ejercicios a su rutina diaria, tendiendo a que trabaje con el máximo de las articulaciones y grupos musculares posibles.

2- Evitar las posiciones que den lugar a las deformidades: evitando posiciones de deformidades estáticas o movimientos en dirección a la deformidad (ya sea por presiones intrínsecas o extrínsecas); por ejemplo, al levantarse de una silla evitar colocar el peso del cuerpo contra la parte

posterior de los dedos (nudillos), la técnica adecuada es apoyarse sobre la palma de la mano; evitar la fuerza excesiva con el dedo pulgar al apretar el botón del baño, efectuándolo con la palma.

3- Emplear las articulaciones más fuertes para realizar las actividades: utilizar palancas para reducir el stress en las articulaciones menores, por ejemplo, acarrear una bolsa sobre el hombro; o una libreta de bolsillo sobre el antebrazo.

4-Utilizar cada articulación en los planos anatómicos y funcionales más estables: es importante destacar la toma de conciencia postural que no sólo involucra el reconocimiento de una postura general defectuosa sino también anomalías posturales específicas de las articulaciones comprometidas. Debe enseñarse la postura correcta en la cama, en una silla, en posición de pie y al caminar, como así también durante las actividades. Por ejemplo durante la actividad manual, sobre el plano de la mesa, mantener los codos flexionados, antebrazo en pronación, muñeca levemente extendida, dedos en semiflexión y pulgar en oposición. En caso de ser necesario utilizar férulas para alinear el segmento corporal y permitir el uso funcional.

5- Asegurarse que los patrones de movimiento para el balance muscular óptimo sean los correctos: resulta de utilidad el empleo de un espejo destinado al feed-back o retroalimentación mientras se realizan los ejercicios.

6- Evitar las posiciones estáticas prolongadas: los músculos pueden fatigarse al intentar mantener una posición estática como también al adoptar una cierta posición activa. Esto puede hacer que aparezca stress posicional sobre las estructuras subyacentes, lo cual conduce a que se produzcan contracturas. La prolongada compresión de las articulaciones puede dar lugar a lesiones de las superficies articulares, por lo tanto se recomienda que el paciente cambie de posición cada 20 ó 30 minutos. Las actividades del paciente pueden alternarse para facilitar estos cambios posicionales.

7- Suprimir las actividades que no puedan interrumpirse: si se comprueba que las mismas exceden la capacidad individual para llevarlas a cabo. Es decir, el paciente debe tomar conciencia de su nivel de tolerancia ante determinadas actividades, para así evitar el stress articular; debe reconocer sus "días buenos" y "días malos" antes de emprender una actividad. Por ejemplo, salir de compras al supermercado sin tener en cuenta

que luego debe regresar con sobrepeso, puede acarrearle un incremento de la sintomatología.

8-Respetar el dolor: saber diferenciar entre molestia y dolor. El temor o el dolor de los pacientes pueden conducir a la inactividad innecesaria, en tanto que una falta total de atención por el dolor puede originar una lesión articular. Es importante que el paciente aprenda a controlar sus actividades y a detenerse cuando experimente fatiga o disconformidad. Si ésta dura más de una hora luego de la actividad, entonces la actividad debe disminuirse o a veces eliminarse de la rutina.

El T.O. contribuye a que el individuo reconozca analíticamente las actividades o posturas que incrementan sus propios síntomas, como también a identificar aquellos patrones posturales funcionales o de reposo que le proporcionan alivio. El aprendizaje del tiempo, la distancia o la resistencia requerida para varias actividades, ayudan a que el paciente aprenda las técnicas de simplificación del trabajo, que contemplan los principios de protección articular, lo cual sugiere que el individuo sea capaz de organizar sus propias responsabilidades y delegue en otros aquellas que le demanden gran esfuerzo. Por medio de estas técnicas se incluyen las secuencias de planeamiento destinadas a minimizar la energía requerida y, subsiguientemente incrementar la tolerancia.

Las técnicas de simplificación del trabajo se basan en **los principios de economía de movimiento o economía de energía** que son los siguientes:

1- Siempre que la condición lo permita, cuando esté trabajando, emplear ambas manos en movimientos simétricos y opuestos.

2- Arreglar las áreas de trabajo de modo que se encuentre dentro del alcance normal, disponer los elementos necesarios en semicírculo.

3-Deslizar, no levantar o transportar. Emplear una mesa con ruedas cuando se mueve de una superficie a otra.

4- Disponer un lugar de trabajo fijo, teniendo un lugar de trabajo especial para realizar cada trabajo, de modo que los elementos y el equipo puedan estar preparados para su uso inmediato.

5- Emplear el menor número de elementos de trabajo posible. Seleccionar el equipo que pueda ser usado para más de un tipo de trabajo, eliminar los movimientos innecesarios.

6- Evitar los trabajos en que haya que sostener. Los utensilios deben estar apoyados en forma firme y asegurados por ventosas o por abrazaderas, ésto dejará las manos libres para trabajar.

7- Siempre que sea posible recurrir a la ayuda de la gravedad.

8- Ubicar con anticipación los utensilios, guardarlos de manera que se encuentren en posición para tomarlos y emplearlos en forma inmediata.

9- Colocar los controles e interruptores de los aparatos de manera que se puedan alcanzar con facilidad. Los artefactos de uso doméstico se deben seleccionar sobre la base de la facilidad de su operación.

10- Trabajar sentado siempre que sea posible. Emplear una silla cómoda y adaptar la altura del lugar de trabajo a la de la silla o emplear una silla regulable.

11- Usar alturas apropiadas para el trabajo de acuerdo con el individuo y tarea que deba realizar

12- Contar con condiciones favorables de trabajo, en cuanto a iluminación, ventilación, vestimenta y temperatura ambiental.

El T.O. es, por lo general, el que más contribuye a ayudar al paciente a aprender las posiciones protectoras de reposo y los métodos protectores para realizar las actividades. A medida que el T.O. ayuda a que el paciente comprenda el porqué de la existencia del síntoma, así como también la influencia que éstos ejercen sobre sus acciones, el paciente puede mostrarse dispuesto a efectuar cambios que modifiquen su estilo de vida. Algunos pacientes pueden necesitar de equipos para funcionar independientemente, ya sea equipamiento ortésico o adaptativo, tema al que nos referiremos a continuación.

B- Equipamiento ortésico y equipamiento adaptativo.

* Equipamiento ortésico:

Una ortesis es un dispositivo agregado al cuerpo que se utiliza para inmovilizar, restaurar la función y/o corregir deformidades. Una ortesis puede tener una o más de las siguientes funciones:

1- Protectora: al mantener un segmento corporal en posición correcta, la ortesis evita la elongación de músculos débiles y previene contracturas y deformidades.

2- De sostén y apoyo: manteniendo el segmento corporal en posición funcional o lo más próximo a la misma, facilita la función protectora para con los músculos débiles y proporciona reposo a ese segmento; evitando el dolor permite el uso correcto del segmento e impide mayor deformidad o rigidez en la articulación.

3- Correctora: lleva la articulación comprometida a una alineación correcta o próxima a ésta.

En los pacientes con A.R. y con los objetivos de aliviar el dolor, reducir la inflamación, estabilizar las articulaciones durante el movimiento para incrementar la función, prevenir, contener y controlar deformidades artríticas, se utilizan ortesis que reciben los nombres de valvas para el reposo y férulas destinadas a las actividades de la vida diaria, del hogar y laborales.

Si bien son en apariencia simples, su diseño y aplicación apropiados requieren un gran refinamiento; y son confeccionadas de acuerdo a las necesidades individuales.

El T.O. por poseer conocimientos anatómicos y de la función, y al estar más en contacto con el paciente, es el que primero ve la necesidad de equipamiento y puede determinar cuál resulta beneficioso para el paciente, como así también sugiere los cambios necesarios en el momento oportuno.

Los materiales que se utilizan en el H.I.G.A. "Gral San Martín", Consultorio de Terapia Ocupacional, son: yeso, P.V.C., acrílico, materiales termoplásticos (orfit, orthoplast, polyform), neoprene, goma Eva.

A continuación desarrollaremos el tipo de férulas y valvas de reposo implementadas en los pacientes con A.R., las cuales han sido seleccionadas

por su eficacia y por constituirse fundamentales para cumplir con los objetivos propuestos desde T.O..

El reposo es un recurso valioso en A.R. ya que alivia la molestia producida por los síntomas inflamatorios, y a fin de evitar que las articulaciones sean llevadas a posiciones viciosas, se emplean las valvas, que son soportes destinados a mantener las articulaciones en posiciones funcionales. En el caso de los pacientes investigados fueron provistos de valvas confeccionadas en P.V.C., y construidas de manera tal que el propio paciente pueda colocárselas y quitárselas. No es aconsejable que el paciente dependa de otra persona que le ayude en la utilización de las valvas ya que ésto podría dificultar su empleo.

Al colocar una articulación en una valva de reposo debe tenerse en cuenta la patomecánica de la enfermedad, que tiende a desarrollar una posición viciosa incapacitante, por este motivo es básico que la férula mantenga la articulación en posición funcional, la cual describimos a continuación:

- articulaciones metacarpo-falángicas en leve flexión (25 grados), para proporcionar el sostén de las articulaciones y de los tejidos circundantes; y una contención cubital para evitar la desviación de los dedos desde esta articulación (metacarpo-falángicas);
- articulaciones interfalángicas en leve flexión (25 a 30 grados);
- pulgar en leve abducción y oposición, con su articulación metacarpo-falángica en flexión de 10 grados y con la interfalángica en flexión de 30 grados;
- muñeca en dorsi-flexión de 10 a 15 grados, ya que demasiada dorsi-flexión puede aumentar la tendencia hacia el síndrome del túnel carpiano (compresión del nervio mediano en el canal del carpo);
- codo en flexión de 70 grados y 10 grados de supinación;
- hombro en abducción de 40 grados, flexión de 30 a 40 grados y rotación interna de 10 grados;
- columna en posición anatómica o indiferente;
- cadera y rodillas en flexión de 0 a 10 grados, la cadera debe tener de 5 a 10 grados de rotación externa;
- articulación tibio-tarsiana a 0 grados (ángulo recto de la pierna con el pie y ligera pronación).

Las valvas comunmente utilizadas son las indicadas para estabilizar manos/muñecas; muñecas ("cock-up"); estabilizar y evitar la flexión de rodilla; estabilizar rodilla/tobillo.

Cuando existe deformidades en los dedos de las manos, como deformidades en "cuello de cisne" o deformidades en "boutoniere", que pueden ser reductibles en forma activa y/o pasiva, se confeccionan férulas en termoplástico (orfit, orthoplast). Para la deformidad reductible en "cuello de cisne" se colocan anillos de termoplástico que permiten el libre uso de los dedos con la posibilidad de que la deformidad no se acentúe. El modo de uso es permanente, de modo que durante las actividades permite patrones funcionales de movimiento, y durante el reposo evita posiciones viciosas de las articulaciones comprometidas. Esta férula se quita una o dos veces al día para completar el rango de movimiento que permite cada articulación.

Para la deformidad en "boutoniere" se confeccionan férulitas para la cara volar de la mano, realizadas en termoplástico y velcro. El modo de uso es parcial, ya que el inmovilizar las articulaciones comprometidas es necesario quitar la férula cuatro o cinco veces al día para permitir completar el rango de movimiento posible de cada articulación.

Para las desviaciones cubitales de metacarpo-falángicas se confeccionan férulas de goma Eva de 2 a 3 mm. de espesor, o según el caso, en neoprene, en termoplástico o en P.V.C.. El modelo elegido será según la desviación sea reductible desde la articulación metacarpo-falángica, o haya que traccionar desde primer falange, o haya que estabilizar metacarpo-falángica, o si tenemos elementos articulares levemente laxos. El uso de esta férula debe ser permanente, de modo que durante las actividades permite patrones funcionales de movimiento, y durante el reposo evita posiciones viciosas de las articulaciones comprometidas.

Para controlar la posición del pulgar y evitar el dolor se utilizan diferentes férulas, según el compromiso sea desde trapecio-metacarpiana, metacarpo-falángica o interfalángica. Se utilizan férulas "en ócho", realizadas en neoprene; capuchón con o sin sujeción carpiana, confeccionados en neoprene, goma Eva o termaplástico. Estas férulas deben utilizarse en forma permanente para ubicar la articulación trapecio-metacarpiana, metacarpo-falángica y/o interfalángica, de modo tal que permita patrones funcionales correctos, lo que se traduciría en una prensión funcional o lo más próximo a ella. El modo de uso

es permanente, sólo se quita una o dos veces al día para completar el rango de movimiento que permita cada articulación. Se utilizan también barritas de acrílico o termoplástico para alinear la articulación interfalángica del pulgar debajo del capuchón cuando existe la deformidad de tipo VI según la clasificación de Nalebuff (la cual ya fue descripta anteriormente); estas barritas se colocan durante el reposo dado que inmovilizan la articulación.

En caso de subluxación palmar del carpo, o muñecas muy dolorosas y comprometidas, se utiliza una férula palmar para estabilizar muñeca en posición neutra y permitir el libre uso de los dedos. El uso es permanente, se quita una o dos veces al día para completar el rango de movimiento que la articulación permite.

Para desgravitar miembros superiores se provee de una ortesis de suspensión, cuando los valores musculares son pobres y/o articulaciones doloridas; esta ortesis de suspensión se utiliza durante las actividades.

Para controlar el cuello cuando existe debilidad de los músculos anteriores del mismo, subluxación atlanto-axoidea y/o contractura de los músculos trapecios, se utiliza un collar cervical confeccionado en gomaespuma, reforzado en su interior con una plancha semirígida plástica.

En general, las férulas mencionadas anteriormente se utilizan todo el día, toda la noche, o ambos, a fin de proporcionar mayor beneficio. Al confeccionarlas, el T.O. debe tener en cuenta que una buena ortesis debe ser: funcionalmente correcta, es decir que debe cumplir con el propósito para el cual fue prescrita y calzar perfectamente con las articulaciones y puntos anatómicos de referencia; liviana, el peso de la ortesis debe estar relacionado con el del paciente y con la fuerza muscular (los materiales que se utilizan para la confección de las valvas y férulas se caracterizan por ser livianos); estética, para que el paciente la acepte fácilmente; aceptada por el paciente, lo que implica que el paciente debe comprender cuándo y cuánto tiempo debe usarla, como así también saber colocarsela por sí mismo si es posible, para no tener que depender de otra persona.

Con respecto al equipamiento de miembros inferiores y tronco, junto al T.O. participan otros miembros del equipo interdisciplinario para la prescripción y confección del mismo.

Para rodilla/cadera, o también cuando se tiene que incluir el tobillo, se confeccionan férulas de yeso o P.V.C., en forma de canal, para uso nocturno.

Dicha inmovilización nocturna de la rodilla proporciona, no sólo el control de la tendencia a la contractura en flexión, sino también una menor incidencia de derrames articulares y estados dolorosos.

En la bibliografía consultada (Liga Panamericana Contra el Reumatismo, 1981) se menciona, como parte del tratamiento conservador de las deformidades, el uso de yesos progresivos o seriados, a diferentes ángulos, hasta alcanzar la posición funcional deseada; cabe mencionar que en la población investigada no se utiliza esta técnica terapéutica en la actualidad.

El uso del bastón canadiense o de muletas es de gran ayuda cuando las articulaciones de miembros inferiores están comprometidas, pues brindan un gran alivio en la descarga del peso, evitan las deformidades y disminuyen el dolor durante la deambulaci3n. Hay que tener en cuenta al seleccionar un bast3n, andador o muleta, que minimice la tensi3n en las manos (presi3n a mano llena) o el esfuerzo de muñecas y codos (muleta de plataforma) o una ortesis que pueda ser usada a3n en caso de debilidad muscular (para lo cual se prescribe un andador liviano), ya que la prescripci3n de una ortesis como las mencionadas puede ser crucial en determinar la funci3n ambulatoria del paciente artr3tico.

Tambi3n es importante brindar un buen apoyo al pie reumatoideo. No debe permitirse el uso de pantuflas ni de zapatos de taco alto, debe utilizarse calzado cerrado y con modificaciones apropiadas en las suelas y tacos cuando 3stas sean necesarias, para corregir las deformidades o diferencias en el tama3o de los miembros.

No obstante la prescripci3n o no de ortesis, ya sea valvas de reposo o f3rulas, y /o como complemento a 3stas, el paciente puede requerir o experimentar la necesidad de un equipamiento adaptativo para funcionar independientemente o lo m3s pr3ximo posible a ello, en las actividades de la vida diaria, del hogar y/o laborales.

(X)

***Equipamiento adaptativo:**

Existen valiosos complementos del entrenamiento que con sus recursos posibilitan conseguir, tras la aplicación de los métodos y técnicas apropiados, los objetivos de independencia en la realización de las actividades. A ello nos referimos cuando mencionamos equipamiento adaptativo o "adaptaciones funcionales" según denominación que da Maltinski a quien citamos en el siguiente párrafo:

"Se entiende por Adaptaciones Funcionales a todo ajuste que permite ubicar los elementos o cosas al alcance de las posibilidades de uso, físicas o ambientales, de cada paciente, para posibilitarle efectuar las actividades que surgen de las necesidades humanas. Mediante las adaptaciones funcionales, todos los accesorios, implementos o aparatos de utilización común, y los específicos creados especialmente para realizar o auxiliar las A.V.D. se apropian a cada necesidad individual del paciente, permitiéndole satisfacer independientemente los requerimientos de sus actividades, ya sea facilitando, asegurando o reemplazando, el o los movimientos que los componen" (Maltinski, 1985).

Además de las adaptaciones o modificaciones que se realizan para las A.V.D., se consideran y evalúan, en caso de ser necesario, las actividades laborales y su puesto de trabajo.

Debe tenerse en cuenta que las adaptaciones son utilizadas:

- para contribuir a la independencia en las A.V.D., A.B.H. y laborales. cuando la movilidad se encuentra limitada y el paciente debe enfrentarse con dificultades importantes para ejecutar las actividades deseadas;
- para conservar la energía;
- para prevenir estrés sobre las articulaciones comprometidas;

Mencionaremos a continuación algunas de las adaptaciones más comunmente utilizadas en A.R.:

- Adaptaciones para la actividad alimentación:

1- En los casos de limitación de movimiento en hombro y codo, se utilizan mangos y utensilios de poco peso que puedan ser colocados en el ángulo deseado.

2- En limitaciones de movimiento de antebrazo, se emplean cucharas articuladas.

3- Si la muñeca es dolorosa e inestable es conveniente la utilización de una férula que estabilice la articulación y disminuya el dolor durante esta actividad.

✕ 4- Si existe limitación o debilidad de la mano se pueden utilizar: dispositivos soportadores o mangos engrosados.

5- Para beber el paciente puede utilizar sus dos manos alrededor del vaso o bien un soporta vaso.

- Adaptaciones para la higiene personal:

Mangos alargados y soportes especiales son los medios más frecuentes para conservar la fuerza y evitar el daño sobre las articulaciones. Puede lograrse un alargamiento improvisado empleando un depresor de lengua que se ata al mango y se engruesa con tela.

1- Para afeitarse: es preferible una máquina eléctrica que, en caso de ser necesario, puede proveerse de un soportador si la prensión de mano es débil. También puede prepararse una máquina manual alargando el mango con un puño de metal o madera.

2- Para maquillarse: si la paciente presenta dificultades para alcanzar su boca, puede colocarse el lápiz labial en un tubo de aluminio.

3- Limpieza oral: se utiliza un cepillo de dientes adaptado a un mango largo; la pasta de dientes no suele ser un problema salvo si la tapa está enroscada muy fuertemente, por lo que se debe indicar la ejecución adecuada para tal caso.

4- Peinar el cabello: se emplea un peine y cepillo de mango largo.

5- Uñas: puede limpiarse con un cepillo que se fija sobre la palma de la mano o un cepillo fijado al lavamanos con un soporte de succión.

6- Baño: es recomendable tener una silla junto al baño y otra dentro de éste a fin de dar más seguridad al paciente. En el suelo del baño y dentro de la bañera debe colocarse una superficie de goma que evite resbalamientos. Es

útil un duchador de mano de mango largo, como así también una esponja y cepillo de mango largo.

- Adaptaciones para la actividad de vestido:

1- Pueden efectuarse adaptaciones en la ropa del paciente cambiando los botones por velcro o cierres, ropa especialmente amplia (fácil de poner y quitar). Existen abrochadores que permiten prender los botones, los cuales son de ejecución sencilla.

2- Para ponerse o quitarse pantalones, polleras, se utiliza un mango largo con un gancho o una pinza en su extremo que facilita la ejecución.

3- Para ponerse los zapatos se emplea un calzador de mango largo.

4- Para colocarse las medias se utiliza un dispositivo especialmente diseñado para ello, el cual consta de un cono en su extremo y cintas que permiten la ejecución.

Estas adaptaciones están orientadas a eliminar el estrés sobre espalda, caderas y rodillas.

⊗ - Para las actividades del hogar, siempre que sea posible se recomienda al paciente no levantar o transportar pesos. Un carrito, mesa o cualquier otro dispositivo con ruedas debe ser empleado para transporte de comida, platos, ropa, utensilios de limpieza, libros, etc.

Recordemos que cada paciente puede experimentar en algún momento la necesidad de un equipamiento adaptativo específico para sus actividades, ya sea de la vida diaria, del hogar o en su ocupación (herramientas, puesto de trabajo); el T.O. evaluará la situación y prescribirá aquella adaptación que sea la más adecuada para posibilitar al paciente la mayor funcionalidad e independencia.

C- Movimientos activos y activo-asistidos implementados por medio de una actividad real:

El entrenamiento y desarrollo del trabajo muscular y el mantenimiento de la función articular son objetivos básicos que se logran mediante la práctica de ejercicios que van dirigidos a favorecer y/o mantener la fuerza, el movimiento y la función.

“La hipotrofia por insuficiencia de la fuerza muscular, es la causa de que la articulación no realice su movimiento normal completo y de que no se mantenga el tono normal de la cápsula por intermedio del músculo articular, atrofiándola, irritando la membrana sinovial y ayudando a la perpetuación del proceso artrítico. (Dr. Adil Muhib Samara-Liga Panamericana contra el Reumatismo, 1981).

Con el objetivo de mantener y/o favorecer la capacidad funcional de paciente con A.R., se implementan desde T.O. actividades que posibilitan la realización de ejercicios terapéuticos funcionales, es decir, que al ser aplicados en una actividad determinada, permiten la contracción y relajación muscular, el desplazamiento articular (teniendo en cuenta los requerimientos de la actividad y las posibilidades del paciente), y que contemplan, a su vez, las técnicas de simplificación del trabajo o conservación de la energía y los principios de protección articular (detallados en el punto A, referido a Educación del paciente).

Los ejercicios pueden ser activos, es decir, aquellos que el paciente realiza por sí solo, alcanzando el rango de movimiento que la articulación le permite; activo-asistidos, aquellos en los que el paciente requiere la asistencia o ayuda externa para completar el rango de movimiento.

Debe tenerse en cuenta que los ejercicios terapéuticos funcionales se modifican según el grado de inflamación presente, y en particular, dentro de la tolerancia del dolor. Las actividades utilizadas como medio para llevar a cabo estos ejercicios se efectúan de tal manera que cualquier dolor que aparezca cese en un lapso de una hora, cualquier exacerbación del dolor más prolongada debe motivar la suspensión hasta el día siguiente o si fuera necesario suspendida como medio terapéutico para el paciente.

En momentos en que las articulaciones se encuentran más afectadas debido al proceso activo de la enfermedad, se indican ejercicios isométricos, durante

períodos cortos, a fin de mantener el trefismo de los grupos musculares de las articulaciones comprometidas.

Entre las actividades que se realizan mencionamos las siguientes: telar de marco, vertical, oblicuo u horizontal; nudos; cuero; pintado con pincel, en distintas texturas y diferentes técnicas; juegos didácticos; modelado en arcilla, masa terapéutica.

Como complemento a las actividades terapéuticas detalladas, se le brinda al paciente un plan de ejercicios para ser realizados en el hogar, con el objetivo de completar todos los movimientos que permite cada articulación en su rango máximo posible. Estos deben ser sencillos, hechos con prudencia, que no produzcan dolor, que no soporten carga, y de frecuencia diaria. "Solo se precisan entre 10 y 15 minutos para hacer que todas las articulaciones hallan hecho toda su amplia gama de movimientos, lo cual debe hacerse dos veces al día" (Stein, 1991).

Es necesario que el paciente aprenda a reconocer los "días buenos" y los "días malos", ya sea suspendiendo la movilización de las articulaciones doloridas, realizando ejercicios isométricos que evitan la hipotrofia muscular, o modificando la movilización activa según el grado de afección de ese día.

Observación: Debido al estado endeble de las articulaciones afectadas, están contraindicados los movimientos pasivos y los movimientos resistidos en los pacientes con A.R., técnica ésta contemplada en la población investigada.

COMENTARIO FINAL: CALIDAD DE VIDA

El proceso educacional empleado en el tratamiento desde T.O. al paciente con A.R. se va modificando de acuerdo con las necesidades individuales, su estilo de aprendizaje y su nivel individual y aceptable para adquirir nueva información. Lo que se pretende desde T.O. es brindarle al paciente los medios necesarios para que logre un estilo de vida lo más cercano a lo "normal" posible, permitiendo que el paciente alcance una calidad de vida satisfactoria en el orden personal, social y laboral.

"La mejor calidad de vida se puede alcanzar mediante el logro de una función óptima que resulta del empleo de todas las posibilidades de que dispone cada individuo. Esperanza, voluntad y la aspiración para alcanzar sus propios objetivos son las características de haber logrado la mejor calidad de vida". (Krusen, 1993).

El T.O. constituye un recurso humano capaz de identificar las necesidades específicas individuales y facilitar la solución a los problemas que se presentan. Al escuchar a los pacientes y establecer condiciones de ayuda, el tratamiento se volverá productivo, ya que las sesiones proporcionan a los pacientes un gran control de sus propios síntomas. Tanto la receptividad de los pacientes como el apropiado ajuste del tiempo destinado a los medios terapéuticos constituyen un paso positivo para la reducción mínima de las molestias, los dolores y las deformidades, al mismo tiempo que se obtiene mayor protección y tolerancia para un modo de vida más confortable.

METODOLOGIA

DE

TRABAJO

*** Diseño metodológico:**

Se utilizó el diseño Analítico Retrospectivo Longitudinal (años 1992-1993)

*** Universo de estudio:**

El universo de estudio fueron 98 pacientes que asistieron al Consultorio de Terapia Ocupacional del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, del Hospital Interzonal General de Agudos "Gral San Martín" de la ciudad de La Plata durante el período comprendido entre los años 1992 y 1993.

El grupo estuvo integrado por pacientes de ambos sexos, con predominio del sexo femenino, cuyas edades oscilaban entre los 20 y 70 años, y que pertenecían a un nivel socio-económico medio bajo.

Los tiempos de evolución de la enfermedad variaban desde: menos de un año hasta un máximo de 20 años. La capacidad funcional de los pacientes era heterogénea, distribuída en cuatro categorías normal, funcional, limitado y muy limitado o nada.

*** Criterios de selección de la muestra:**

Consideramos en nuestro trabajo a aquellos pacientes que concurrieron al Consultorio de Terapia Ocupacional del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, del H.I.G.A. "Gral San Martín" de la ciudad de La Plata durante el período comprendido entre los años 1992 y 1993; que contaban con datos personales completos en Historias Clínicas; y constaba, al menos una evaluación inicial realizada durante el período de remisión de la enfermedad sin tratamiento previo de Terapia Ocupacional.

Se excluyeron del total de la población investigada a los pacientes cuya ficha de evaluación estaban incompletas; fichas de evaluación que se habían realizado a pacientes que se encontraban internados debido a la exacerbación de los síntomas de la enfermedad; Historias Clínicas incompletas.

*** Método de selección de la muestra:**

Se extrajo una muestra del universo de estudio, de 40 (cuarenta) pacientes por medio de un muestreo al azar sistemático, considerando que todos los pacientes tenían la misma posibilidad de ser extraídos a modo de encontrar una muestra lo más representativa posible de nuestra población.

***Métodos e Instrumentos de recolección de datos:**

Los datos fueron recolectados de:

- Historias Clínicas de los pacientes
- Ficha de evaluación de la Capacidad Funcional.
- Informe de entrevista abierta a los pacientes, la que se adjunta como "observaciones" en la segunda parte de la ficha de evaluación de Capacidad Funcional.

Los datos obtenidos de estas fuentes fueron: anamnesis y antecedentes del paciente, datos específicos de Terapia Ocupacional, mediciones específicas.

***Técnicas de medición:**

Ficha de Trabajo Nro.1:

(Los datos de esta ficha son recabados de la segunda parte de la ficha de evaluación de capacidad funcional, en donde se detalla como "observación" la forma en que se cumplimentan las indicaciones de tratamiento de T.O. por parte de cada uno de los pacientes).

Para determinar el grado de cumplimiento del tratamiento de Terapia Ocupacional, que es una escala de valores que nos permite analizar la calidad con que el paciente responde a las indicaciones terapéuticas, confeccionamos una ficha. La misma consta de 10 (diez) "indicaciones standard", es decir que son comunes para todos los pacientes con Artritis Rematoidea que concurren a tratamiento de Terapia Ocupacional, y son las que se enumeran a continuación:

- 1- Realizar pausas o descansos durante la actividad.
- 2- Evitar mantener músculos y/o articulaciones en una misma posición durante períodos de tiempo prolongado (no más de 30 minutos en posición de pie, por ejemplo).

3- Utilizar las partes proximales (articulaciones más fuertes) y no las distales.

4- Evitar movimientos o posiciones que llevan a deformidades.

5- Usar las articulaciones en el plano más estable y funcional.

6- Conservar la energía, no embarcarse en actividades en las cuales no pueda detenerse si fuera necesario.

7- Establecer un esquema de actividades diarias intercalando tareas de mayor actividad con algunas tareas de tipo pasivas. Desechar el trabajo innecesario.

8- Reducir la fuerza por medio de palancas.

9- Realizar un plan de ejercicios de acuerdo a los señalamientos dados teniendo en cuenta la exacerbación o remisión de síntomas en cada articulación.

10- Respetar las indicaciones referidas al posicionamiento en cama.

Los datos recabados de ésta nos permitió categorizar la variable independiente "Grado de Cumplimiento del Tratamiento de Terapia Ocupacional" en:

cotejación

- *Estricto*: la condición para ser incluido en esta categoría es que debe cumplir entre el 80 y 100% de las "indicaciones standard" dadas por el Terapeuta Ocupacional.

- *Mediano*: la condición para ser incluido en esta categoría es que debe cumplir entre el 50 y 80% de las "indicaciones standard" dadas por el Terapeuta Ocupacional.

- *Nulo*: se incluyen en esta categoría a los pacientes que cumplen con menos del 50% de las "indicaciones standard" dadas por el Terapeuta Ocupacional, y/o a los pacientes que no se les ha realizado la segunda evaluación por abandono del tratamiento.

Aclaración:

Queremos destacar que en la segunda parte de la ficha de evaluación de capacidad funcional en donde se detallan las indicaciones del tratamiento, constan en algunos casos, además de las "indicaciones standard", otras que hemos denominado "adicionales" y que están referidas a: equipamiento adaptativo, valvas de reposo, férulas. Estas indicaciones se adjuntan a las "standard" en los casos en que éstas no sean suficientes para llevar a cabo los objetivos propuestos en el plan de tratamiento. Tales indicaciones no son

condición para determinar los distintos grados de cumplimiento del tratamiento de Terapia Ocupacional.

Ficha de trabajo Nro.2:

Para determinar la **Capacidad Funcional** de los pacientes se utilizó la ficha de evaluación detallada en el capítulo II, la cual nos permitió categorizar esta variable dependiente en:

categorización -Normal: paciente que realiza todas las A.V.D. sin impedimento.
150 a 200/200 = 100 %

-Funcional: paciente que realiza las A.V.D. adecuadamente, pese a ocasionales molestias en una o más articulaciones.

100 a 150/200 = 75 %

-Limitado: paciente que está limitado a poca o ninguna A.V.D.
50 a 100/200 = 50 %

-Muy limitado o nada: paciente casi o totalmente incapacitado en las A.V.D., está en cama o confinado a silla de ruedas.

Menos de 50/200 = 25%.

Se consideraron dos evaluaciones de capacidad funcional:

-La primera evaluación realizada en período de remisión de la enfermedad sin tratamiento previo de T.O.;

-La segunda evaluación realizada entre los 6 y 12 meses posteriores a la primera evaluación, con indicaciones de tratamiento dadas y con el control del Terapeuta Ocupacional. *sin tot.?*

***Variables intervinientes:**

-Sexo: Masculino.

Femenino.

-Edad: 21 a 30 años

31 a 40 años

41 a 50 años

51 a 60 años

61 a 70 años

exclusión?
-Tiempo de evolución de la edad: 0 a 1 años

2 a 5 años

6 a 10 años

11 a 15 años

16 a 20 años

-Tipo de ocupación:

Selectivo: consiste en un empleo bajo condiciones especiales y preparado para satisfacer las necesidades de empleo transitorio o permanente en que la persona concurre a su trabajo, pero ateniéndose a los cuidados o indicaciones dados por el terapeuta (reposo, cuidados de posturas y posiciones, economización de energía); el individuo se provee de adaptaciones que permiten cumplir con una función en forma eficaz y segura. Las condiciones de tiempo y cantidad de producción no serán en exigencia para el individuo en esta situación.

Competitivo: comprende el desempeño de un puesto de trabajo que tiene requerimientos y calificaciones establecidas, en situaciones normales y jornada normal de trabajo con un nivel determinado de exigencias, competencia y rendimiento; condicionado a tiempo, espacio, exigencia de cantidad y calidad de producción y características específicas de la actividad.

-Autovalimiento:

Independiente: es la condición en que la persona realiza las A.V.D. por sí sola, no recibiendo otra ayuda que la de un equipo o adaptación ideado para asistir una función mejorando la forma de realización.

Semidependiente: es la condición en la cual la persona recibe ayuda de otra en las A.V.D. en los casos en que el individuo no puede llegar a cumplimentar las mismas por sí solo (ya sea con el uso de adaptaciones o no).

Dependencia cuerpo y funcional

ANALISIS

DE

DATOS

de los datos

FUENTE: Datos obtenidos de Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A.) "General San Martín" de La Plata. Consultorio de Terapia Ocupacional del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Año 1992-1993.

I- ANALISIS DE LA RELACION ENTRE EL GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE T.O. Y VARIABLES INTERVINIENTES.

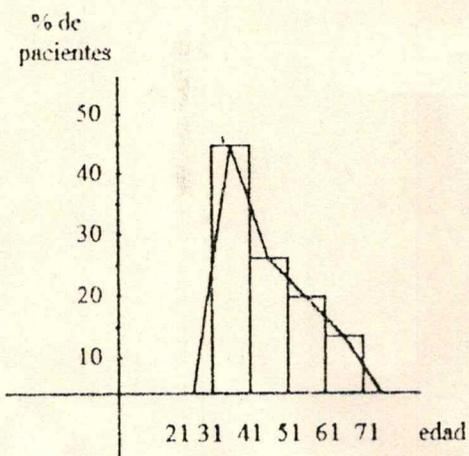
I-1- ANALISIS DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO EN RELACION A LA EDAD DEL PACIENTE.

I-1-1- Tabla de porcentajes.

	Estricto		Mediano		Nulo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
$21 \leq x < 31$	0	0	4	28,57	1	10	5	12,50
$31 \leq x < 41$	7	43,75	1	7,14	2	20	10	25
$41 \leq x < 51$	4	25	6	42,86	3	30	13	32,50
$51 \leq x < 61$	3	18,75	3	21,43	2	20	8	20
$61 \leq x < 71$	2	12,50	0		2	20	4	10
Total	16	100 %	14	100 %	10	100 %	40	100 %

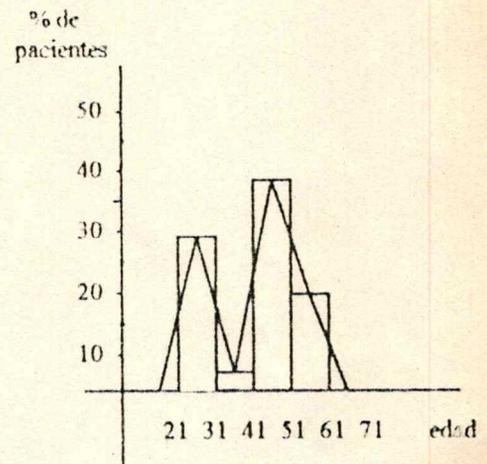
I-1-2- Gráficos parciales y generales

ESTRICTO



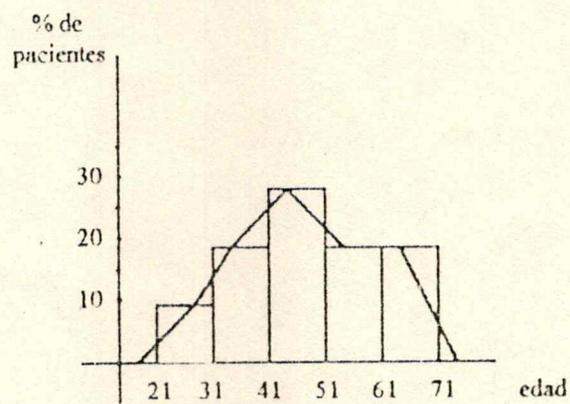
$\bar{x} = 46$ años
 $Me = 43,50$ años
 $Mo = (31,41)$
 $S = 10,60$ años
 $CV = 23,04$

MEDIANO

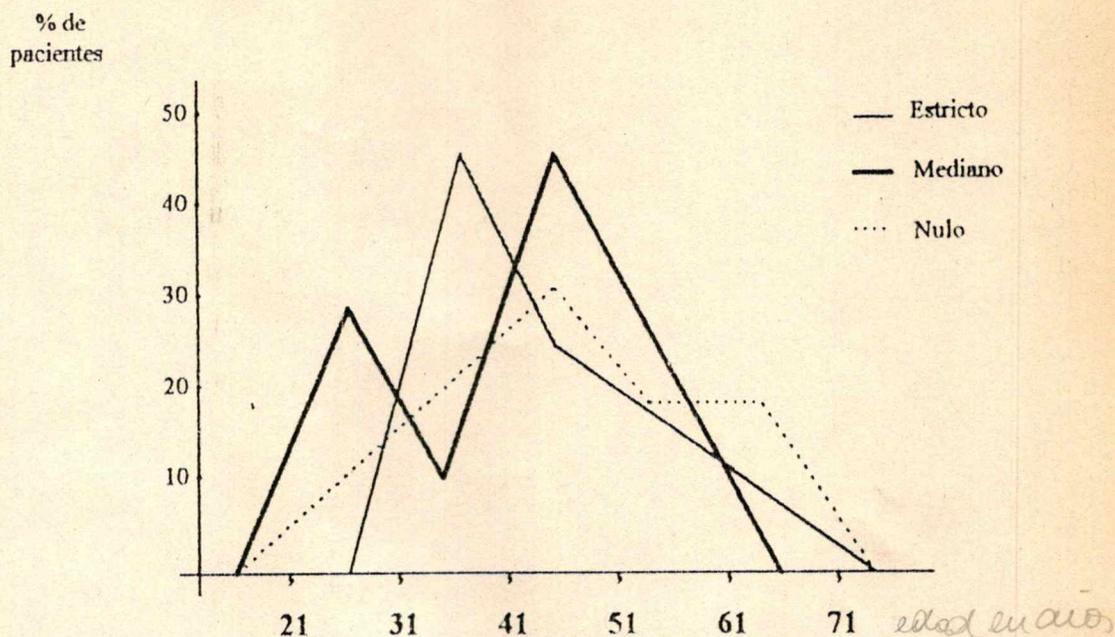


$\bar{x} = 41$ años
 $Me = 44,30$ años
 $Mo = (41,51)$
 $S = 13,55$ años
 $CV = 33,04$

NULO



$\bar{x} = 48$ años
 $Me = 47,66$ años
 $Mo = (41,51)$
 $S = 12,49$ años
 $CV = 26,02$



I-1-3- Evaluación:

Con respecto a lo observado en los incisos I-1-1 y I-1-2, la mayor cantidad de pacientes con un grado de cumplimiento estricto tienen edades comprendidas entre 30 y 40 años, lo cual hace que a medida que aumenta la edad del paciente, la posibilidad de un tratamiento estricto es menor.

Por otra parte, la edad con mayor predominio de tratamiento mediano, así como también abandono de tratamiento, está comprendida entre los 40 y 50 años.

También se observa que en esta muestra los pacientes menores de 30 años no llegan a un tratamiento estricto. Cabe aclarar que la tendencia a abandonar el tratamiento a partir de los 50 años permanece constante.

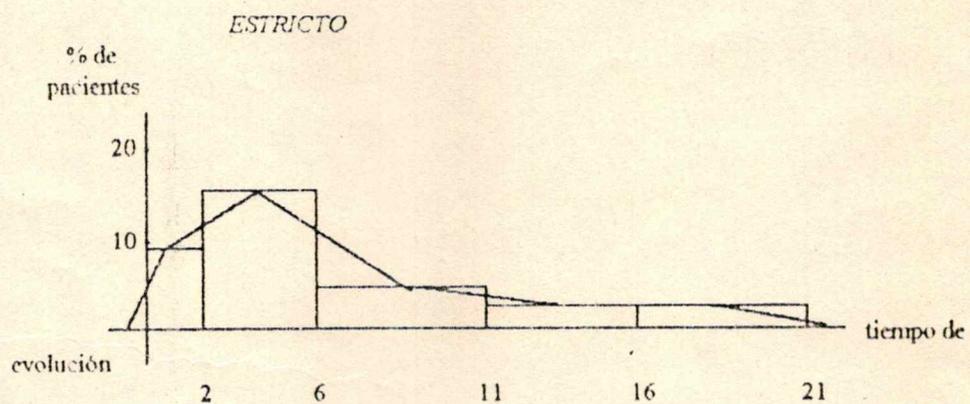
Por haber trabajado con una sola muestra y encontrar falta de homogeneidad en las representaciones gráficas, se testeó mediante la prueba gi-cuadrado la relación entre las variables obteniendo como conclusión independencia entre las mismas.

I-2- ANALISIS DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DE L TRATAMIENTO
 DE T. O. EN RELACION AL TIEMPO DE EVOLUCION DE LA
 ENFERMEDAD

I-2-1- Tabla de porcentajes:

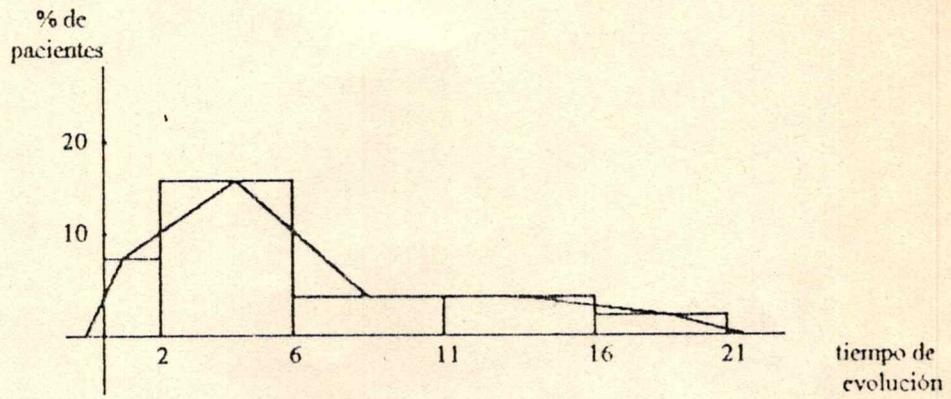
	Estricto		Mediano		Nulo	
	No.	%	No.	%	No.	%
$0 \leq x < 2$	3	18,75	2	14,28	2	20
$2 \leq x < 6$	9	56,25	7	50	5	50
$6 \leq x < 11$	2	12,50	2	14,28	3	30
$11 \leq x < 16$	1	6,25	2	14,28	0	0
$16 \leq x < 21$	1	6,25	1	7,14	0	0
total	16	100 %	14	100 %	10	100 %

I-2-2- Gráficos parciales y generales:



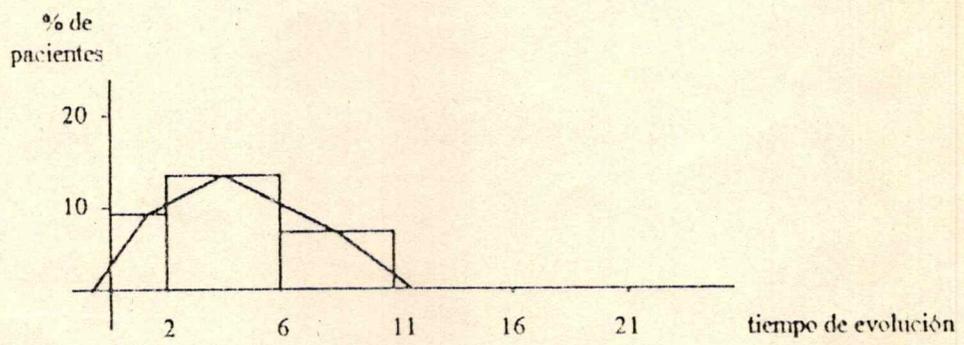
$\bar{x} = 5,50$ años
 $Me = 4,20$ años
 $Mo = (2,6)$
 $S = 4,55$
 $CV = 82,2$

MEDIANO



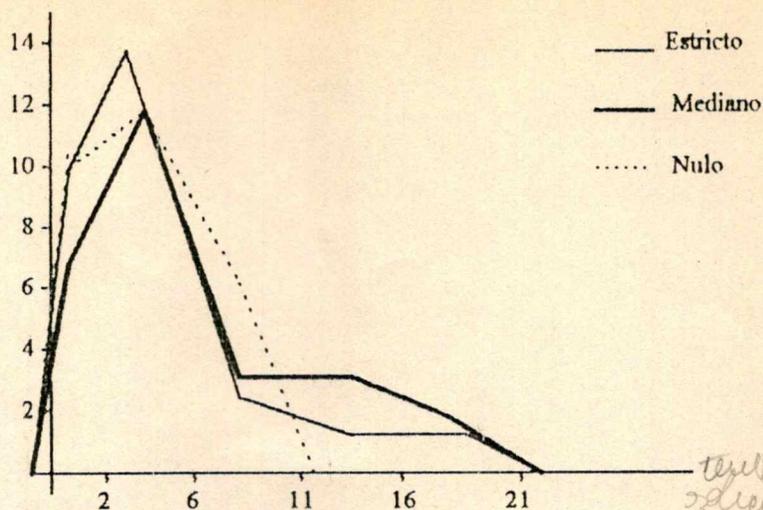
$\bar{x} = 6,61$ años
Me = 4,85 años
Mo = (2,6)
S = 5,02
CV = 11,493

NULO



$\bar{x} = 4,71$ años
Me = 7,65 años
Mo = (2,6)
S = 2,7
CV = 56,84

% de
pacientes



Respecto a lo observado en los incisos (I-2-1) y (I-2-2) (el tiempo de evolución de la enfermedad comprendido entre 2 y 5 años concentra el 14,60 % de pacientes que cumplen el tratamiento estricto, el 12,50 % de pacientes que cumplen el tratamiento medianamente y el 12,50 % de pacientes que lo abandonan.

De modo que no se distingue relación alguna entre el tiempo de evolución y el grado de cumplimiento.

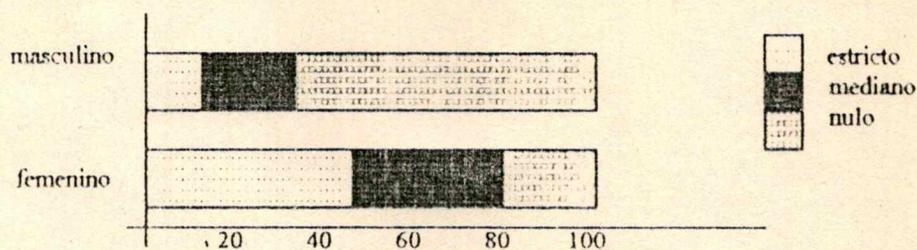
I-3- ANALISIS DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE T.O. RESPECTO AL SEXO.

I-3-1- Tabla de porcentajes:

	Estricto		Mediano		Nulo	
	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	15	93,75	13	92,85	6	60
Masculino	1	6,25	1	7,15	4	40
Total	16	100	14	100	10	100

total
= 34
= 6

I-3-2- Gráfico general:



I-3-3- Evaluación:

En referencia al gráfico general (I-3-2-) se observa una tendencia del sexo femenino a cumplimentar el tratamiento con control de T.O. . Por esta razón se utilizó la prueba gi-cuadrado, a efectos de comprobar la dependencia entre sexo y grado de cumplimiento del tratamiento, resultando esta significativa:

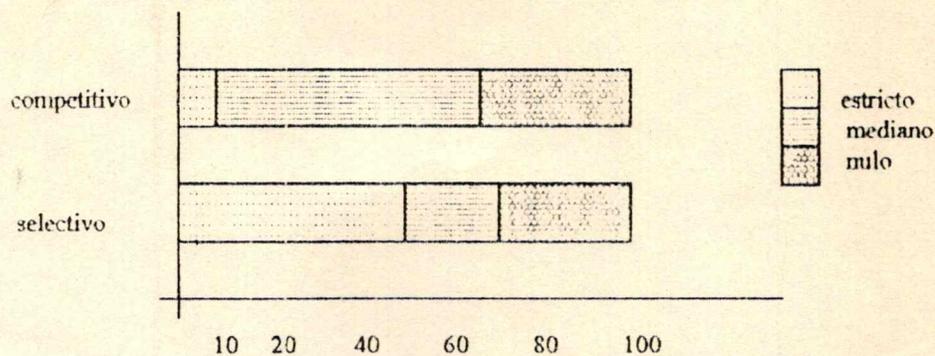
(gi-cuadrado = 6,54 > 5,99; p > 0,05).

I-4- ANALISIS DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE T.O. EN RELACION AL TIPO DE OCUPACION DEL PACIENTE.

I-4-1- Tabla de porcentajes:

	Estricto		Mediano		Nulo		total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Selectivo	15	50	8	26,70	7	23,30	30	100
Competitivo	1	10	6	60	3	30	10	100
total	16	40	14	35	10	25	40	100

I-4-2- Gráfico general:



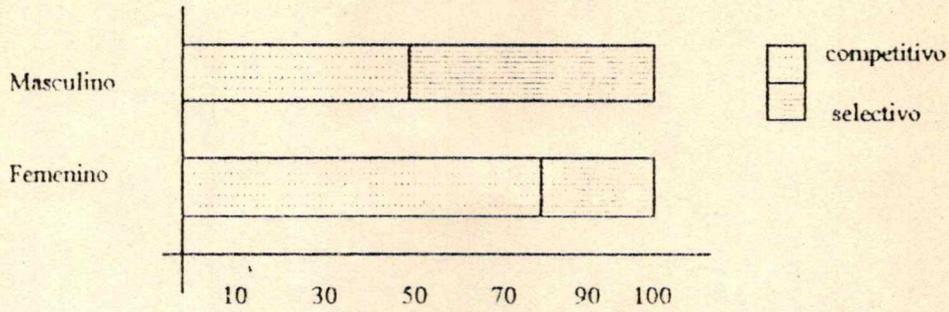
I-4-3- Evaluación:

Respecto al gráfico general (I-4-2) los pacientes con ocupación competitiva tienden a un tratamiento medio, mientras que los selectivos tienden a un tratamiento estricto. Esto se debe a que la ocupación selectiva permite mayor disposición y tiempo del paciente al cumplimiento del tratamiento. Por otra parte mayor porcentaje de mujeres tienen ocupación selectiva (ver gráfico y tabla I-4-4-), mientras que los hombres se dividen en forma equitativa. Lo que induce a hipotizar una dependencia entre el tipo de ocupación y el sexo, sin embargo la prueba gi-cuadrado resulta en este caso no significativa ($gi-cuadrado = 2,353 < 2,7; p > 0,1$). Con lo cual se concluye que la tendencia por parte de la mujer a cumplimentar el tratamiento no es debida a su tipo de ocupación sino tan solo a su sexo.

I-4-4- Relación entre tipo de ocupación y sexo del paciente:

	Selectivo		Competitivo		total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	27	79,41	7	20,6	34	100
Masculino	3	50	3	50	6	100
total	30	75	10	25	40	100

I-4-5- Gráfico general:

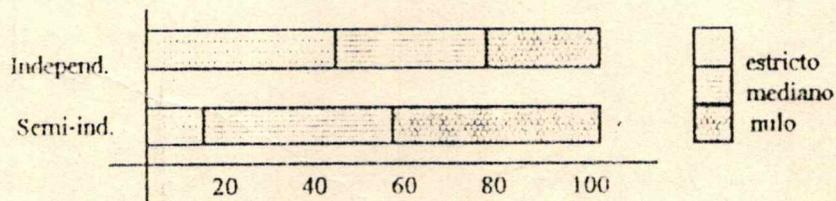


I-5- ANALISIS DEL GRADO DE CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO DE T.O. RESPETO DEL AUTOVALIMIENTO.

I-5-1- Tabla de porcentajes:

	Estricto		Mediano		Nulo		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Independiente	15	45,45	11	33,33	7	21,22	33	100
Semi-independ	1	14,28	3	42,86	3	42,86	7	100
Total	16		14		10		40	100

I-5-2- Gráfico general:



I-5-3- Evaluación:

Con referencia al gráfico general (I-5-2-) el paciente con caracterización independiente tiende a cumplimentar el tratamiento de modo estricto, mientras que en los semidependientes se visualiza igual porcentaje de pacientes con tratamiento mediano que con nulo. Lo que no implica que el grado de cumplimiento del tratamiento dependa del autovalimiento ya que la prueba de independencia χ^2 -cuadrado ($\chi^2 = 2,63 < 4,6 ; p > 0,1$), no resulto significativa.

II- ANALISIS DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL (C.F.).

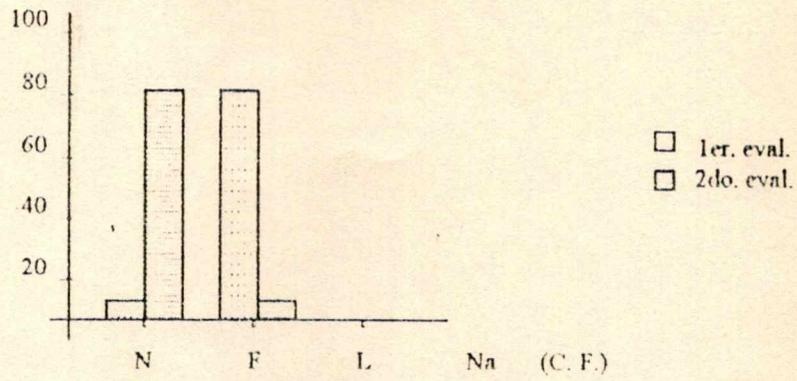
II-1- Miembros superiores (M.M.S.S.)

II-1-1- Diagramas comparativos de la C.F. entre primera y segunda evaluación según el grado de cumplimiento.

a)- Estricto:

	primera eval.		segunda eval.	
	No.	%	No.	%
Normal (N)	3	18,75	13	81,25
Funcional (F)	13	81,25	3	18,75
Limitado (L)	0	0	0	0
Nada (Na)	0	0	0	0
Total	16	100	16	100

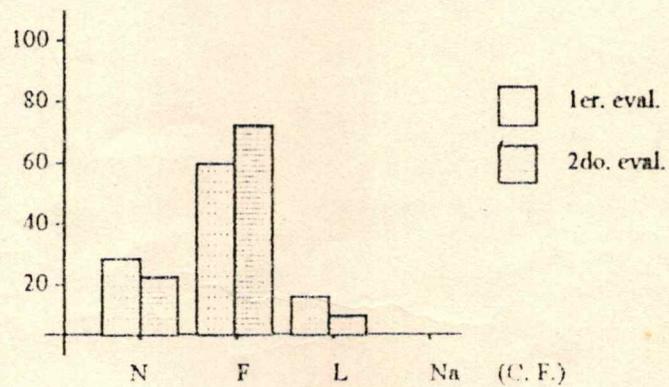
grado de cumplimiento



b)- Mediano

	primer eval.		segundo eval.	
	No.	%	No.	%
Normal	4	28,57	3	21,43
Funcional	8	57,14	10	71,43
Limitado	2	14,29	1	7,14
Nada	0	0	0	0
Total	14	100	14	100

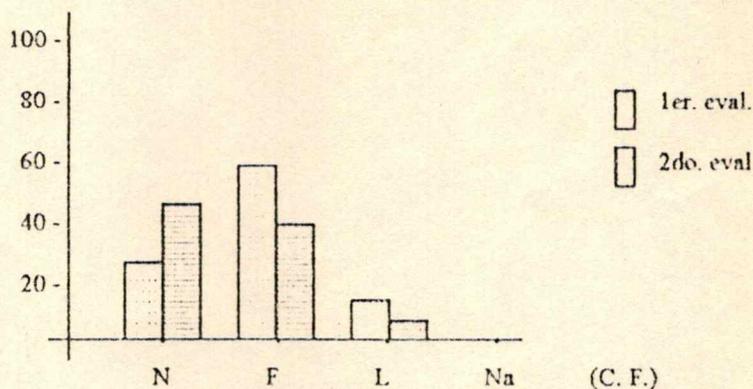
grado de cumplimiento.



c)- Capacidad funcional (sin distinción del grado de cumplimiento del tratamiento de T.O.) con respecto al Nro. de pacientes entre 1ra. y 2da. evaluación.

	primera eval.		segunda eval.	
	No.	%	No.	%
Normal ,	12	30	21	52,5
Funcional	25	62,5	17	42,5
Limitado	3	7,5	2	5
Nada	0	0	0	0
Total	40	100	40	100

porcentaje
de pacientes



II-1-2- Evaluación:

I)- Con respecto al gráfico a)- se observa en los grupos normal y funcional una completa inversión de los resultados luego de un tratamiento estricto. Es decir se obtiene un incremento del 62,5 % en el grupo normal luego de un período comprendido entre 6 y 12 meses de tratamiento.

II)- Con respecto al gráfico b)- a diferencia del punto i)- el incremento se da en el grupo funcional que ha llevado a cabo un tratamiento mediano.

III)- Con respecto al gráfico c)- visualizando la capacidad funcional sin distinción del grado de cumplimiento del tratamiento se observa la importancia de llevar a cabo el tratamiento ya que gran porcentaje de pacientes que en su 1er. evaluación estuvieron incluidos en los grupos funcional y limitado, se encuentran, luego de un período de tratamiento (6 a 12 meses), en el grupo normal. Es decir se manifiesta una transición positiva, manteniendo o mejorando la capacidad funcional del paciente.

Observación:

Con respecto a los pacientes con grado de cumplimiento de T.O. Nulo, se mantienen los datos de la primera evaluación ya que la segunda no es realizada porque los pacientes de este grupo han abandonado el tratamiento con control de T.O..

II-1-3- Testeo de la validez de la hipótesis general de este trabajo para M.M.S.S..

Lo especificado en el inciso anterior sugiere una marcada **dependencia** de la capacidad funcional respecto al grado de cumplimiento del tratamiento de T.O..

Con el motivo de justificar cuantitativamente tal dependencia se formulan las siguientes hipótesis a ser testeadas mediante la prueba de independencia χ^2 -cuadrado:

H₀: La capacidad funcional del paciente y el grado de cumplimiento del tratamiento de T.O. son independientes

H_{1a}: La capacidad funcional del paciente depende del grado de cumplimiento del tratamiento de T.O.

TABLA DE FRECUENCIAS ESPERADAS

	Estricto		Mediano		Nulo		Total
	Fo	Fe	Fo	Fe	Fo	Fe	
Normal	13	8,4	3	7,35	5	5,25	21
Funcional	3	6,8	10	5,95	4	4,25	17
Limitado	0	0,8	1	0,7	1	0,5	2
Nada	0	0	0	0	0	0	0
Total	16	16	14	14	10	10	40

$$X^2 = 11,43 > X^2_{Fe} = 10,64 \quad \text{con gl} = 6 \text{ y } p > 0,1$$

Se concluye con un nivel de significación de 0.1 que la muestra presenta evidencias significativas de la dependencia entre capacidad funcional del paciente y grado de cumplimiento.

Observación:

Es evidente que por trabajar con una población pequeña (finita) y extraer una muestra del 40 % de la misma, el margen de error en el testeo es mayor, es decir, a medida que el tamaño de la población y por consiguiente de la muestra aumenta, el riesgo que se corre en tomar una decisión incorrecta disminuye.

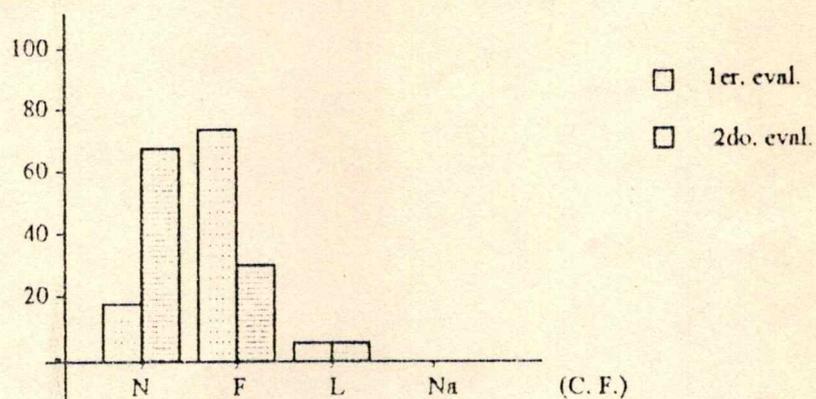
II-2- MIEMBROS INFERIORES (M.M.I.I.)

II-2-1- Diagramas comparativos de la capacidad funcional entre 1ra. y 2da. evaluación según el grado de cumplimiento.

a)- Estricto.

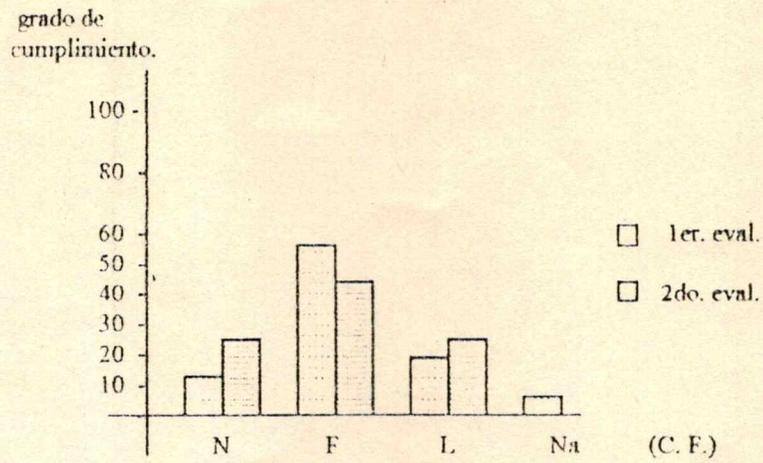
	primera eval.		segunda eval.	
	No.	%	No.	%
Normal	3	18,75	11	68,75
Funcional	12	75	4	25
Limitado	1	6,25	1	6,25
Nada	0		0	
Total	16		16	

grado de cumplimiento.



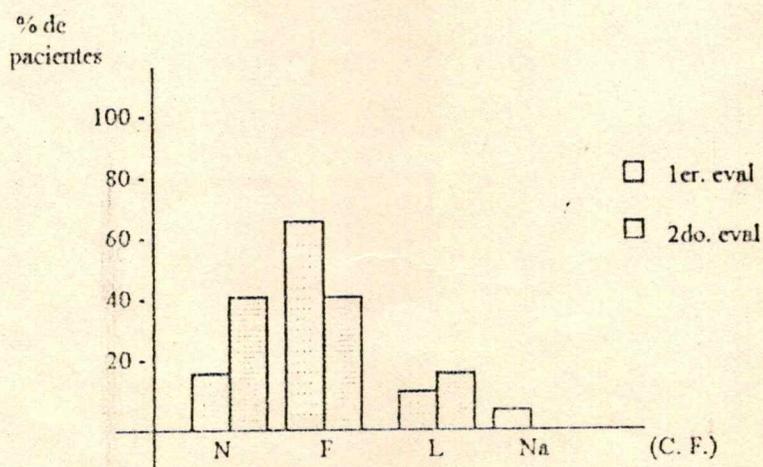
b)- Mediano.

	primera eval		segunda eval.	
	No.	%	No.	%
Normal	2	14,28	4	28,57
Funcional	8	57,14	6	42,86
Limitado	3	21,43	4	28,57
Nada	1	7,14	0	-
Total	14		14	



c) Capacidad funcional (sin distinción del grado de cumplimiento del tratamiento de T. O.) con respecto al Nro. de pacientes entre 1ra. y 2da. evaluación.

	primera eval.		segunda eval.	
	No.	%	No.	%
Normal	7	17,5	17	42,5
Funcional	26	65	16	40
Limitado	6	15	7	17,5
Nada	1	2,5	0	
Total	40		40	



II-2-2- Evaluación:

I)- De acuerdo al grafico a)- se observa que en los grupos normal y funcional una inversión casi completa de los resultados luego de un tratamiento estricto. Es decir, se obtiene un incremento del 50% en el grupo normal luego de un período de tratamiento de 6 a 12 meses.

ii)- El 7,14 % que en la primera evaluación (de cumplimiento mediano) pertenecían al grupo de capacidad funcional muy limitado o nada, incrementa en el mismo porcentaje (7,14 %) el grupo limitado de la 2da. evaluación. Lo mismo ocurre con el 14 % del grupo funcional que incrementa en la 2da. evaluación al grupo normal, en la misma proporción. Por otra parte no se observan promociones entre el grupo limitado y funcional.

III)- De acuerdo a lo observado en el gráfico c)-, visualizando la capacidad funcional sin distinción del grado de cumplimiento del tratamiento, se observa la importancia de llevar a cabo el tratamiento, ya que el porcentaje de pacientes que en la primera evaluación se encontraba en el grupo muy limitado o nada, se transfiere al grupo de limitados, aumentando su porcentaje en la misma proporción.

Lo mismo ocurre con el grupo funcional, que en la 2da. evaluación disminuye un 25 %, proporción que pasa a incrementar el grupo normal.

Por lo expresado en i), ii) y iii) se podría pensar en una dependencia entre capacidad funcional del paciente y grado de cumplimiento del paciente, como en el caso de M.M.S.S.. Sin embargo, al realizar nuevamente la prueba de independencia gi-cuadrado, ésta última resulto no significativa.

En conclusión, es notable la necesidad de un tratamiento para una variación positiva en la capacidad funcional del paciente sin que esto implique que exista dependencia entre las variables.

CONCLUSION

Este trabajo de investigación nos ha permitido analizar y comparar el grado de cumplimiento del tratamiento de Terapia Ocupacional y la influencia sobre la capacidad funcional de los pacientes con Artritis Reumatoidea.

Debido a que la capacidad funcional de miembros superiores (M.M.S.S.) difiera de la capacidad funcional de miembros inferiores (M.M.I.I.) en un mismo paciente, se hizo necesario dividir los resultados.

Pudimos comprobar que luego de un período, comprendido entre 6 y 12 meses, de tratamiento de Terapia Ocupacional los pacientes con Artritis Reumatoidea que cumplían el tratamiento en forma estricta y mediana favorecían y/o mantenían la capacidad funcional en (M.M.S.S.) Por este motivo confirmamos la importancia de llevar a cabo el tratamiento de T.O., ya que gran porcentaje de pacientes que en su primera evaluación estuvieron incluidos en los grupos funcional y limitado, se encontraban luego del período de tiempo ya mencionado, en el grupo normal. Es decir, (se manifestó una transición positiva, manteniendo y/o mejorando la capacidad funcional del paciente)

Mientras que en (M.M.I.I.), si bien se observó una mejoría, es decir, los pacientes favorecían y/o mantenían la capacidad funcional luego de un cumplimiento de tratamiento en forma estricta y mediana, esto no pudo ser comprobado científicamente ya que la prueba de independencia no resultó significativa. Igualmente es notable la necesidad de un tratamiento de T.O. para una variación positiva en la capacidad funcional del paciente sin que esto implique que exista dependencia entre las variables.

Esta diferencia de resultados entre miembros superiores e inferiores, se nos plantea como inquietud. Es sabido que desde Terapia Ocupacional las diversas estrategias terapéuticas (férulas, adaptaciones funcionales para las actividades, actividades de tipo manual) se aplican específicamente a los miembros superiores, dado que se requiere la optimización funcional de éstos para la ejecución de las actividades de la vida diaria, del hogar y laborales; en tanto que para miembros inferiores el Terapeuta Ocupacional participa junto con el resto del equipo en el tratamiento, planificando y llevando a cabo las instancias correspondientes (prescripción de ortesis, adaptaciones, movilización activa y activo-asistida).

Si este hecho justificare la diferencia de resultados entre la capacidad funcional de M.M.S.S y M.M.I.I., proponemos en posteriores investigaciones

analizar y revisar las diversas estrategias terapéuticas para M.M.I.I., tomando como punto de referencia los resultados aquí obtenidos.

También pudimos comprobar que un mayor porcentaje de mujeres tenían ocupación selectiva, mientras que la población masculina se distribuía equitativamente entre ocupación selectiva y competitiva. Sin embargo no se obtuvo una relación significativa entre la situación planteada y el grado de cumplimiento del tratamiento de T.O.. Esto nos lleva a plantearnos lo siguiente: ¿Por qué razón hay una tendencia de la mujer a cumplimentar el tratamiento en forma estricta mientras que los hombres tienden a abandonar el mismo?

Consideraremos que estas inquietudes que surgen de nuestra investigación se constituyen en objetivos importantes para investigaciones futuras.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA:

1. ANDERSON-KISSANE, "Patología" Edit. Médica Panamericana-Buenos Aires, 1986.
2. ASA, P.-RUSKIN M.D., "Current Therapy in Phisiatry". Phisical Medicine and Rehabilitation Saunders Company, 1984.
3. Arthritis and Rheumatism. American College of Rheumatology Volume 37. March, 1994
4. BATTAGLIOTTI C.-GENTILETTI A. y col. "Actualización terapéutica en Reumatología y Colagenopatías". Servicio de Publicaciones de la Universidad Nacional de Rosario. Rosario, 1986.
5. CAILLET R. "Hombro III". Editorial "El manual moderno S.A.", 1985.
6. CAILLET R. "Mano V". Editorial "El manual moderno S.A.", 1985.
7. CAILLET R. "Incapacidad y dolor en tejidos blandos VII". Edit."El manual moderno S.A.", 1985.
8. CANALES F.M. de - ALVARADO E.L. de - PINEDA E. "Metodología de la Investigación - Manual para el desarrollo del personal de salud". O.P.S., 1989.
9. CLARKE ANTHONY."Rehabilitation in Reumatology" The Team Approach. Loiuise Allard, Bridged, Brojbooks. Marin Durity Ed., 1987.
10. Curso de actualización sobre "Evaluación de Servicios de Salud" Módulo Nro.1: Metodología de la investigación. H.I.G.A."Gral San Martín". La Plata, 1992
11. DAY, ROBERT. "Cómo escribir y publicar trabajos científico" O.P.S.
12. DOWNIE P.A.- CASH. "Kiniesiología en Ortopedia y Reumatología" Edit. Médica Panamericana. Buenos Aires, 1987.
13. FARRERAS-ROZMAN. "Medicina Interna". Tomo I. Editorial Marin S.A.. Barcelona, 1982.
14. GARCIA MORTEO O. y col. "Enfermedades del tejido conectivo". López Libreros Editores, 1973.
15. GARDINER M. "Manual de ejercicios de Rehabilitación". Editorial Juns, 1980
16. GONZALEZ ALVARO - LAFFON ROCA. "Medicina Interna - Reumatología". Madrid, 1993.

17. GONZALEZ MAS. "Trabajo de Rehabilitación". Editorial Científico-Médica. Barcelona, 1976.
18. HUASCAR TABORGA. "Cómo hacer una tesis" Editorial Grijalbo. México. 1980.
19. HUNTER - SCHNEIDER - MACKIN. "Rehabilitation of the hand" The C.V. Mosby Company. St. Louis, Baltimore, Philadelphia, Toronto, 1990.
20. Journal of Arthritis and Rheumatis. Volume 33- No. 10. October, 1990.
21. Journal of Hand Therapy Official Journal of the American Society of Hand Therapists. Hanley and Belfies, Inc. January-March, 1992.
22. Journal of Hand Therapy Official Journal of the American Society of Hand Therapists. Hanley and Belfies, Inc. Jun-August, 1993.
23. KRUSEN - KOTTKE - LEHMSN- "Medicina Física y Rehabilitación" Editorial Panamerican. Madrid, 1993.
24. MACCAGNO, A. Biblioteca de Medicina IX "Reumatología". Editorial El Ateneo. Buenos Aires, 1991.
25. MALTINSKIS, K. "Recuperación Funcional del lisiado". Editores científico-técnicas americanas. Buenos Aires, 1985.
26. CARTHY D.J.. "Rehabilitation Medicine and Arthritis". Swezy R. and Weiner S., 1988.
27. MC CARTHY, D.J.. "Rehabilitation Medicine and Arthritis" Swezy R. and Weiner S., 1993.
28. Official Journal of the American Society of Hand Therapists. Journal of Hand Therapy Hanley and Belfies, Inc. January-March, 1994.
29. PARDINAS, E. "Metodología y técnicas de investigación en Ciencias Sociales". Siglo XXI. México, 1980.
30. PAVON SALVADOR, J. "Biblioteca de Ortopedia y Traumatología- Mano". Editorial Médica Panamericana, 1974.
31. Review bibliográfico. Artritis Reumatoidea. Biblioteca de la Sociedad Argentina de Reumatología. Vol. 4. Marzo, 1993.
32. Revista Española de Reumatología. Órgano oficial de la Sociedad Española de reumatología. Agosto-Setiembre, 1991.
33. Revista de Medicina interna II. Reumatología. Hospital de la Princesa. Universidad Autónoma de Madrid. Madrid, 1993
34. Seminars in Arthritis and Rheumatism. Vol 21, Nro. 1. August, 1991.

35. SINE, R.- LISS, S.- ROUSH, R. "Técnicas básicas de Rehabilitación". Editorial científico-médica. Barcelona, 1979.
36. STERN J.H. "Medicina interna" Editorial Salvat. Barcelona, 1991.
37. SWANSON ALFRED. "Postoperative care for patients with silastic finger joint implant Orthopedic Reconstructive Surgengs" P.C. of Grabnd Rapids. Michigan, 1988.
38. The American Journal of Medicina. Vol 91. November, 1991.
39. The Journal of Rheumatology. Weyand and Goronzy Edit., 1993.
40. The Journal of Rheumatology. Buchanan and Singal, Edit. 1994.
41. TROMBLY, CATHERINE ANNE. "Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente". Editorial Científica- La Prensa Médica Mejjicana S.A. de C.V., 1991.

APENDICE

HOSPITAL SAN MARTIN - LA PLATA - SERVICIO DE REUMATOLOGIA
EVALUACION DE CAPACIDAD FUNCIONAL EN ENFERMEDADES REUMATICAS

APELLIDO Y NOMBRE : _____
 EDAD : 59 años
 DIAGNOSTICO : A.R.

FECHA _____
 FIRMA _____

PAMI - San Vicente

SEGMENTO SUPERIOR

16-11-93 / 9-93

1	Quitarse el saco, en percha alta, con c/brazo p/turno	D		I		D		I	
		6	6	10	10				
2	Llevar ambas manos por detras de la cintura para entrar la blusa	6	6	10	10				
3	Alisar el cabello llegando hasta la nuca	8	8	10	10				
4	Llevar un trozo de pan a la boca con cada mano	8	8	10	10				
5	Rotorcer ropa	4	4	8	8				
6	Abotonar y desabotonar, abrir y cerrar ganchos, clerres, etc.	8	8	10	10				
7	Arromangarse y enrollar punos, arreglar cuello del hombro opuesto	8	8	10	10				
8	Escribir	8	8	8	8				
9	Mirar hacia arriba y hacia ambos lados	8	8	6	6				
10	Medir fuerza de garra con col. mercurial : Adultos hasta : 30 - 50 - 80 - 120 - 150 - 300 Ninos hasta : 30 - 40 - 50 - 70 - 90 - 120	Fuerza D. J - D. J - D. J 70-80 160/20		FUERZA		FUERZA		FUERZA	
		D	I	D	I	D	I	D	I
		4	4	8	8				
	TOTAL	68	68	80	80				

CAPAC.FUNC.SEG.SU 136/200 118/200

SEGMENTO INFERIOR

1	Sentarse	D		I		D		I	
		6	6	10	8				
2	Ponerse de pie	4	4	10	8				
3	Caminar	4	4	8	6				
4	Subir escalones	6	6	8	8				
5	Bajar escalones	6	6	8	8				
6	Sentado, cruzando una pierna sobre la otra, quitarse el zapato	6	6	6	6				
7	Ponerse en punta de pies	2	2	8	6				
8	Arrodillarse	2	2	6	6				
9	Separar las rodillas	2	2	6	6				
10	Agacharse para recoger algo del piso	6	6	8	8				
	TOTAL	50	50	78	70				

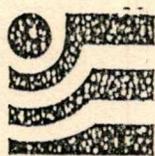
PUNTAJE	
0	Nada
2	Limitado con adaptacion o ayuda
4	Limitado sin adaptacion o ayuda
6	Funcional con adaptacion o ayuda
8	Funcional sin adaptacion o ayuda
10	Normal

CAPAC.FUNC.SEG.INF. 100/200 118/200

TOTAL GENERAL 236/400 328/400

CAPAC.FUNC.TOTAL %

OBSERVACIONES : tiempo de evolucion 10 años fue manifestado la aparicion de la artritis, luego de ese episodio aparece un periodo sin sintomatologia reumatologica



ELVETIUM
RHODIA

segun refiere la paciente hasta el mes de septiembre de 1992 **Orudis**

Ocupacion : trabajo como empleada domestica

estado civil : viuda

Escritura
buena presion

En el día de la Fecha presenta artritis de codos,
HCF, PiF acromio clavicular, tobillos y pies
mani fiesta gran dificultad en el vestido, en el
baño y en higiene personal.

En estos momentos recibe asistencia por parte
de sus hijos

Descripción de Funcionalidad

hombros: no completa los movimientos, realiza los
con gran lentitud, existe dolor

codos: no completa la extensión.

muñecas: derecha: Flexión 45° - extensión 20°

Izquierda: Flexión 50° - extensión 30°

manos: pulso completo con dificultad por compromiso
niso de toda la mano - digitación con lentitud
se observa engrosamiento en HCF mano

derecha: 2° y 3° - inf en 1° y 2° y 3° HCF.

Se le entrega Ficha de recomendaciones (previa conversa-
ción de la mi suco) para cuidado de
sus articulaciones

Se indican ejercicios para realizar en su
hogar, se da nuevo turno

18-12-92 -

Se observa disminución de su artritis. Refiere la paciente
que no ha podido cumplir totalmente las recomendaciones
que se la dieron, por su trabajo, pero está viendo la
posibilidad de dejar de trabajar fuera de su hogar.

Ha realizado el plan de ejercicios del modo que se le
indicó, teniendo en cuenta los días Buenos y los
malos

25-2-93

se observa buen estado en general aunque
existen algunas molestias en el cuerpo de ambas
manos y en pies principalmente.

Se entrega por de valores

se realizan actividades que impliquen movimientos
con todo el miembro superior

la paciente se integra al grupo terapéutico que funciona
en el hospital y en oportunidad, concurre al
CENTRO AMBITO.

18-3-P3 - se observa buen estado en general de su artritis.

Se percibe en la paciente por sus mani. Testimonio durante la charla, gran comprensión y conocimiento de su enfermedad, es decir, posee conciencia de todo lo que le sucede lo que le permite poder llevar a cabo todas las indicaciones de cuidados y protección articular y ahorro de energía en todas las que haceres y utiliza las valvas cuando es necesario.

P-P3 - se realiza reevaluación funcional con muy buena valoración. Mani. Fiebre molestias en tobillos izq. que solo la limita eventualm para caminar (2 veces reingreso) Leves molestias en columna cervical Es totalmente independiente en A.V.D.

Mano derecha

Puño completo - oposición \rightarrow logra con todos los dedos Engrosado = en 2do art. M.C.T Boutonier en 4to dedo casi totalm reducible pasivamente \rightarrow se realiza adaptación en valva para uso nocturno

Actitud $\text{PiF} - V = 25^\circ$
 DiF hiperex 10°
Reducción pasiva $\text{PiF} \Rightarrow V 18^\circ$
 $\text{DiF} \Rightarrow /$ - normal

se observa engrosamiento en DiF del 4to dedo
5to dedo \rightarrow engrosado en DiF
1er dedo \rightarrow subluxación palmar MTC.
actitud de hiperext. Falange distal

Mano izq.

Puño completo - Buena oposición
engrosamiento - 2do dedo art. MTC.

4to dedo boutonier mediana reducible pasivamente
se hace adaptación en valva
Actitud $\rightarrow \text{DiF} V = 28^\circ$
 PiF hiperex. 15°
Pasiva $\Rightarrow \text{DiF} = V 20^\circ$
 PiF ext. normal
5to dedo \rightarrow leve engrosam = en DiF
1er dedo \rightarrow engrosamiento = MCT

Se realiza reevaluación de capacidad
Funcionamiento, observándose muy buen estado
en general

APELLIDO Y NOMBRE: P
 EDAD: 62 años
 DIAGNOSTICO: AR

FECHA
 FIRMA

SEGMENTO SUPERIOR

		14-4-82		11-82		6-83		10-83	
		D	I	D	I	D	I	D	I
1	Quitarse el saco, en percha alta, con c/brazo p/turno	8	8	8	8	8	8	8	8
2	Llevar ambas manos por detras de la cintura para entrar la blusa	8	8	8	8	10	10	8	8
3	Alisar el cabello llegando hasta la nuca	8	6	8	8	10	10	10	10
4	Llevar un trozo de pan a la boca con cada mano	8	8	8	8	10	10	10	10
5	Reforcer ropa	8	6	8	8	8	8	6	6
6	Abotonar y desabotonar, abrir y cerrar ganchos, cierres, etc.	8	8	8	8	8	8	8	8
7	Arremangarse y enrollar punos, arreglar cuello del hombro opuesto	8	6	8	8	10	10	8	8
8	Escribir	8	8	8	8	8	8	8	8
9	Mirar hacia arriba y hacia ambos lados	6	6	6	6	8	8	8	8
10	Medir fuerza de garra con col. mercurial: Adultos hasta: 30 - 50 - 80 - 120 - 150 - 300 Ninos hasta : 30 - 40 - 50 - 70 - 90 - 120	FUERZA		FUERZA		FUERZA			
		D	I	D	I	D	I		
		6	6	6	6	6	6	4.6	
		D-120 - 3 100							
	TOTAL	16	10	16	18	86	86	18-80	

CAPAC.FUNC.SEG.SU 148/200 153/200 172/200 158

SEGMENTO INFERIOR

		D	I	D	I	D	I	
1	Sentarse	8	8	8	8	8	10	8
2	Ponerse de pie	8	8	8	8	8	8	8
3	Caminar	8	8	8	8	8	10	10-10
4	Subir escalones	8	8	8	8	8	8	8
5	Bajar escalones	8	8	8	8	8	8	8
6	Sentado, cruzando una pierna sobre la otra, quitarse el zapato	8	8	8	8	8	8	8
7	Ponerse en punta de pies	6	6	8	8	8	8	8
8	Arrodillarse	-	-	-	-	-	6	6
9	Separar las rodillas	6	6	8	8	8	8	8
10	Agacharse para recoger algo del piso	6	6	8	8	8	8	8
	TOTAL	58	58	72	72	70	82	80-80

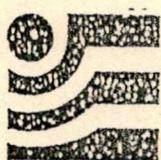
PUNTAJE	
0	Nada
2	Limitado con adaptacion o ayuda
4	Limitado sin adaptacion o ayuda
6	Funcional con adaptacion o ayuda
8	Funcional sin adaptacion o ayuda
10	Normal

CAPAC.FUNC.SEG.INF. 176/200 144/200 153/200 160

TOTAL GENERAL 262 297 336 318

CAPAC.FUNC.TOTAL % 262/500 297/500 336/400 318/400
52% 59% 84%

OBSERVACIONES :



ELVETIUM
RHODIA

Orudis

Nombre y Apellido : ?

Edad : 62 años

Diagnóstico : Enfermedad crónica de tejidos con., A.R.

Fecha de ingreso a tratamiento de T.O. 14-4-82

Tiempo de evolución : 2 años

Ocupación empleado en servicio de limpieza en oficina y las tareas de su hogar

Refiere que ha reducido al máximo las tareas en el hogar y en su lugar de trabajo existe cuando se siente bien, no le exige dado que conoce su problema. Recibe ayuda en su hogar una vez por semana por parte de su hijo

Funcionamiento: presenta limitaciones en los movimientos de cuello, principalmente en inclinación lateral.

M.S.I. leve con prurito en hombro y en mano no completa pulso, distorsión de yemas a pulso en dedo anular 1 1/2 cm y en meñique 1 cm, mayor tan

M.S.D. se observa buena Funcionamiento, en mano presenta deformidades: en el 2do dedo abogo de cuello de úsue y en 5to dedo extensión irreductible de DIF. -> boutonier; pulso no completo 2do dedo 1/2 cm, 3er dedo 1 cm, 4to dedo 2 cm y 5to dedo 3 1/2 cm

se observa en ambas manos características de esclerodermia, escasa turgencia, tirantes en la piel y brillante

En A.V.D. es independiente y en A.C. (hijos) recibe se inicia tratamiento individual, con ^{en casa} ~~con~~ tres pautas de ejercicios por que visita. se le entrega pautas de ejercicios para el hogar e indicaciones a tener en cuenta en el primer cotidiano

NO concurre a tratamiento desde abril del P3 a la fecha-

10-11-P2

Retoma tratamiento, refiere no haber asistido por razones de salud

se observa que ha mantenido su funcionalidad a pesar que se han acentuado las deformidades en manos.

Manifiesta lo paciente haber cumplido en general las indicaciones, en cuanto a los cuidados necesarios para su protección

se le realiza férulas para deformidad en boutonier para ambos dedos meñiques

se realizaran controles mensuales

Se entrega por de valores

16-3-P3

se observa muy buena evolución y ~~buen~~ nivel de concurrencia de cumplimiento lo que le permite realizar un fotomiento adecuado.

23-6-P3

~~El~~ Buen estado general en este momento, luego de haber superado estado traumático es que lo mantiene en reposo absoluto (condición perjudicial para su problema de artritis).

buena evolución de los dedos meñiques usando las férulas en distintos momentos del día y los otros cuando los considere necesarios

Se confecciona guillo de polifom. para dedo índice de mano izquierda

20-11-P3-

Refiere lo paciente haber realizado el plan de ejercicios sistemáticos y las indicaciones dadas, se observa apoyo en su lugar de trabajo.

(4)

APELLIDO Y NOMBRE : _____
 EDAD : 56 años
 DIAGNOSTICO : AR

FECHA : 12/12/85
 FIRMA : _____

SEGMENTO SUPERIOR		12-10 / 20-43%					
		D	I	D	I	D	I
1	Quitarse el saco, en percha alta, con c/brazo p/turno	10	10	10	10		
2	Llevar ambas manos por detras de la cintura para entrar la blusa	10	10	9	9		
3	Alisar el cabello llegando hasta la nuca	8	8	9	8		
4	Llevar un trozo de pan a la boca con cada mano	10	8	10	10		
5	Retorcer ropa	4	4	4	2		
6	Abotonar y desabotonar, abrir y cerrar ganchos, cierres, etc.	6	6	6	6		
7	Arremangarse y enrollar punos, arreglar cuello del hombro opuesto	8	6	6	9		
8	Escribir	4	4	6	6		
9	Mirar hacia arriba y hacia ambos lados	10	10	9	8		
10	Medir fuerza de garras con col. mercurial : Adultos hasta : 30 - 50 - 80 - 120 - 150 - 300 Ninos hasta : 30 - 40 - 50 - 70 - 90 - 120	FUERZA		FUERZA		FUERZA	
		D	I	D	I	D	I
		2	0	-	-		
TOTAL		60	66	64	64		

CAPAC.FUNC.SEG.SU 1 2 6 10

SEGMENTO INFERIOR		138					
		D	I	D	I	D	I
1	Sentarse	10	10	8	10		
2	Ponerse de pie	10	10	10	10		
3	Caminar	8	6	8	8		
4	Subir escalones	6	6	8	8		
5	Bajar escalones	8	8	8	8		
6	Sentado, cruzando una pierna sobre la otra, quitarse el zapato	4	4	8	8		
7	Ponerse en punta de pies	0	0	4	4		
8	Arrodillarse	6	6	8	8		
9	Separar las rodillas	10	10	8	8		
10	Agacharse para recoger algo del piso	6	6	8	8		
TOTAL		64	64	88	70		

CAPAC.FUNC.SEG.INF. 1 2 8 138

PUNTAJE	
0	Nada
2	Limitado con adaptacion o ayuda
4	Limitado sin adaptacion o ayuda
6	Funcional con adaptacion o ayuda
8	Funcional sin adaptacion o ayuda
10	Normal

TOTAL GENERAL 2 4 4 368 / 400

CAPAC.FUNC.TOTAL % 50 50%

OBSERVACIONES :

* Paciente refiere manos nuevas de cura



ELVETIUM RHODIA

Orudis
 de Absorción de farmacos en oleos de manos i. g. indice boutonier. corniceros cuello de cisne en dedo medio. Demosion. Tars sobre dorso de mano altura de muñeca dedo pulgar subluxacion (hiperextension), otros dedos.
 AFC en dedo pulgar engrosamiento
 AFC oleos indice y medio engrosamiento y subluxacion.
 Uveas.
 Dedo pulgar principio boutonier.

Se observan desviaciones ulteriores en otras manos. (2)
La otra mano.

Realizo las ejercicios sin dificultad en cuello, hombros, codo, antebrazo, mano y dedos. Se observo mayor dificultad en manos y muñeca. puede realizar de realizar Evolución fonométrica y N.V.D. Lo paciente refiere ocluyentemente en los brazos al realizar algunas actividades.

15/10/92. No concurre.

20-11-92

Tiempo de evolución diagnóstica Pocho (951) comienza con dolor a los 16 años ocupación: preceptor en un instituto, todo tipo de actividades, se jubiló en el 87. Actualmente ama de casa. oxiteno 1 presión fipode. dos últimos dedos mantiene su extensión.

mano izquierda - muñeca deriv. cub. 101 cm MCF engrosada 1º y 2º nudos → evidente subluxación de car. 1º leve cuello de mano, 3º y 4º nudos, PIF - pulgar educado. 3º y 4º de la mano polvor en (comida) planta 1º y 2º nudos. mano derecha: dolor deriv. cub. 101 - MCF engrosada 2º y 3º. En cuello de mano 5º de la - pulgar limit. toda la flexión en MCF y PIF - en PIF se golpea en los huesos (algún día) o estirado. @ tiene feúlo.

Lo paciente refiere no recibe colaboración en su hogar por parte de su familia, en consecuencia ello obliga a cumplimiento los tareas del hogar. Por este motivo se le dan las indicaciones de cuidados necesarios para la protección articular y ahorro de energía.

Se finc utilizar lo feúlo para la derivación de MCF durante las actividades. Se le brinda finc de plan de ejercicios para el hogar. Se fija nuevo día de control. pero el 13-2-93

13-2-93 - no concurre -

11 - 21 0 000
CIV

20-4-93

(4)

Paciente que retoma nuevamente el tratamiento en la fecha, manifestando dificultades para llenar a cabo ~~las actividades~~ las actividades de su hogar. Refiere no recibir ayuda por parte de su hijo, ante esta situación la familia ha tomado conciencia de su problema y realiza las actividades que considera indispensables para el hogar; en cuanto a aspecto personal, higiene y alimentación es independiente. Realiza el plan de ejercicios en forma irregular.

Se realizan ajustes en su equipamiento ortésico. Se fija nueva fecha de control y posible ingreso al grupo terapéutico.