



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

PLAN DE INTERVENCIÓN EN UNA PACIENTE
CON ARTROSIS DE MANOS
INSTITUCIONALIZADA DESDE EL ÁMBITO
DE LA TERAPIA OCUPACIONAL

INTERVENTION PLAN IN A PATIENT WITH
HANDS OSTEOARTHRITIS
INSTITUTIONALIZED FROM THE FIELD OF
OCCUPATIONAL THERAPY.

Autor:

Diana Ximena Coronado Almanza

Director:

Estela Calatayud Sanz

Facultad de Ciencias de la Salud

2023-2024

ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRAC	2
INTRODUCCIÓN	3
OBJETIVOS.....	9
Objetivos generales.....	9
Objetivos específicos	9
METODOLOGÍA.....	10
Caso clínico. Perfil ocupacional	10
Evaluación inicial	11
Datos obtenidos de la evaluación inicial	14
Intervenciones de Terapia Ocupacional	16
DESARROLLO.....	22
RESULTADOS	22
DISCUSIÓN	24
CONCLUSIONES	25
BIBLIOGRAFÍA	27
ANEXOS.....	32

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Cifras relativas de incidencia de artrosis en España.....	3
Tabla 2. Clasificación de la artrosis	4
Tabla 3. Clasificación artrosis de manos	5
Tabla 4. Tipos de tratamientos	6
Tabla 5. Enfoques de tratamiento desde terapia ocupacional en disfunción articular y muscular	7
Tabla 6. Caso clínico. Perfil ocupacional.	10
Tabla 7. Distribución de plantas de la residencia	11
Tabla 8. Escalas.....	12
Tabla 9. Datos obtenidos de la observación de las AVD	14
Tabla 10. Intervención desde T.O.....	17
Tabla 11. Ejercicios de movilidad articular.....	18
Tabla 12. Ejercicios de fortalecimiento muscular	19
Tabla 13. Temporalización de las fases	21
Tabla 14. Comparativa de la evaluación inicial con la final.....	23
Tabla 15. Comparativa de la goniometría	24
Tabla 16. Comparativa medición de fuerza muscular.....	24
Figura 1. Componentes del MOHO	8

Figura 2. Mano derecha	14
Figura 3. Mano izquierda.....	14
Figura 4. Cierre de puño	14
Figura 5. Evaluación muscular con dinamómetro.....	15
Figura 6. Masaje IF.....	19
Figura 7. Oposición	19
Figura 8. Fortalecimientos interóseos	19
Figura 9. Fortalecimiento abd y add	19
Figura 10. Pinza	19
Figura 11. Vendaje Coban	19
Figura 12. Actividad significativa	21

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

La artrosis es una enfermedad articular degenerativa que provoca el deterioro del cartílago y tejidos circundantes. Puede causar dolor, hinchazón y rigidez. Las limitaciones funcionales pueden afectar también la salud mental y ocasionar la pérdida de actividades significativas (6-8).

OBJETIVOS

Reducir la sintomatología y mantener la funcionalidad de la mano para mejorar la calidad de vida de la paciente.

Dotar de herramientas a la paciente sobre cómo afrontar los brotes de la enfermedad.

METODOLOGÍA

Se realiza un caso clínico con una paciente de 87 años con artrosis de manos, institucionalizada en el centro residencial DomusVi Fontibre de Zaragoza, siguiendo el marco de trabajo, el Modelo de Ocupación Humana y biomecánico.

Se utilizaron distintas herramientas al inicio y final del tratamiento para valorar su eficacia: medición de rango articular, índice de Barthel, índice funcional de Dreiser, Health Assessment Questionnaire (HAQ), escala analógica visual (EVA), cuestionario NIH ACTRE, GDS-15 y Euroqol-5D. La intervención duró ocho semanas, dos sesiones semanales de una hora. Desarrollando técnicas de protección articular, educación, ejercicios, adaptaciones y uso de productos de apoyo para reducir el dolor y mantener la función.

RESULTADOS

Mejora en la actividad del vestido y la alimentación, reduce la rigidez y la percepción del dolor, a nivel cualitativo según satisfacción personal de la paciente.

CONCLUSIÓN

Existe la necesidad de incrementar la figura del terapeuta ocupacional en centros residenciales para trabajar desde la prevención y la efectividad en la aplicación de estos modelos respecto a la funcionalidad, participación y percepción de salud.

Palabras clave: "Terapia Ocupacional", "Artrosis", "Artrosis de manos", "Intervención".

ABSTRAC

INTRODUCTION

Osteoarthritis is a degenerative joint disease that causes deterioration of the cartilage and surrounding tissues. It can cause pain, swelling and stiffness. Functional limitations can also affect mental health and result in loss of meaningful activities (6-8).

OBJECTIVES

To reduce symptomatology and maintain hand functionality to improve the patient's quality of life.

To provide the patient with tools on how to cope with flare-ups of the disease.

METHODOLOGY

A clinical case was carried out with an 87-year-old patient with hand osteoarthritis, institutionalized in the DomusVi Fontibre residential center in Zaragoza, following the Human Occupational Model and biomechanical framework.

Different tools were used at the beginning and end of the treatment to assess its effectiveness: measurement of joint range, Barthel index, Dreiser functional index, Health Assessment Questionnaire (HAQ), visual analog scale (VAS), NIH ACTRE questionnaire, GDS-15 and Euroqol-5D.

The intervention lasted eight weeks, two weekly one-hour sessions. We developed joint protection techniques, education, exercises, adaptations and use of support products to reduce pain and maintain function.

RESULTS

Improved dressing and eating activity, reduced stiffness and pain perception, on a qualitative level taking into account the patient's personal satisfaction.

CONCLUSION

There is a need to increase the figure of the occupational therapist in residential centers to work from prevention and effectiveness in the application of these models with respect to functionality, participation and health perception.

Key words: "Occupational therapy", "Arthrosis", "Hand osteoarthritis", "Intervention".

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento implica cambios biológicos estructurales, funcionales y sociales, sumado a la complejidad de asumir nuevos roles (1-3). Estos cambios se mantienen hasta el final de la vida, siendo el resultado de su interacción genética con el medio ambiente y contextos multidimensionales como estilo de vida, situación económica, satisfacción personal y entornos sociales (4).

Los cambios biológicos relacionados con la edad se producen en sistemas orgánicos, como la estructura muscular, el sistema esquelético y las articulaciones (2).

Dentro de las patologías físicas que sufren las personas mayores, la artrosis es uno de los principales problemas de salud que produce una limitación de la actividad (5).

La artrosis, también llamada osteoartritis es la forma más común de artritis. Es una enfermedad degenerativa crónica que además de causar la pérdida progresiva del cartílago, provoca cambios en el hueso adyacente como la formación de osteofitos o esclerosis ósea, en la articulación y estructuras que la rodean (6).

Puede causar deformidades y procesos inflamatorios que producen dolor, rigidez, hinchazón, disminución de la movilidad y pérdida de actividades significativas. El dolor crónico está relacionado con limitación funcional, falta de sueño, fatiga, estado de ánimo depresivo y una mala salud mental (7,8).

La incidencia de cualquier tipo de artrosis aumenta generalmente por la edad. Existen aproximadamente 15 millones de personas en el mundo con un diagnóstico reciente de artrosis (9).

Según el Instituto Nacional de Estadística (INE) de España, consultando su más reciente actualización sobre discapacidad en abril de 2024, en el capítulo 2: estado de salud y enfermedades (enfermedades crónicas diagnosticadas por sexo y edad. Población con discapacidad), se obtienen los siguientes valores (10).

Tabla 1. Cifras relativas de incidencia de artrosis en España

Cifras relativas de incidencia de artrosis		Hombres	Mujeres
Total		34,10	40,38
Edad	De 6 a 64 años	7,00	8,67
	De 65 a 79 años	26,72	33,59
	De 80 y más años	42,64	46,01

La prevalencia se incrementa mundialmente debido al aumento de la esperanza de vida, cambios demográficos y exigencias funcionales. Aproximadamente el 30%

de las personas mayores de 40 años tiene artrosis en alguna de sus articulaciones. En la población mundial, 303 millones de personas padecen de artrosis sintomática, 10% hombres y 18% mujeres mayores de 60 años.

En España la prevalencia sintomática fue del 29,35%, alrededor de 7 millones de personas. En la artrosis de mano el 7,73%, el nivel más alto se obtuvo en mujeres mayores de 80 años, con obesidad y bajo nivel de escolarización (11-14).

La artrosis se clasifica según su localización, afectando aquellas que tienen mayor movilidad y soportan más carga. Lo más frecuente es que aparezca en las articulaciones de la rodilla, cadera, manos y columna vertebral destacando la zona lumbar, aunque puede aparecer en otras articulaciones (11,15).

Tabla 2. Clasificación de la artrosis (16)

Artrosis de rodilla	La más frecuente. Relacionada con fracturas, esguinces o roturas de ligamentos previos. Más común en deportistas y personas con obesidad. Causar dolor, reduce considerablemente la movilidad afectando la deambulación, precisando en algunos casos sustitución protésica.
Artrosis de manos	Segundo tipo más frecuente. Suele iniciar en los dedos y luego extenderse al resto de la mano. Muy incapacitante, afectando el desempeño de las ABVD por el dolor y la deformidad que suele ocasionar, quedando las articulaciones desviadas y flexionadas. El dolor es más fuerte en la fase inicial.
Artrosis de cadera	Afecta la cara proximal del fémur. Causa dolor al caminar y subir y bajar escaleras que suele desaparecer con el movimiento, según avanza la enfermedad se dificulta de flexión de extremidades inferiores y el dolor permanece incluso en reposo. Más común en personas mayores.
Artrosis de columna vertebral	El dolor es más común a nivel cervical y lumbar. Son numerosos los casos diagnosticados radiológicamente de manera accidental, la mayoría suelen ser asintomáticos.

La artrosis inicia alrededor de los 50 años. Los casos que se presentan en personas más jóvenes suelen ser a causa de traumatismos, movimientos repetitivos o alteraciones del crecimiento (17,18).

Regularmente, afecta más a mujeres. La diferencia entre sexos está determinada por edad, localización y hábitos como sedentarismo y tabaquismo. En hombres está más afectada la cadera y columna y en mujeres la rodilla y manos (11-12,19).

La mano ocupa el segundo lugar más afectado por la osteoartritis. La artrosis de incluye varios fenotipos como la artrosis erosiva, artrosis nodal o no erosiva y artrosis de la primera articulación carpometacarpiana (20).

La clasificación de la artrosis de manos según la localización de las articulaciones afectadas.

Tabla 3. Clasificación artrosis de manos (17)

Artrosis de interfalángicas distales (IFD)	<p>Es la localización que más afecta a mujeres de mediana edad y por causa genética.</p> <ul style="list-style-type: none">- Nódulos de Heberden: producen un engrosamiento lento y progresivo de las IFD, causa tumefacción y deformidad. <p>Al inicio de su aparición puede haber dolor y enrojecimiento, que con el tiempo desaparece o se tolera mejor.</p>
Artrosis de interfalángicas proximales (IFP)	<p>Asociada a la artrosis de IFD, menos frecuente que la anterior. También se da en mujeres de mediana edad.</p> <ul style="list-style-type: none">- Nódulos de Bouchard: el dolor, la inflamación y deformidad articular mayor. <p>En ambos casos, con el tiempo la mano es funcional para las actividades básicas.</p>
Artrosis de Metacarpofalángicas (MCF)	<p>Conocida como artrosis de <i>Missouri</i>, es poco común. Suele aparecer en personas que han desempeñado trabajos manipulativos. Estas articulaciones se ven afectadas en enfermedades más graves.</p>
Artrosis de Trapeciometacarpiana	<p>Conocida como <i>rizartrrosis o artrosis del pulgar</i>. Generalmente aparece en mujeres de mediana edad, en las dos manos con más sintomatología en una que otra.</p> <p>En los casos más graves, deformación cerca a la articulación de la muñeca y dolor intenso al realizar realizando la pinza con el pulgar. El dolor e inflamación que aparece aún en reposo se le llama brote.</p>
Artrosis del carpo	<p>Poco frecuente, suele aparecer en personas con antecedentes de enfermedad o fracturas de los huesos del carpo.</p>

Para establecer un diagnóstico y tratamiento es importante determinar la sintomatología y su inicio, los brotes, grado de deformidad y posibles comorbilidades. El diagnóstico se establece mediante el examen clínico, complementado con radiografías y ecográficas para conocer el nivel de afectación articular, cambios en los tejidos blandos, información sobre procesos inflamatorios y progresión (21).

Los análisis de sangre y de líquido articular son la mejor opción para establecer un diagnóstico diferencial y descartar otras causas como infecciones o gota (22).

El pronóstico de la artrosis varía en función de la articulación afectada y la gravedad, factores individuales y ambientales y/o estado psicosocial; la artrosis erosiva es la que tiene un peor pronóstico por su inicio y clínica progresiva grave que reduce considerablemente la calidad de vida. Un tratamiento temprano e individualizado puede ralentizar la progresión (20, 23).

En la actualidad no existe un tratamiento que evite la destrucción de la articulación. El manejo de la artrosis de manos se centra en el control de la sintomatología; existen las modalidades de tratamiento farmacológico y no farmacológico que pueden ser combinados según las necesidades del paciente (24).

Tabla 4. Tipos de tratamientos (23-25)

Farmacológico	<ul style="list-style-type: none">- Analgésicos (paracetamol)- Tramadol y opioides distintos al tramadol- Antiinflamatorios de uso oral (ibuprofeno, naproxeno) y tópicos- Nutraceuticos (sulfato de condroitina)- Glucocorticoides orales
No farmacológicos	<ul style="list-style-type: none">- Ejercicio- Educación en programas de autogestión (pérdida de peso, higiene del sueño y adecuado ritmo de la actividad)- Terapia física- Terapia ocupacional- Uso de ortesis y dispositivos de ayuda- Otros:<ul style="list-style-type: none">o Terapia manualo Modalidades termaleso Intervenciones biomecánicas (uso de vendajes)o Acupuntura y electroterapiao Lásero Balnearioterapia/fangoterapia

Los tratamientos invasivos como la cirugía son utilizados cuando no se responde adecuadamente a los fármacos u otras terapias convencionales. Se utilizan distintas técnicas según las secciones articulares, como la artrodesis y artroplastia (26).

La terapia ocupacional constituye una parte importante del abordaje terapéutico. Esta profesión sociosanitaria utiliza las ocupaciones o actividades significativas para ayudar a las personas a ser independientes en el desempeño de las actividades en las distintas áreas de ocupación, con el fin de que la persona interactúe con el medio y mejoren su calidad de vida.

La relevancia de esta profesión en los tratamientos de mano radica en que es en esta donde se reflejan las disfunciones de miembro superior y se concentran todas las terminaciones sensitivas y motoras que las convierten en el principal órgano sensorial y de ejecución (27).

La terapia ocupacional forma parte de una terapia multidisciplinar, y su intervención en la artrosis está basada en estrategias educativas para la protección articular y conservación de la energía, simplificación de las actividades para reducir la fatiga, actividad física y alivio del dolor, adaptaciones del entorno, asesoría y entrenamiento en productos de apoyo, ortesis y contrarrestar problemas psicológicos (28).

La intervención para el tratamiento de la disfunción articular y muscular desde terapia ocupacional distingue tres enfoques dentro del proceso de valoración:

Tabla 5. Enfoques de tratamiento desde terapia ocupacional en disfunción articular y muscular

Enfoque preventivo	Intervención temprana para evitar la aparición del déficit funcional.	
Enfoque de recuperación	Programa de actividades basadas en la ocupación, específico para cada persona.	<p>Actividades de movilidad pasiva.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ortesis estáticas seriadas o progresivas. <p>Actividades de movilidad activa asistida.</p> <ul style="list-style-type: none"> - El paciente inicia el movimiento hasta donde le es posible y el terapeuta termina el recorrido. <p>Actividades de movilidad activa.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cuando el recorrido articular es funcional y requieren implicación total del paciente. <p>Actividades activas resistidas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Recorrido articular completo o que no limita la función. <p>Fase de potenciación muscular mediante pinzas graduadas, balones medicinales, bandas de resistencia, etc.</p>
Enfoque compensatorio	En casos que se prevea aparición de secuelas o escasa posibilidad de rehabilitación, sería posible adaptar la actividad, crear nuevas estrategias de desempeño o uso de productos de apoyo.	

Los modelos más apropiados desde Terapia Ocupacional para este tipo de patología son el Modelo Biomecánico y el Modelo de Ocupación Humana (MOHO).

El modelo biomecánico, está centrado los aspectos más relevantes del movimiento en los seres vivos, siendo considerado la base del desempeño ocupacional.

La terapia ocupacional a través de la biomecánica pretende restaurar el movimiento funcional mediante las capacidades musculoesqueléticas para permitir el desempeño en las AVD en personas con limitaciones en la movilidad, fuerza y resistencia.

La biomecánica además de estar relacionada con factores físicos y mecánicos está condicionada por características individuales como la edad o género, aspectos culturales o morfológicos.

Las herramientas utilizadas en este modelo para evaluar de forma objetiva han sido la goniometría para medir la amplitud articular, dinamómetro para valoración de la fuerza de manera cuantitativa y como escala funcional el índice de Barthel (IB) (29).

El MOHO, es un modelo que reconoce la importancia del ambiente en el desarrollo de la vida ocupacional, por favorecer o ser una barrera de la ocupación.

Las personas son percibidas como un sistema abierto dinámico que interacciona constantemente entre sus componentes internos y el entorno. Influido por tres elementos interrelacionados:

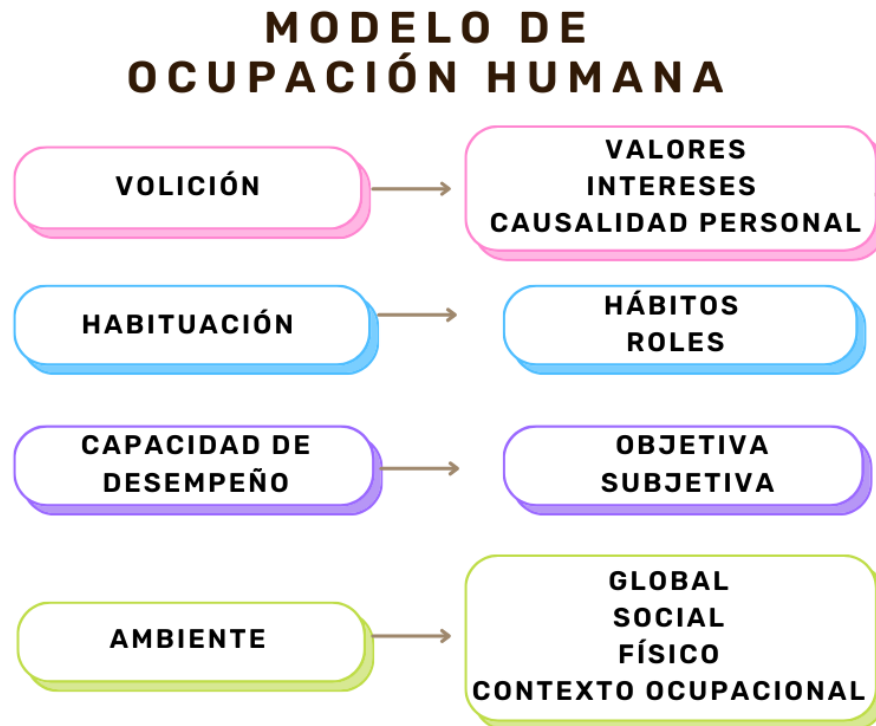


Figura 1. Componentes del MOHO

Su aplicación está indicada en afecciones o discapacidades estables o en fase crónica, cuando el terapeuta ocupacional interviene en el domicilio, entorno comunitario o recurso residencial, con la finalidad ofrecer la oportunidad de participar en ocupaciones y actividades que sean favorables para su experiencia vital (30).

Las herramientas de evaluación basadas en este modelo empleadas en este trabajo son el perfil ocupacional y National Institutes of Health Activity Record (NIH ACTRE).

Los recursos sociosanitarios donde se puede intervenir desde terapia ocupacional con personas mayores son:

- *Servicios de atención domiciliaria.* Dentro de esta categoría existe el servicio de teleasistencia y ayuda a domicilio.
- *Servicios de participación social.*
- *Servicios de atención diurna,* los centros de día ofrecen atención psicosocial a personas dependientes.

- *Servicios de atención residencial*, centros residenciales y viviendas para mayores, ofrecen de manera permanente o temporal alojamiento y mantenimiento. Son los servicios más demandados (31).

Para este caso, se escogió la modalidad de residencia permanente. A partir de los 75 años aumenta la probabilidad de situación de fragilidad y limitaciones funcionales que requieren de cuidados que en ocasiones no se pueden asumir en el domicilio.

Las residencias son lugares de tratamiento donde se podría tratar y prevenir la artrosis. La intervención se adaptará a los espacios y materiales disponibles, la residencia además de ser su vivienda facilitará el desempeño ocupacional, el desarrollo de las AVD y ofrece los beneficios de los cuidados profesionales de un equipo interdisciplinar (1).

El propósito general del trabajo es realizar una intervención en una residencia de personas mayores a una paciente con diagnóstico de artrosis generalizada de larga evolución, con mayor afectación de manos a consecuencia de los brotes de la enfermedad. La finalidad es proporcionar un tratamiento específico para esta patología desde terapia ocupacional, trabajando en el mantenimiento de la función y la participación en las AVD, personales y sociales.

OBJETIVOS

Objetivos generales:

1. Reducir la sintomatología y mantener la funcionalidad de la mano para mejorar la calidad de vida de la paciente.
2. Dotar de herramientas a la paciente sobre cómo afrontar los brotes de la enfermedad, mediante medidas de protección articular y uso de productos de apoyo para mejorar la participación y el desempeño en actividades significativas.

Objetivos específicos:

- Enseñar técnicas para controlar el dolor.
- Reducir la rigidez articular y aumentar el rango de movimiento.
- Aumentar la fuerza de la musculatura de la mano.
- Valorar y reeducar las AVD.

METODOLOGÍA

Caso clínico. Perfil ocupacional

Tabla 6. Caso clínico. Perfil ocupacional.

Nombre: P. R. L

Antecedentes médicos:

Hipertensión, hipercolesterolemia, Diabetes Mellitus tipo II, enfermedad vascular periférica, trastorno de ansiedad generalizada y depresión neurótica. Diagnosticada de artrosis generalizada desde los 50 años, calcificaciones vasculares y rizartrosis. Ingresa a la residencia en diciembre del 2019, procedente del hospital tras estar ingresada un mes por múltiples complicaciones en su estado clínico y notable deterioro físico.

P.R.L., es una mujer de 87 años, nacida en Villahermosa del Campo (Teruel). Es la mayor de seis hermanos, con escaso nivel de escolarización. Viene a Zaragoza con 15 años para vivir con una tía y encargarse de las tareas del hogar y el cuidado de sus hijos.

Trabajó en una fábrica cosiendo sacos de cemento hasta que se casó a la edad de 22 años. Después, realizó limpiezas y tuvo una tienda de comestibles, como negocio familiar. No se pudo pensar por un mes no cotizado.

Tuvo dos hijos, ahora tiene dos nietos y dos bisnietos de su primer matrimonio. Enviuda por segunda vez hace ocho años y es cuando inician los episodios depresivos. Desde entonces vivía con su hermana con quien mantenía muy buena relación, compartían las tareas de casa, asistían diariamente cada tarde al centro de día de la Caixa a jugar a las cartas y cuidaba de su gato persa.

En las extremidades superiores tiene limitada la movilidad de hombros en los últimos grados de movimiento y fuerza disminuida. En extremidades inferiores, tiene prótesis en ambas rodillas y caderas, conserva la movilidad y fuerza adecuada para la marcha autónoma con andador, con tendencia a la antepulsión de tronco y lentitud motora.

Hace unos años aparecen brotes periódicos que provocan inflamación y dolor en ambas manos, siendo más acusado en la mano izquierda. El dolor hace que se aisle en su habitación a causa de la imposibilidad de propulsarse para levantarse de la silla, coger el andador o cubiertos para comer, haciendo que aparezca irritabilidad y depresión.

La sintomatología es tratada con medicamentos antiinflamatorios y ansiolíticos.

El entorno residencial es un medio facilitador para la participación e independencia por su diseño accesible, adaptado y seguro. La dificultad surge de las largas distancias de las instalaciones lo que puede hacer aparecer fatiga. Los cuidados proporcionados por auxiliares pueden ser una barrera si no gestionan de manera adecuada.

Su entorno social más cercano son dos compañeras, una de habitación y otra de mesa, con esta última es con quien pasa la mayor parte del día y comparte la afición por colorear.

En poco tiempo perdió a su hijo y a su hermana, lo que ha supuesto un fuerte golpe emocional para ella. Con el tiempo ha perdido el contacto con sus amigas, actualmente cuenta con el apoyo de su hija con quien habla a diario telefónicamente y la visita los fines de semana.

Las actividades del centro están estructuradas, pero sigue disfrutando de sus antiguas aficiones (ver la televisión, jugar a las cartas y escuchar jotas) y ocupaciones actuales en las que participa activamente, bingo, manualidades, fiestas de cumpleaños, actividades religiosas y extraordinarias.

La terapia ocupacional en el centro residencial está principalmente enfocada a la estimulación cognitiva y participar en este tipo de intervención la tiene motivada y optimista.

Ser independiente el mayor tiempo posible es lo que más valora y le preocupa a futuro, porque no le gusta recibir asistencia personal. Es consciente del nivel de evolución de su enfermedad y refiere que pondrá todo de su parte por mantener sus capacidades.

El centro residencial DomusVi Fontibre es un recurso orientado a la atención integral de la persona mayor e integración a la comunidad en la que está inserto. Se guía bajo la premisa del modelo centrado en la persona.

El centro dispone de unidades especializadas en la atención de demencias, convalecencia y rehabilitación, psicogeriatría, trastornos de conducta y atención gerontológica. Distribuido en unidades de convivencia independientes para garantizar una atención personalizada y cuidados adaptados a las necesidades de cada residente.

Cuenta con plazas privadas y concertadas con el Gobierno de Aragón. Un total son 112 plazas, 28 son individuales y 42 de uso doble, distribuidas en cuatro plantas. La distribución según el nivel de dependencia queda reflejada en la siguiente tabla.

Tabla 7. Distribución de plantas de la residencia

Plantas	Perfil de residentes
0	Autónomos o dependencia leve.
1ª	Dependencia o deterioro cognitivo leve, estancias temporales para rehabilitación con buena capacidad cognitiva.
2ª	Gran dependencia, demencias avanzadas, trastornos conductuales y cuidados paliativos.
3ª	Gran dependencia, con deterioro cognitivo moderado, trastornos conductuales.
4ª	Alta dependencia, con deterioro cognitivo leve o moderado, sin trastornos conductuales.

Evaluación inicial

Para esta intervención se ha seguido el Marco de Trabajo y sus etapas de evaluación, intervención y resultados para la práctica de terapia ocupacional, el modelo biomecánico y MOHO. Se han revisado informes e historias clínicas facilitadas por el centro residencial.

Se realizaron **entrevistas** para elaborar el perfil ocupacional de la paciente y **observación** para la valorar su desempeño en las actividades de la vida diaria y la apariencia de sus manos.

Evaluación articular mediante la goniometría evaluar la amplitud de rango de movimiento activo o pasivo. Los movimientos globales (apertura y cierre de mano, oposición y separación interdigital) se completan con mediciones en centímetros.

Evaluación muscular de la fuerza de prensión "a mano plena" o prensión digito-palmar cilíndrica con dinamómetro (27).

Escalas

Tabla 8. Escalas

<p>Health Assessment Questionnaire (HAQ) (32):</p>	<p>Versión española. Desarrollado para personas con artritis reumatoide. Cuestionario genérico autoadministrado que evalúa el grado de discapacidad autopercibido en la realización de las AVD en la última semana. Factores socioculturales pueden influir en el resultado y alterar las características psicométricas (Anexo 1).</p>	<p>Incluye 20 ítems agrupados en ocho categorías: vestirse y afeitarse, levantarse, comer, caminar, higiene, alcanzar, presión y actividades complejas. Puntuando de 0 (sin dificultad) a 3 (incapaz de hacerlo).</p>
<p>Índice Funcional Dreiser (33):</p>	<p>Es un cuestionario simple, reproducible y sensible al cambio, consta de preguntas relacionadas con actividades o gestos de la vida diaria para evaluar la funcionalidad de las manos en pacientes con artrosis (Anexo 2).</p>	<p>Incluye 10 preguntas, cada una puntúa de 0 a 3, siendo 0 para la ejecución de la actividad posible sin dificultad, 1 posible con dificultad moderada, 2 posible con dificultad importante y 3 imposible de realizar. La puntuación máxima es 30 lo que indicaría una alteración muy grave de la función.</p>
<p>Índice de Barthel (IB) (34):</p>	<p>Mide la capacidad de la persona para realizar diez ABVD, arreglarse, deposición, micción, ir al servicio, traslado sillón/cama, deambulación, escaleras. Es la escala de valoración funcional más utilizada en geriatría y rehabilitación de procesos musculoesqueléticos en enfermos crónicos. Tiene buena fiabilidad interobservador, índices de Kappa entre 0,47 y 1,00, e intraobservador, índices de Kappa entre 0,84 y 0,97 (Anexo 3).</p>	<p>Puntúa (0,5,10,15) para obtener una estimación cuantitativa del grado de dependencia, donde la puntuación varía de 0 (máxima dependencia) y 100 (máxima independencia).</p>
<p>Escala visual analógica (EVA) (35,36):</p>	<p>Utilizada para evaluar de manera subjetiva la intensidad del dolor. Se representa con una línea horizontal de 10 centímetros, en el extremo izquierdo 0 cm (ausencia de dolor) y en el derecho 10 (dolor muy intenso) y se pide al paciente que marque en la línea su percepción de intensidad. El resultado se mide con una regla y se expresa en centímetros o milímetros (Anexo 4).</p>	<p>Un resultado inferior a 4 significa dolor leve o leve-moderado, entre 4 y 6 dolor moderado-grave y más de 6 dolor muy intenso. Es una medida válida y fiable con una alta sensibilidad a los cambios</p>
<p>Escala geriátrica abreviada de la depresión de Yesavage o GDS-15 (37):</p>	<p>Autoinforme que evalúa la depresión en personas mayores, centrándose en los aspectos relacionados con el estado de ánimo y no en molestias físicas. Su aplicación está indicada como screening de depresión, evaluar la severidad de un cuadro depresivo y control de resultados terapéuticos; tiene una sensibilidad del 80% y especificidad del 75% para el punto de corte (Anexo 5).</p>	<p>Consta de 15 preguntas afirmativas y negativas, cuyos resultados oscilan entre (0-5) normal, (6-9) probable depresión, (>9) depresión establecida y (>12) depresión severa.</p>

Escala NIH ACTRE (38):

Herramienta de evaluación utilizada dentro del MOHO que corresponde a una adaptación el cuestionario ocupacional. Diseñado para medir los resultados de un programa de capacitación en conservación de energía de terapia ocupacional en los Institutos Nacionales de Salud (NIH) para adultos con Artritis Reumatoide (Anexo 6).

Registro autoadministrado de actividades diarias específicas por un periodo de 24h para cuantificar cantidad y calidad de tiempo dedicado. Incluye medidas del nivel de dolor, fatiga, dificultad, competencia, significado y disfrute.

Cuestionario de Salud Euroqol-5D (39):

Medida de calidad de vida relacionada con la salud, consta de tres partes: 1. Descriptiva, con cinco ítems. 2. Pregunta sobre estado de salud en el último año y 3. Escala Visual Analógica (Anexo 7).

Ítems, con tres opciones de respuesta (1 no hay problemas de respuesta – 3 problemas o síntomas graves). EVA (de 0 el peor estado de salud a 100 el mejor estado de salud).

Listado de intereses (40):

Versión reducida a la propuesta por Matsutsuyu. Evalúa los intereses de la persona para facilitar el planteamiento de una intervención (Anexo 8).

Cada ítem valora el nivel de interés con "mucho", "poco", "ninguno", comparando los últimos 10 años con el actual, si lo practica o está interesado a futuro.

Datos obtenidos de la evaluación inicial

La evaluación inicial se realizó durante dos semanas.

Observación de signos

Flexión e importantes desviaciones radiales de las IFD de la mano derecha en 2º y 3º dedo y en mano izquierda en 2º dedo desviación radial y 3º dedo desviación cubital y leve flexión de IFD, iniciando en 4º dedo.

Presencia de nódulos Heberden en mano derecha 2º (más prominente) y 3º dedo y cierta rigidez articular. La rizartrrosis no está muy instaurada, por lo que no es apreciable la deformidad de la articulación (pulgares en z), pero si una ligera tendencia aductora.



Figura 2. Mano derecha



Figura 3. Mano izquierda



Figura 4. Cierre de puño

Observación AVD: se realiza en un momento asintomático, en aquellas que presenta mayor dificultad son:

Tabla 9. Datos obtenidos de la observación de las AVD

Vestido	No puede preparar su ropa porque presenta dolor y limitación de movimiento en la flexión de hombros, abrochar botones, ni agacharse a ponerse los zapatos.
Higiene y aseo personal	Para lavarse y secarse la parte de atrás del cuerpo tiene limitado el movimiento de rotación interna y aducción de hombro.
Alimentación	El uso de utensilios especialmente el manipular cuchillo y tenedor para cortar los alimentos. Servirse la bebida, no resiste el peso de la jarra y dificultad de agarre.
Uso de WC	Dificultad para limpiarse adecuadamente.
Deambulación	Con el andador ejerce mucha presión en el agarre de las empuñaduras, las tiene recubiertas de vendaje, pero no respetan la ergonomía de la mano. Precisa de supervisión en distancias largas como ir del comedor a su habitación.
Alcance	Recoger cosas del suelo o llegar a las perchas de su armario.
Preensión	Abrir una botella, para que sea posible debe haberla cerrado ella misma.

Para la realización de estas actividades en el día a día, la paciente recibe la asistencia de las auxiliares.

Evaluación articular activa, sin provocar dolor con el objetivo de no causar un gasto energético que afecte la funcionalidad. En ambas manos tiene limitaciones, principalmente en la derecha por ser donde primero aparece la enfermedad.

La mayor limitación en la movilidad está en las desviaciones radial y cubital, con codos en flexión de 90° y compensación con abducción y adducción de hombro. Flexión de IFD, lo que imposibilita el cierre de puño y oposición de pulgar por la rizartrrosis.

Evaluación muscular, se mide la fuerza de ambas manos utilizando el dinamómetro, configurando según su edad y peso. Las pinzas más funcionales en mano derecha son la digito digital con 3° y 4° dedo y en mano izquierda la pinza subtérmino lateral con 2° dedo por desviación de la IFD. Problemas para realizar pinza terminal correctamente.



Figura 5. Evaluación muscular con dinamómetro

Valoración sensitiva: ligera alteración sensitiva en mano derecha en cara palmar, principalmente en pulpejos.

Valoración funcional:

- Health Assessment Questionnaire (HAQ), puntuando 23 sobre las 8 áreas evaluadas, da como resultado 2,87/3 indicando una discapacidad funcional muy severa.
- Índice funcional de Dreiser, arroja una puntuación de 13/30, lo que indica una discapacidad funcional moderada. Imposibilidad de cierre completo de puño y dificultad para ponerse los botones de una prenda y escribir durante mucho tiempo.
- Índice de Barthel, resultado de 60/100 lo que indica una dependencia leve principalmente en la actividad el vestido, arreglarse (peinarse), ducha, limpiarse después del uso del WC y uso de escalones.

- Escala Visual Analógica (EVA), la paciente puntúa 4/10 su intensidad de dolor percibida antes de intervenir.
- Escala NIH ACTRE, actividades como el aseo, vestido, alimentación y uso de WC presenta fatiga y dificultad en la realización, por lo que requiere descansos y en algunos casos le supone nivel de estrés y frustración. Disfruta de las distintas actividades realizadas en el centro incluidas las de ocio, considerándolas significativas para mantener su independencia y por reforzar su sentido de autoeficacia e identidad.
- EuroQol 5D, obtiene una puntuación de 10, lo que indica la necesidad de intervenir para mejorar su calidad de vida.
- Listado de intereses, durante los últimos años la paciente perdió interés por realizar actividades sociales, lúdicas y laborales, como pasear o hacer excursiones, bailar, ir al teatro, cuidar de mascotas y cocinar. Por el contrario, como nuevos intereses tiene hacer puzles, pintar, trabajar la memoria y ver películas.

Valoración mental/afectiva:

- GDS-15, una puntuación total de 13 puntos indica presencia de síntomas depresivos graves, en los que destaca su preocupación a futuro y sentimiento de inutilidad.
- MMSE (25/30) facilitado por la residencia, indica un funcionamiento cognitivo normal o deterioro cognitivo muy leve.

Intervenciones de Terapia Ocupacional

Se habla con la paciente sobre los resultados obtenidos de la evaluación inicial y de acuerdo con sus necesidades y características se decide un tratamiento enfocado al mantenimiento de la función y la adaptación de algunas actividades para favorecer su participación y seguir siendo independiente.

Los objetivos operativos para incrementar o mantener la funcionalidad son la realización de ejercicios de movilidad articular, fortalecimiento de la musculatura de las manos y reducir el dolor.

Esta segunda fase tiene una duración de cinco semanas. Se realizaron dos sesiones semanales en la sala de terapia ocupacional del centro, para un total de 10 sesiones de una hora de duración.

Tabla 10. Intervención desde T.O.

Reducir el dolor	Incrementar o mantener la funcionalidad:
<p>Educación sobre técnicas de protección articular y de conservación de la energía:</p>	<p>Ejercicios de movilidad articular y fortalecimiento muscular.</p>
<p>Análisis de las actividades realizadas en los distintos entornos utilizados por la paciente a lo largo del día.</p> <p>Se debe mantener una posición adecuada durante la realización de las tareas y tomar descansos durante periodos de actividad prolongados como colorear.</p> <p>Evitar movimientos que vayan en dirección de la deformidad, como es el caso del agarre de las empuñaduras del andador provocando la hiperextensión de la interfalángica, acentuando el dolor por la rizartrrosis.</p> <p>En actividades manipulativas de objetos pesados como una botella llena o una jarra, se deben utilizar ambas manos, preferiblemente las palmas apoyándose de las de articulaciones más proximales para distribuir el peso.</p> <p>La dificultad en la realización de las AVD como llegar a secarse la parte de atrás del cuerpo, podría usar un albornoz, en el vestido es recomendable que lo realice sentada para evitar la fatiga y no perder el equilibrio, además de que sería conveniente utilizar prendas que sean ligeras, fáciles de poner y con pocos cierres.</p> <p>Como enfoque preventivo, el tratamiento ortésico estaría indicado para reposo y descanso articular para proporcionar un soporte a la articulación afectada, controlar el dolor, evitar compensaciones y que limite la progresión de la deformidad.</p> <p>Se puede utilizar férulas de termoplástico para uso nocturno y neopreno para el día, retirando para el aseo o la realización de actividades. Los tiempos sugeridos de utilización están recomendados para evitar efectos adversos.</p>	<p>Mediante movimientos globales y específicos de forma activa. De manera pasiva, movimientos articulares de deslizamiento, tracción o rotación y terapia manual mediante masajes y estiramientos.</p> <p>Durante las sesiones se vigila la postura para evitar compensaciones y la aparición de dolor. Antes de iniciar cada sesión, la paciente realizará baños en agua caliente durante 10 minutos aproximadamente para ablandar los tejidos, si hay inflamación y dolor los baños serán de contraste.</p> <p><i>Baños de contraste con inflamación: alternar 1 minuto de agua fría y 3 minutos de agua caliente, durante 15 minutos. Temperatura del agua fría 10-15°C (mano quieta); agua caliente 40-42°C (movilizar).</i></p> <p>Posteriormente, se realizan estiramientos de la palma de la mano y dedos, para luego continuar con los ejercicios planificados. Al terminar, se pondrá frío para controlar el dolor. Si persiste la inflamación se recomendaría el uso de vendaje Coban o un guante de compresión.</p> <p>La sensibilidad se trabajará mediante la de distintas texturas, como arena, arroz, garbanzos, telas, cepillos. Otros materiales son rodillos de masaje, contraste de temperatura, vibración y discriminación de objetos.</p>

Tabla 11. Ejercicios de movilidad articular

MOVIMIENTO	POSICIÓN	EJECUCIÓN	MATERIAL
Movilización de los cuatro últimos dedos	Sentada, codos en flexión de 90° y antebrazos apoyados en la mesa.	Las IF en extensión, se flexionan intentando llegar a tocar la palma de la mano y se extienden nuevamente, se realiza con un movimiento controlado. Los pulgares no se mueven en ningún momento. Se realizan tres series de 10 repeticiones con cada mano.	Sin material o con una toalla.
Movilización global, articulaciones y músculos extensores y flexores de la mano.	Sentada, codos en flexión de 90° y antebrazos apoyados en la mesa.	IF extendidas y dedos separados, se cierran y se abren las manos, incluyendo el pulgar, se realiza el movimiento a un ritmo progresivo intentando el máximo rango de movimiento sin que haya dolor. Se realizan 3 series de 10 repeticiones.	Sin material.
Movilización de las MCF	Sentada, con codo apoyado en la mesa o codo en flexión de 90° utilizando el borde de la mesa.	Se flexionan las MCF de los cuatro últimos dedos y se vuelven a extender. Se realizan dos series de 10 repeticiones con cada mano.	
Movilización de IFP	Sentada, con codo apoyado en la mesa o codo en flexión de 90° utilizando el borde de la mesa.	Se flexionan las IFP de los cuatro últimos dedos y se vuelven a extender. Se realizan dos series de 10 repeticiones con cada mano.	Sin material o con una toalla.
Movilización de IFD	Sentada, con codo apoyado en la mesa o codo en flexión de 90° utilizando el borde de la mesa.	Se flexionan las IFD de los cuatro últimos dedos y se vuelven a extender. Se realizan dos series de 10 repeticiones.	Sin material o con una toalla.
Movilización individual de músculos extensores de cada dedo	Sentada, parte distal de antebrazo, muñeca en posición neutra, codo en flexión de 90° y palmas de las manos apoyadas en la mesa.	Con los dedos en abducción, cada dedo individualmente se desprende de la mesa manteniendo la extensión de la metacarpofalángica sin mover los otros dedos. <u>Variable:</u> desde la posición inicial, con pequeñas bolitas de masilla terapeuta, graduando el tamaño a la resistencia de la paciente, se coloca debajo del dedo a trabajar, se presiona con interfalángicas en extensión y se desliza la mano suavemente. Se realizan dos series de 10 repeticiones.	Sin material, masilla terapéutica o plastilina.
Oposición del pulgar	Sentada, codos flexionados a un poco más de 90°, muñeca en posición neutra, antebrazo en supinación.	Con dedos en extensión se lleva el pulpejo del primer dedo a la base del quinto, sin realizar hiperextensión. Se realizan 3 series de 7 repeticiones.	Sin material, masilla terapéutica o plastilina.
Movilidad del primer dedo	Sentada, codos flexionados a 90°, borde cubital de la muñeca en ligera extensión y apoyada en la mesa.	IF en ligera flexión, pulpejo del dedo pulgar a los demás dedos, realizando una pinza terminal y manteniendo la posición unos segundos. Se realizan 3 series de 10 repeticiones.	Sin material.

Abducción activa de primer dedo

Sentada, codos flexionados a 90°, muñeca en posición neutra, palmas apoyadas en la mesa con dedos en aducción y pulgares en ligera flexión. Se amplía el movimiento de abducción al máximo rango posible hasta sentir tensión, sin llegar a hiperextender la interfalángica. Se mantiene la posición unos segundos y se vuelve a la posición inicial. Variable: deslizando la mano por el cono desde la parte más estrecha hacia abajo (presa digitopalmar), trabajando con ligera tensión sin hiperextender la interfalángica. Se realizan tres series de 10 repeticiones.

Sin material, conos o masajeador manual roller.

Tabla 12. Ejercicios de fortalecimiento muscular:
MUSCULATURA

Musculatura intrínseca, extrínseca de la mano y fuerza con arcilla	Se prepara la arcilla con agua hasta alcanzar la textura adecuada a la resistencia con la que puede trabajar la paciente. Se utilizan ambas manos creando formas y amasando libremente.
Músculos lumbricales e interóseos	Con masilla terapéutica, realizar bolas pequeñas, se pondrán en medio de cada dedo y se presiona con movimiento de aducción.
Desviación radial	Con masilla terapéutica pegada a la mesa, intentar deslizar en ese sentido. Trabajar este ejercicio en el borde de la mesa le resultaba incómodo.
Músculos abductores y aductores	Con gomas intercaladas entre los dedos se realizaba el movimiento de separar y juntar los dedos.



Figura 6. Masaje IF



Figura 7. Oposición



Figura 8. Fortalecimiento interóseos



Figura 9. Fortalecimiento abd y add



Figura 10. Pinza



Figura 11. Vendaje Coban

Otros ejercicios con resistencia como la oposición de pulgar con masilla, F/E de los dedos y muñeca y fuerza de cierre de puño con banda elástica, este último se suspende porque al extender las IF, el tercer dedo de la mano izquierda se queda en completa flexión.

Para que los ejercicios se realizaran de manera coordinada, algunos se trabajaron de manera unilateral porque la paciente requería de estímulo visual para completar el movimiento.

Adaptaciones y productos de apoyo para las actividades de la vida diaria.

Los productos están indicados para facilitar su desempeño principalmente durante un brote y casos en los que no sea posible conseguir mejorar la función.

Tareas como peinarse, lavarse la parte posterior del cuerpo o limpiarse después de usar el WC, las puede realizar de manera independiente utilizando cepillos, esponjas o soporte para el papel higiénico, con mango largo, curvado y engrosado que facilite el agarre.

En el vestido para que P. pueda elegir y preparar su ropa, se pueden sustituir las perchas por unas con mango largo para facilitar su alcance, evitar prendas con botones, si no es posible utilizar un abrocha botones de mango grueso. Sería conveniente que tenga una pinza de alcance.

En la alimentación el uso de cubiertos ligeros, mangos engrosados y vasos con asas facilita el agarre y evita ejercer presión inadecuada en la articulación.

Su dificultad en las transferencias está en levantarse de asientos, una solución sería elevarlo mediante alzas o usar un cojín propulsor. El agarre de las empuñaduras de su andador supone dolor y un problema para mantener una posición ergonómica, por lo que sería conveniente cambiarlo por uno con apoyo antebraquial, apropiado a su patología.

Su actividad favorita es colorear, le dedica tiempo diariamente porque le supone una satisfacción personal realizar tarjetas o parte de la decoración de distintas festividades del centro; poner tubos de espuma o bolas de poliespán en los lápices de colores para evitar fatigar la articulación y facilitar su desempeño y comodidad.

Para realizar manualidades también se recomienda el uso de tijeras de bucle, que facilita el agarre y para que siga jugando a las cartas, un soporte de manos libres.



Figura 12. Actividad significativa

Abrir botes con la mano izquierda para proporcionar un estrés en sentido contrario a las agujas del reloj, es mejor tolerado.

Fases del programa de intervención:

Tabla 13. Temporalización de las fases

FASES	SEMANAS	SESIONES		
Fase 1. Evaluación	Semana 1	Sesión 1	- Entrevista. Perfil ocupacional - Revisión de informes médicos - Índice funcional Dreiser - HAQ - Índice de Barthel - Consentimiento informado	
		Sesión 2	- Entrevista. Perfil ocupacional - Listado de intereses - NIH ACTRE (Instrumento MOHO)	
	Semana 2	Sesión 3	- Análisis de desempeño - Medición de rango de movimiento	
		Sesión 4	- Análisis de desempeño - Medición de rango de movimiento	
	Semana 3	Sesión 5	- Técnicas de protección articular	
	Fase 2. Intervención	Semana 4	Sesión 6	- Adaptaciones y productos de apoyo
			Sesión 7	- Escala EVA - Ejercicios de movilidad articular
		Semana 5	Sesión 8	- Ejercicios de fortalecimiento muscular
Sesión 9			- Ejercicios de movilidad articular	
Semana 6		Sesión 10	- Ejercicios de fortalecimiento muscular	
		Sesión 11	- Ejercicios de movilidad articular - Desensibilización	
Semana 7		Sesión 12	- Ejercicios de fortalecimiento muscular - Desensibilización	
	Sesión 13	- Ejercicios de coordinación y pinza - Autogestión (termoterapia)		
Fase 3. Resultados	Semana 8	Sesión 14	- Ejercicios de coordinación y pinza - Recordatorio de ejercicios	
		Sesión 15	- Reevaluación	
	Sesión 16	- Comparativa objetivos/resultados - Valoración grado de satisfacción		

Sobre los aspectos éticos de esta intervención, se han mantenido los datos de carácter personal, se ha entregado la hoja informativa y se cuenta con el consentimiento informado firmado por la paciente para la realización de este trabajo (Anexo 9).

DESARROLLO

Tras finalizar las sesiones de la intervención, se reevalúa con las mismas escalas utilizadas en la valoración inicial con el fin de comprobar si se han cumplido los objetivos planteados y mejorado su funcionalidad.

Evaluación articular, se consigue aumentar en mano izquierda el rango de movimiento en oposición, flexión y desviación cubital.

Evaluación muscular, la ganancia obtenida con respecto a la primera valoración ha sido mínima, en ambos casos el resultado indica debilidad muscular.

HAQ, en el primer cuestionario realizado puntúa la mayor dificultad en todas las áreas evaluadas salvo en el área de la prensión, para este obtiene una puntuación de 2,5 ubicándose entre discapacidad moderada y severa.

Índice funcional Dreiser, según este cuestionario pasa de tener una discapacidad funcional moderada a baja discapacidad funcional, puntuando ahora 9/30.

Índice de Barthel, en la realización de AVD mantiene como resultado dependencia leve, para esta última valoración aumentó en cinco puntos.

EVA, la paciente refiere un grado 2 de dolor.

GDS 15, una puntuación total de 9 supone una mejoría de sus síntomas depresivos, pasando de depresión severa a una establecida.

EuroQol 5D, disminuye un punto sobre la primera valoración, indicando una calidad de vida aceptable y que precisa de un seguimiento y mejora.

Al terminar, se le proporciona a la paciente una escala para conocer su grado de satisfacción sobre el proceso y los resultados obtenidos (Anexo 10).

RESULTADOS

Los resultados comparativos entre la evaluación inicial y final quedan reflejados en las siguientes tablas.

Tabla 14. Comparativa de la evaluación inicial con la final

	RESULTADOS	
	INICIALES	FINALES
SIGNOS OBSERVABLES	Rigidez articular media	Rigidez articular baja
	Vestido: dependiente	Vestido: dependencia media
	Higiene y aseo personal: dependiente	Higiene/aseo personal: dependencia media
OBSERVACIÓN AVD	Alimentación: dependencia media	Alimentación: independiente
	Uso del WC: dependencia media	Uso del WC: dependencia media
	Deambulaci3n: dependencia leve	Deambulaci3n: dependencia media
	Alcance: dependiente	Alcance: dependencia leve
	Prensi3n: dependiente	Prensi3n: dependencia media
	Puntuaci3n 2,87. Dependencia severa.	Puntuaci3n 2,50. Dependencia moderada.
HAQ	Actividades con mayor dificultad en el desempe1o: <ul style="list-style-type: none"> - Abrocharse los botones - Cortarse la carne y servirse la bebida - Lavarse y secarse todo el cuerpo - Agacharse a recoger algo 	Mejora significativa en: <ul style="list-style-type: none"> - Abrocharse los botones - Cortarse la carne y servirse la bebida - Secarse todo el cuerpo - Recoger algo del suelo
ÍNDICE FUNCIONAL DREI-SER	Puntuaci3n 13/30. Discapacidad funcional moderada. <ul style="list-style-type: none"> - Imposibilidad de cerrar pu1o - Dificultad importante para escribir durante mucho tiempo y abrocharse los botones - Dificultad moderada en cortarse un filete y cortar con una tijera. 	Puntuaci3n 9/30. Baja discapacidad funcional. <ul style="list-style-type: none"> - Cierre de pu1o se mantiene igual - Escribir y abrocharse los botones, pasa de dificultad importante a moderada - Cortar filete y papel, de dificultad moderada a posible sin dificultad.
ÍNDICE DE BARTHEL	Puntuaci3n inicial 60/100. Dependencia leve. <ul style="list-style-type: none"> - Dificultad para cortar la carne - Dependiente en el vestido y arreglarse - Dependiente para subir y bajar escalones 	Puntuaci3n final 65/100. Dependencia leve. <ul style="list-style-type: none"> - Mejora el vestirse y arreglarse - Se mantiene igual en lavarse y el uso del WC - Empeoran los traslados y la deambulaci3n
EVA	4	2
GDS-15	13 puntos: Depresi3n severa	9 puntos: Depresi3n establecida
EuroQol 5D	10 (0,514) Calidad de vida moderada	9 (0,576) Calidad de vida aceptable

Como podemos ver en la tabla, la paciente ha ganado independencia en la ABVD del vestido y la alimentaci3n, ha mejorado respecto a la rigidez y dolor y los sntomas depresivos.

Tabla 15. Comparativa de la goniometría

	Articulación	Movimiento	Evaluación inicial		Reevaluación	
			Derecha	Izquierda	Derecha	Izquierda
Muñeca	Radiocarpiana	Flexión	55°	56°	55°	63°
		Extensión	52°	52°	52°	55°
		Desviación radial	15°	20°	18°	25°
		Desviación cubital	20°	25°	20°	30°
Pulgar	CMC	ABD	30°	35°	35°	40°
		Oposición	2,3cm	1,7cm	1,8cm	1cm
	MCF	Flexión	20°	25°	23°	28°
	IF	Flexión	5°	5°	5°	8°
Extensión		0°	0°	2°	2°	
Dedos	MCF	Flexión	64°	70°	65°	72°
		Extensión	0°	0°	0°	0°
	IF Proximal	Flexión 2°	60°	70°	60°	70°
		Flexión 3°	55°	65°	55°	68°
		Flexión 4°	55°	65°	55°	65°
		Flexión 5°	45°	50°	45°	50°
	IF Distal	Flexión 2°	0°	5°	0°	5°
		Flexión 3°	0°	0°	0°	0°
Flexión 4°		5°	5°	5°	5°	
Flexión 5°		0°	0°	0°	0°	

Tabla 16. Comparativa medición de fuerza muscular

Dinamómetro	Valoración inicial		Valoración final	
	Derecha	Izquierda	Derecha	Izquierda
	5,9 kg	5,1 kg	6,4 kg	6,0 kg

La fuerza de agarre se ha mantenido, posiblemente debido al grado de severidad de la enfermedad.

DISCUSIÓN

Mediante esta intervención desde terapia ocupacional se ha podido comprobar que la paciente ha mejorado la autonomía en la AVD y que realizar ejercicios activos y pasivos con regularidad ayudan a reducir la rigidez y el dolor.

Los pacientes institucionalizados experimentan mayor sensación de dolor, principalmente a causa de enfermedades crónicas o afecciones agudas y esta situación puede mantenerse debido a un tratamiento ineficaz, provocando alteraciones en

el comportamiento, deterioro físico y cognitivo, aislamiento social, bienestar emocional y calidad de vida. Las intervenciones de terapia alternativa no farmacológica tuvieron aportaron beneficios de moderados a grandes en el tratamiento del dolor (41).

Los programas educativos de protección respecto a la modificación de actividades o movimientos, reducir el ritmo de actividad son efectivos en disminuir el dolor y mejora en las AVD (42).

Intervenir mediante un programa de ejercicios específicos para dedos en nuestro caso fue efectivo para reducir el dolor y la rigidez, pero no para aumentar la fuerza de prensión manual como lo describe un ensayo controlado aleatorio. En nuestro caso la fuerza se mantiene en los mismos valores, posiblemente porque la paciente tiene una mayor edad que la media de dicho estudio (43).

Las adaptaciones realizadas a P. para la realización de las actividades mediante el uso productos de apoyo fueron fundamentales en el mantenimiento de la independencia y permitieron una mayor participación. Concordando con un ensayo clínico aleatorizado donde tras un mes de usar productos de apoyo se mejoró la función manual y el desempeño ocupacional, demostrando ser una alternativa eficaz de tratamiento no farmacológico (44).

Las dificultades de la paciente en la realización de actividades básicas como el aseo, el vestido y la alimentación estaban condicionadas al agarre, por lo que siguiendo recomendaciones prácticas y uso de dispositivos de apoyo como pinzas de alcance o modificar el diámetro y diseño del mango de utensilios mejoran significativamente como indican estudios (45).

Personas que sufren patologías que dificultan su desempeño y limitan su funcionalidad es fundamental la intervención desde terapia ocupacional apoyar en el mantenimiento de actividades significativas para que no vea alterada su percepción de salud, por tanto, mantenga su calidad de vida y no haya efectos negativos en la salud mental (42).

CONCLUSIONES

Aunque no se han obtenido resultados particularmente significativos en la paciente respecto a los objetivos planteados, se muestra un descenso en la puntuación que indica una mejoría en la subjetividad del dolor y en el desempeño.

La intervención centrada en la ocupación y en el modelo biomecánico aporta beneficios en el mantenimiento y mejora de la funcionalidad, en la participación en las AVD y en el estado de bienestar percibido por la paciente.

De algún modo se ha justificado la importancia y la necesidad de incrementar la figura de la terapia ocupacional en los centros residenciales como tratamiento eficaz en la prevención, rehabilitación y compensación de las áreas de ocupación afectadas por la artrosis de manos.

Es escasa la literatura que proporciona información para el tratamiento de esta patología desde esta profesión sociosanitaria, la rehabilitación física sigue siendo principalmente atribuida a la fisioterapia.

La bibliografía consultada que ha servido para el planteamiento de los objetivos y la planificación de la intervención hizo que los resultados obtenidos tuvieran un efecto positivo la paciente por lo que se puede concluir que ha resultado beneficiosa.

Al tratarse de un caso único, según los resultados obtenidos y las características de la paciente no es posible generalizar que su aplicación sea concluyente en otros casos, pero se debería considerar en los estadios iniciales de la enfermedad donde posiblemente arroje mejores resultados.

BIBLIOGRAFÍA

1. Durante Molina P, Tarres PP. Terapia ocupacional en geriatría: principio y práctica. 3ª ed. Elsevier Masson; 2010.
2. El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos y sociales. Mheducation.es. Disponible en: <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>
3. Esmeraldas Vélez EE, Falcones Centeno MR, Vásquez Zevallos MG, Solórzano Vélez JA. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. RECIMUNDO. 3(1):58-74. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/357>
4. Alvarado García AM, Salazar Maya AM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos. 2014;25(2):57-62. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
5. Felipe Salech DM, Rafael Jara DL, Luis Michea DA. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Vol. 23, REV. MED. CLIN. CONDES. 2012. Disponible en: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(12\)70269-9](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(12)70269-9)
6. Bliddal H. Definition, pathology and pathogenesis of osteoarthritis. Ugeskr Laeger. 2020;181(20). Disponible en: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/definition-patologi-og-patogenese-af-artrose>
7. Wood MJ, Miller RE, Malfait A-M. The genesis of pain in osteoarthritis: Inflammation as a mediator of osteoarthritis pain. Clin Geriatr Med. 2022;38(2):221-38. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2021.11.013>
8. Hawker GA. Osteoarthritis is a serious disease. Clin Exp Rheumatol. 2019;37(5):3-6. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31621562/>
9. Jacob L, Kostev K. Osteoarthritis and the incidence of fracture in the United Kingdom: a retrospective cohort study of 258,696 patients. Osteoarthr Cartil. 2021;29(2):215-21. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.joca.2020.12.006>
10. INE. Instituto Nacional de Estadística [Internet]. INE. Disponible en: <https://www.ine.es/>
11. Peshkova M, Lychagin A, Lipina M, Di Matteo B, Anzillotti G, Ronzoni F, et al. Gender-Related Aspects in Osteoarthritis Development and Progression: A

- Review. *Int J Mol Sci.* 2022;23(5). Disponible en: <https://www.mdpi.com/1422-0067/23/5/2767>
12. Blanco FJ, Silva-Díaz M, Quevedo Vila V, Seoane-Mato D, Pérez Ruiz F, Juan-Mas A, et al. Prevalencia de artrosis sintomática en España: Estudio EPI-SER2016. *Reumatol Clínica.* 2021;17(8):461–70. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-pdf-S1699258X20300231>
 13. Conley, B., Bunzli, S., Bullen, J., O'Brien, P., Persaud, J., Gunatillake, T., Dowsey, M. M., Choong, P. F. M., & Lin, I. (2023). Core Recommendations for Osteoarthritis Care: A Systematic Review of Clinical Practice Guidelines. *Arthritis Care and Research*, 75(9), 1897–1907. <https://doi.org/10.1002/ACR.25101>
 14. SER- Sociedad Española de Reumatología. SER. Disponible en: <https://www.ser.es/>
 15. Katz JN, Arant KR, Loeser RF. Diagnosis and Treatment of Hip and Knee Osteoarthritis: A Review. *JAMA*, 325(6), 568–578. <https://doi.org/10.1001/jama.2020.22171>
 16. Villar-Inarejos MJ, Madrona-Marcos F, Tárraga-Marcos L, Romero-de Ávila M, Tárraga-López PJ. Evaluación de los tratamientos del dolor crónico en artrosis. *JONNPR.* 2021; 6(8): 997-1033. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.19230/jonnpr.3998>.
 17. Cano Bravo F, Martín Pérez AC, Moreno Antequera D, Luque Moreno C. Programa de intervención en artrosis de mano por terapia ocupacional. Formación Alcalá; 2014.
 18. Benito Ruíz P, Blanco García FJ, Torneo Molina J, Möller I, Monfort J, Batlle Gualda E. Artrosis. Fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. Sociedad Española de Reumatología. Editorial Médica Panamericana SA; 2010.
 19. Du X, Liu ZY, Tao XX, Mei YL, Zhou DQ, Cheng K, Gao SL, Shi HY, Song C, Zhang XM. Research Progress on the Pathogenesis of Knee Osteoarthritis. *Orthop Surg.* 2023 Sep;15(9):2213-2224. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/os.13809>
 20. Fuggle N, Bere N, Bruyère O, Rosa MM, Prieto Yerro MC, Dennison E, et al. Management of hand osteoarthritis: from an US evidence-based medicine guideline to a European patient-centric approach. *Aging Clin Exp Res.* 2022;34(9):1985–95. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40520-022-02176-y>

21. Nevalainen MT, Uusimaa AP, Saarakkala S. The ultrasound assessment of osteoarthritis: the current status. *Skeletal Radiol.* 2023 Nov;52(11):2271-2282. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00256-023-04342-3>
22. NIAMS. Osteoarthritis: diagnosis, treatment and steps to take [Internet]. National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases. 2017. Disponible en: <https://www.niams.nih.gov/health-topics/osteoarthritis/diagnosis-treatment-and-steps-to-take>
23. Terpstra SES, van de Stadt LA, Kloppenburg M. The management of hand osteoarthritis: The rheumatologist's perspective. *J Hand Ther.* 2022;35(3):322–31. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jht.2022.08.001>
24. Rice D, McNair P, Huysmans E, Letzen J, Finan P. Best Evidence Rehabilitation for Chronic Pain Part 5: Osteoarthritis. *J Clin Med.* 2019;8(11). Disponible en: <https://doi.org/10.3390/jcm8111769>
25. Holden MA, Nicolson PJA, Thomas MJ, Corp N, Hinman RS, Bennell KL. Osteoarthritis year in review 2022: rehabilitation. *Osteoarthr Cartil.* 2023;31(2):177–86. A Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.joca.2022.10.004>
26. Adams JE. Surgical management of osteoarthritis of the hand and wrist. *J Hand Ther.* 2022;35(3):418–27. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jht.2022.01.001>
27. López BP. *Terapia Ocupacional en Disfunciones Físicas. Teoría y Práctica.* 2a ed. Editorial Medica Panamericana; 2016. Disponible en: <https://mieureka-medicapanamericana-com.cuarzo.unizar.es:9443/viewer/terapia-ocupacional-en-disfunciones-fisicas/121>
28. Ruiz Romero MV, Lobato Parra E, Porrúa del Saz A, Martínez Monrobé MB, Pereira Delgado CM, Gómez Hernández MB. Manejo del dolor crónico no oncológico con programas multicomponentes de terapias no farmacológicas: revisión sistemática de la literatura. *J Health Qual Res.* 2024;39(3):168–87. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jhqr.2024.02.004>
29. González Bernal J. Ortiz Huerta J.H. y Hernando Marcos E. *Fundamentos de la terapia ocupacional II [En Línea].* Burgos: Editorial Universidad de Burgos, 2023. Disponible en: <https://elibro.net/es/ereader/unizar/238437?page=1>

30. Kielhofner G. Modelo de Ocupación Humana. 4ª ED. Editorial Médica Panamericana; 2011.
31. Servicios sociales dirigidos a personas mayores en España. Diciembre 2022. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Disponible en: <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/estadisticas/servicios-sociales-dirigidos-a-personas-mayores-en-espana-diciembre-2022>
32. Muñoz A, Bautista-Molano W, Castrejón I, Hernández-Cruz B, Martín JM, Pinedo C, et al. Propuesta de actualización del Health Assessment Questionnaire. Reumatol Clínica. 2023;19(5):266–72. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-titulo-articulo-S1699258X22001358>
33. I GM, Armas A De, Iii H, Garcia V, Vi G, V AHY. Revista Cubana de Reumatología Perception of quality of life related with health in patients with hand osteoarthritis. 2015;112–9. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000200003
34. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Pública. 1997; 71(2): 127-137. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es.
35. Pardo C, Muñoz T, Chamorro C. Monitorización del dolor: Recomendaciones del grupo de trabajo de analgesia y sedación de la SEMICYUC. Med Intensiva. 2006;30(8):379–85. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-56912006000800004
36. Ubillos-Landa S, García-Otero R, Puente-Martínez A. Validación de un instrumento para la medición del dolor crónico en centros asistenciales de la tercera edad. Anales Sis San Navarra. 2019; 42(1): 19-30. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.23938/assn.0390>.
37. Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches Mª C, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C., Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medifam. 2002; 12(10): 26-40. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002001000003&lng=es.

38. Gerber LH, Furst GP. Validation of the NIH activity record. A quantitative measure of life activities. *Arthritis Rheum.* 1992;5(2):81–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1390968/>
39. Herdman M, Badia X, Berra S. EuroQol-5D: a simple alternative for measuring health-related quality of life in primary care. *Aten Primaria.* 2001;28(6):425–30. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567\(01\)70406-4](http://dx.doi.org/10.1016/S0212-6567(01)70406-4)
40. Hernández-Vergel VK, Prada-Núñez R, Hernández Suárez CA. Spare Time And Leisure Activities In Older Adults, During Social Isolation. *J Lang Linguist Stud.* 2022;18(4):32–42. Disponible en: <https://www.jlls.org/index.php/jlls/article/view/4945>
41. Knopp-Sihota JA, MacGregor T, Reeves JTH, Kennedy M, Saleem A. Management of chronic pain in long-term care: A systematic review and meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc.* 2022;23(9):1507-1516.e0. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jamda.2022.04.008>
42. Kjekken I, Darre S, Slatkowsky-Cristensen B, Hermann M, Nilsen T, Eriksen CS, et al. Self-management strategies to support performance of daily activities in hand osteoarthritis. *Scand J Occup Ther [Internet].* 2013;20(1):29–36. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3109/11038128.2012.661457>
43. Kang T-W, Lee J-H, Park D-H, Cynn H-S. Effects of a finger exercise program on hand function in automobile workers with hand osteoarthritis: A randomized controlled trial. *Hand Surg Rehabil.* 2019;38(1):59–66. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hansur.2018.09.007>
44. Amaral DS, Duarte ALBP, Barros SS, Cavalcanti SV, Ranzolin A, Leite VMM, et al. Assistive devices: an effective strategy in non-pharmacological treatment for hand osteoarthritis—randomized clinical trial. *Rheumatol Int.* 2018;38(3):343–51. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s00296-017-3892-1>
45. Roda-Sales A, Vergara M, Sancho-Bru JL, Gracia-Ibáñez V, Jarque-Bou NJ. Effect on hand kinematics when using assistive devices during activities of daily living. *PeerJ.* 2019;7: e7806. Disponible en: <https://doi.org/10.7717/peerj.7806>

ANEXOS

Anexo 1. Health Assessment Questionnaire (HAQ):

Versión Española del Health Assessment Questionnaire (HAQ)

Traducida y adaptada por J. Esteve-Vives, E. Batlle-Gualda, A. Reig y Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española

Durante la <u>última semana</u> , ¿ha sido usted capaz de...		Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo
Vestirse y asearse	1) Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2) Enjabonarse la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantarse	3) Levantarse de una silla sin brazos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4) Acostarse y levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer	5) Cortar un filete de carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6) Abrir un cartón de leche nuevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7) Servirse la bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	8) Caminar fuera de casa por un terreno llano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9) Subir cinco escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene	10) Lavarse y secarse todo el cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11) Sentarse y levantarse del retrete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12) Ducharse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzar	13) Coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14) Agacharse y recoger ropa del suelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prensión	15) Abrir la puerta de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16) Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17) Abrir y cerrar los grifos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	18) Hacer los recados y las compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19) Entrar y salir de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20) Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

0	0.000
1	0.125
2	0.250
3	0.375
4	0.500
5	0.625
6	0.750
7	0.875
8	1.000
9	1.125
10	1.250
11	1.375
12	1.500
13	1.625
14	1.750
15	1.875
16	2.000
17	2.125
18	2.250
19	2.375
20	2.500

Señale para qué actividades necesita la ayuda de otra persona:

- .. Vestirse, asearse .. Caminar, pasear .. Abrir y cerrar cosas (prensión)
.. Levantarse .. Higiene personal
.. Comer .. Alcanzar .. Recados y tareas de casa

Señale si utiliza alguno de estos utensilios habitualmente:

- .. Cubiertos de mango ancho .. Abridor para tarros previamente abiertos
.. Bastón, muletas, andador o silla de ruedas
.. Asiento o barra especial para el baño
.. Asiento alto para el retrete

Anexo 2. Índice Funcional Dreiser

	Posible sin dificultad	Posible con dificultad moderada	Posible con dificultad importante	Imposible
¿Puede girar una llave en una cerradura?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede cortar carne con un cuchillo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede cortar tela o papel con unas tijeras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede levantar una botella llena con la mano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede cerrar el puño completamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede hacer un nudo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Para las mujeres: ¿Puede coser? Para los hombres: ¿Puede atornillar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede poner los botones de una prenda?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Puede escribir mucho tiempo (sin parar)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Acepta sin ninguna reticencia que le den un apretón de manos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anexo 3. Índice de Barthel

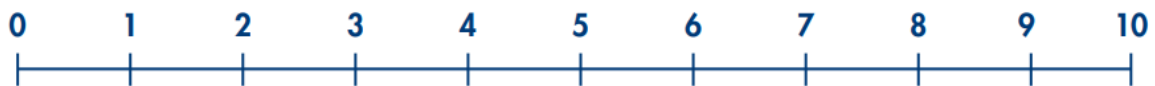
Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
Total:		
Comer	- Totalmente independiente	10
	- Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.	5
	- Dependiente	0
Lavarse	- Independiente: entra y sale solo del baño	5
	- Dependiente	0
Vestirse	- Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos	10
	- Necesita ayuda	5
	- Dependiente	0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc.	5
	- Dependiente	0
Deposiciones (valórese la semana previa)	- Continencia normal	10
	- Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas	5
	- Incontinencia	0
Micción (valórese la semana previa)	- Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta	10
	- Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda	5
	- Incontinencia	0
Usar el retrete	- Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...	10

Parámetro	Situación del paciente	Puntuación
	- Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5
	- Dependiente	0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama	15
	- Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo	10
	- Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5
	- Dependiente	0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros	15
	- Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros	10
	- Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	- Dependiente	0
Escalones	- Independiente para bajar y subir escaleras	10
	- Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5
	- Dependiente	0

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
≥ 60	Leve
100	Independiente

Anexo 4. Escala Visual Analógica (EVA)



Sin dolor

Máximo dolor

Anexo 5. Escala abreviada de depresión geriátrica de Yesavage.

	Fecha:	
	Total	
	1ª Valoración	
	Si	No
1. ¿En general, está satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	1	0
5. ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	0	1
6. ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	1	0
9. ¿Prefiere usted quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿En estos momentos, piensa que es estúpido estar vivo?	0	1
12. ¿Actualmente se siente un/a inútil?	1	0
13. ¿Se siente lleno/a de energía?	0	1
14. ¿Se siente sin esperanza en este momento?	1	0
15. ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted?	1	0

Interpretación	
0-4 puntos	Normal
5-8 puntos	Probable depresión
9-10 puntos	Depresión establecida
12-15 puntos	Depresión severa

Anexo 6. NIH ACTRE

Activity Record				Name		Age	Day/Date	I.D.#			
Day 1		Afternoon		Question 1	Question 2	Question 3	Question 4	Question 5	Question 6	Question 7	Question 8
Key#	Half-Hour Beginning At	Category	Activity	During This Time I Felt Pain 1=Not At All 2=Very Little 3=Some 4=A Lot	At The Beginning Of This Half-Hour I Felt Fatigue 1=Not At All 2=Very Little 3=Some 4=A Lot	I Think That I Do This 1=Very Poorly 2=Poorly 3=Average 4=Well	I Find This Activity To Be 1=Very Difficult 2=Difficult 3=Slightly Difficult 4=Not Difficult	For Me This Activity is 1=Not Meaningful 2=Slightly Meaningful 3=Meaningful 4=Very Meaningful	This Activity Causes Fatigue 1=Not At All 2=Very Little 3=Some 4=A Lot	I Enjoy This Activity 1=Not At All 2=Very Little 3=Some 4=A Lot	I Stopped To Rest During The Activity 1=Yes 2=No
	12:30 PM			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	1:00 PM			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	1:30 PM			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	2:00 PM			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	2:30 PM			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	3:00 PM			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	3:30 PM			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	4:00 PM			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	4:30 PM			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	5:00 PM			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	5:30 PM			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	6:00 PM			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	6:30 PM			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	7:00 PM			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	7:30 PM			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2
	8:00 PM			1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2 3 4	1 2

Department of Rehabilitation Medicine
National Institutes of Health

Activity Record
NIH-2637 (9-90)

Anexo 7. Cuestionario de Salud EuroQol 5D

Sistema descriptivo del EQ-15

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de HOY. No marquen más de una casilla de cada grupo		
Movilidad	No tengo problemas para caminar Tengo algunos problemas para caminar Tengo que estar en la cama	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Cuidado Personal	No tengo problemas con el cuidado personal Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme Soy incapaz de lavarme o vestirme	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Actividades Cotidianas (ej. trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o actividades durante el tiempo libre)	No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Dolor/Malestar	No tengo dolor ni malestar Tengo dolor moderado o malestar Tengo mucho dolor o malestar	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>
Ansiedad/Depresión	No estoy ansioso ni deprimido Estoy moderadamente ansioso o deprimido Estoy muy ansioso o deprimido	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/>

Escala visual analógica del EQ-5D

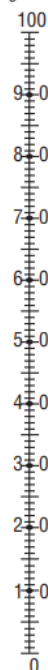
TERMÓMETRO EUROQOL DE AUTOVALORACIÓN DEL ESTADO DE SALUD

Para ayudar a la gente a describir lo bueno o malo que es su estado de salud hemos dibujado una escala parecida a un termómetro en el cual se marca con un 100 el mejor estado de salud que pueda imaginarse y con un 0 el peor estado de salud que pueda imaginarse

Nos gustaría que nos indicara en esta escala, en su opinión, lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY. Por favor, dibuje una línea desde el casillero donde dice «Su estado de salud hoy» hasta el punto del termómetro que en su opinión indique lo bueno o malo que es su estado de salud en el día de HOY.

Su estado de salud hoy

El mejor estado de salud imaginable



El peor estado de salud imaginable

Anexo 8. Listado de intereses.

LISTADO DE INTERESES ADAPTADO

Kielhofner, G., Neville, A. (1983)

Nombre _____

Fecha _____

Directrices: Para cada actividad, marque todas las columnas que describan tu nivel de interés en esa actividad.

Actividad	¿Cual ha sido tu nivel de interés ?						¿Participas actualmente en esta actividad ?		¿Te gustaría realizarla en el futuro ?	
	En los últimos 10 años.			En el último año			SI	NO	SI	NO
	Mucho	Poco	Ninguno	Mucho	Poco	Ninguno				
Practicar Jardinería										
Coser										
Jugar Naipes										
Hablar/Leer Idiomas Extranjeros										
Participar en Actividades Religiosas										
Escuchar Radio										
Caminar										
Reparar Autos										
Escribir										
Bailar										
Jugar Golf										
Jugar/Ver Fútbol										
Escuchar Música Popular										
Armar Puzzles										
Celebrar días Festivos										
Ver Películas										
Escuchar Música Clásica										
Asistir a Charlas/Conferencias										
Nadar										
Jugar Bolos										
Ir de Visita										
Arreglar Ropa										
Jugar Damas/Ajedrez										
Hacer Asado										
Leer										
Viajar										
Ir a Fiestas										
Practicar Artes Marciales										
Limpiar la Casa										
Jugar con Juegos Armables										

Ver Televisión										
Ir a Conciertos										
Hacer Cerámica										
Cuidar Mascotas										
Acampar										
Lavar/ Planchar										
Participar en Política										
Jugar Juegos de Mesa										
Decorar Interiores										
Pertenecer a un Club										
Cantar										
Ser Scout										
Ver vitrinas o Escaparates/Comprar Ropa										
Ir a la Peluquería (salón de belleza)										
Andar en Bicicleta										
Ver un Deporte										
Observar Aves										
Ir a Carreras de autos										
Arreglar la Casa										
Hacer Ejercicios										
Cazar										
Trabajar en Carpintería										
Jugar Pool										
Conducir Vehículo										
Cuidar niños										
Jugar Tenis										
Cocinar										
Jugar Basketball										
Estudiar Historia										
Coleccionar										
Pescar										
Estudiar Ciencia										
Realizar Marroquinería										
Ir de compras										
Sacar Fotografías										
Pintar										
Otros.....										

Adaptado de Matsutsuyu (1967) por Scaffa (1981).
Modificado por Kielhofner y Neville (1983) NIH OT, 1983.

Anexo 9. Consentimiento informado

Consentimiento Informado para Participantes del Trabajo de Fin de Grado de Terapia Ocupacional de la Facultad de las Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en este Trabajo de Fin de Grado con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

El presente Trabajo de Fin de Grado es conducida por DIANA XIMENA CORONADO ALMANZA, de la Universidad de Zaragoza. Facultad de las Ciencias de la Salud. La meta de este Trabajo de Fin de Grado es LLEVAR A CABO UN PLAN DE INTERVENCIÓN EN PACIENTE CON ARTROSIS DE MANOS DE LARGA EVOLUCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.

Si usted accede a participar en este Trabajo de Fin de Grado, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 60 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se registrará por escrito, de modo que el investigador/estudiante pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado. Además, el investigador/estudiante podrá participa como observador o como asistente en el tratamiento de Terapia Ocupacional, del cual usted es beneficiario.

La participación en este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de este Trabajo de Fin de Grado. Sus respuestas a los cuestionarios y a las entrevistas serán tratadas asegurando el anonimato.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso le perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por DIANA XIMENA CORONADO ALMANZA. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es LLEVAR A CABO UN PLAN DE INTERVENCIÓN EN PACIENTE CON ARTROSIS DE MANOS DE LARGA EVOLUCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 60 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de este Trabajo de Fin de Grado es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a DIANA XIMENA CORONADO ALMANZA al teléfono

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a DIANA XIMENA CORONADO ALMANZA al teléfono anteriormente mencionado.

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

Firma del Participante

Fecha

05/12/2023

Anexo 10. Encuesta de satisfacción.

¿Ha sido suficiente el tiempo y frecuencia de cada sesión?						
Insuficiente	1	2	3	4	5	Suficiente
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿Cómo valora los ejercicios y actividades realizadas?						
Nada apropiados	1	2	3	4	5	Muy apropiados
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿Considera necesario implementar este programa en el centro residencial?						
Innecesario	1	2	3	4	5	Muy necesario
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
¿Lo trabajado durante las sesiones ha sido útil para la vida diaria?						
Nada útil	1	2	3	4	5	Muy útil
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
A nivel general, ¿Cómo valora la calidad de la intervención?						
Muy baja	1	2	3	4	5	Muy alta
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	