

2012

Capacidad funcional y manifestación clínica del síntoma dolor en pacientes con artritis reumatoidea

Biondelli, Carina Elizabeth

Biondelli, Carina Elizabeth

<http://200.0.183.227:8080/xmlui/handle/123456789/342>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

*“Capacidad funcional y manifestación
clínica del síntoma dolor en pacientes con
Artritis Reumatoidea.”*



UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
TESIS DE GRADO PRESENTADA EN LA
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social
PARA OPTAR AL TITULO DE
LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL

Autoras:

- ✓ *Biondelli, Carina Elizabeth.*
- ✓ *Casañas, María Fernanda.*
- ✓ *Serrón, Francisca.*

MAR DEL PLATA-BUENOS AIRES

JUNIO 2012

Biblioteca C.E.C.S. y S.S.

AUTORAS

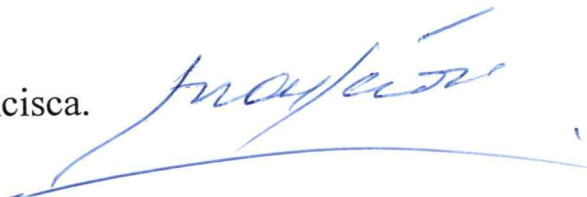
Biondelli, Carina Elizabeth.



Casañas, María Fernanda.



Serrón, Francisca.



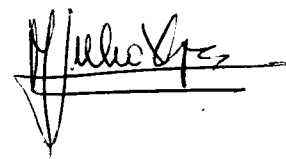
Biblioteca C.E.C.S. Y S.S.	
Inventario 4278	Signatura Top
Vol.:	Ejemplar:
Universidad Nacional de Mar del Plata	

05 DIC 2012

Dirección y asesoramiento metodológico:

María Julia Xifra, Lic. En Terapia Ocupacional.

Especialista en Docencia Universitaria

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'M. Julia Xifra', with a horizontal line drawn underneath it.

Agradecimientos:

Agradecemos en primera instancia a nuestra Directora Lic. En T.O. María Julia Xifra, quien con gran dedicación ha dirigido el desarrollo de la investigación, brindándonos su tiempo y asesoramiento.

A la Lic. En T.O. Marisa Nuñez, por su colaboración durante los primeros pasos de este proyecto.

A los Doctores del Servicio de Reumatología del H.I.G.A. por su predisposición y colaboración, que han hecho posible nuestro trabajo de campo.

Especialmente al Doctor Hugo Scherbath, no solo por su conocimiento, tiempo y asesoramiento brindado, sino también por su calidez humana.

A todas aquellas personas que han sufrido y sufren las consecuencias y dificultades que la Artritis Reumatoidea conlleva.

Carina: A mis padres que inculcaron en mi el esfuerzo, dedicación y trabajo para alcanzar lo que uno desea.

A mi hermana quien me impulsó a llevar adelante un proyecto anhelado.

A mis amigas quienes me acompañaron a lo largo de toda la carrera.

Se la dedico a Sergio por todo su amor, contención y aliento en los momentos más difíciles y especialmente a mis amores; mis hijos Leandro y Valentín por su inmensa paciencia y comprensión.

Fernanda: A mis padres mi más profundo agradecimiento por su amor, apoyo y contención, porque creyeron en mi. Sin ellos no hubiera sido posible.

A mis hermanos; Natalia y Fernando, abuelos, tíos y amigas, quienes me acompañaron y alentaron incondicionalmente a lo largo de todo el camino.

A Nicolás, por su infinita paciencia, por impulsarme en los momentos más difíciles de mi carrera, por su comprensión y amor.

Francisca: A mis padres que me acompañaron a lo largo de toda la carrera con su amor, brindándome sostén y aliento en todo momento.

A mis hermanos Gonzalo y Milagros que fueron compañeros y amigos en este camino.

A Santiago por todo su amor, comprensión, fue un pilar fundamental para mí, en el último momento.

A mis amigos que me acompañaron, un inmenso agradecimiento.

INDICE

Introducción.....	9
Presentación	
Tema.....	13
Problema.....	13
Hipótesis.....	13
Objetivo General.....	14
Objetivos Específicos.....	14
Estado Actual.....	16
Marco Teórico	
Capítulo 1. Enfermedades Reumáticas	
1-1. Concepto.....	22
1-2. Clasificación.....	23
Bibliografía.....	26
Capítulo 2. Artritis Reumatoidea	
2-1. Concepto.....	27
2-2. Etiología.....	27
2-3. Patogenia.....	28
2-4. Forma de comienzo.....	29
2-5. Cuadro clínico.....	29
2-6. Evolución y Pronóstico.....	37
2-7. Tratamiento Médico.....	37
Bibliografía.....	40

Capítulo 3. Dolor

3-1. Concepto.....	41
3-2. Tipos de dolor.....	42
3-3. Neurofisiología del dolor.....	43
3-4. Influencia del dolor en la Artritis Reumatoidea.....	46
Bibliografía.....	50

Capítulo 4. Enfoque desde Terapia Ocupacional

4-1. Intervención del Terapeuta Ocupacional en reumatología.....	53
Bibliografía.....	63

Aspectos Metodológico

Tipo de Estudio.....	65
Tipo de Diseño.....	65
Universo de estudio.....	65
Muestra.....	65
Tipo de Muestra.....	66
Método de Selección de Muestra.....	66
Criterios de Inclusión.....	66
Criterios de Exclusión.....	66
Técnicas de recolección de datos.....	67
Cuestionario de Evaluación de salud HAQ.....	67
Cuestionario del Dolor McGill... ..	69
Plan de Tabulación y Análisis.....	73
Procedimiento de Recolección de Datos.....	73

Variables

Capacidad Funcional.....	75
Dimensionamiento de la Variable Capacidad Funcional.	78
Manifestación clínica del dolor	79
Dimensionamiento de la Variable Dolor.....	82

Variables Intervinientes de Estudio Sociodemográficas

Sexo.....	83
Edad.....	83
Ocupación.....	83

Variables Intervinientes de Estudio Clínicas

Tiempo de Evolución de la enfermedad.....	83
---	----

Resultados	85
-------------------------	----

Conclusiones	99
---------------------------	----

Bibliografía General	106
-----------------------------------	-----

Anexo I

Cuestionarios	109
---------------------	-----

Instructivo	110
-------------------	-----

Cuestionario de Evaluación de Salud. (HAQ).....	112
---	-----

Cuestionario del Dolor Mc-Gill.....	113
-------------------------------------	-----

Anexo II

Tablas descriptivas.....	115
--------------------------	-----

INTRODUCCIÓN

La selección del tema de este estudio comienza a gestarse a partir de nuestra experiencia en la práctica clínica, instancia que posibilitó entrevistas con profesionales que poseen una rica experiencia en el abordaje de enfermedades reumáticas como terapistas ocupacionales y médicos reumatólogos.

La revisión bibliográfica nos permitió acceder a trabajos de investigación que han caracterizado los múltiples procesos que interactúan entre si limitando la capacidad funcional de pacientes con diagnóstico médico de artritis reumatoidea.

La artritis reumatoidea es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida, que se caracteriza por un proceso de destrucción articular evolucionando a través de exacerbaciones y remisiones.

“El dolor es uno de los principales síntomas, por su propia naturaleza se presenta como incapacitante en si mismo y es considerado por muchos autores como la consecuencia mas importante y de mayor impacto de la enfermedad.”¹

Asimismo los trastornos musculoesqueléticos relacionados con la A.R. afectan adversamente la calidad de vida de quienes la padecen, dado que son la principal causa de discapacidad.

El terapeuta ocupacional evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada, intentando un ajuste óptimo, una interacción efectiva y adecuada con una mayor

¹CFR: REDONDO DELGADO, M; LEÓN MATEOS, L; y OTROS; (2008) *El dolor en los pacientes con artritis reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención*; Revista Clínica y Salud; Madrid. Vol. 19. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742008000300006&script=sci_arttext. Consultado: 08/09/2011

conexión con el entorno, una realización autónoma y con la mayor seguridad de las actividades de la vida diaria, con la consiguiente independencia y mejora de su calidad de vida.

A partir de la problemática anteriormente mencionada dada por esta enfermedad y dentro del encuadre del quehacer profesional del terapeuta ocupacional, se planteó como objetivo de estudio conocer la relación existente entre la manifestación clínica del síntoma dolor y la capacidad funcional en pacientes con diagnóstico médico de AR, de ambos sexos con un rango de edad entre veinte y sesenta años que concurren al Hospital Interzonal de Agudos de la ciudad de Mar del Plata.

Para tal fin hemos seleccionado como métodos de recolección de datos el cuestionario de evaluación de salud (HAQ) que ha sido validado en Argentina y la versión española del cuestionario del dolor McGill.

Si bien se ha encontrado a través del rastreo bibliográfico a nivel local un estudio que plantea como objetivo de la investigación establecer la relación entre el dolor, aspectos emocionales de ansiedad y depresión con la capacidad funcional, el mismo implementa como método de recolección de datos la Escala de Medida del Impacto Artrítico a diferencia del método que ha sido seleccionado en la presente investigación, donde se aplicó el Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ) por ser considerado un cuestionario específico de la A.R., ya que evalúa la alteración producida por la enfermedad y al mismo tiempo permite dimensionar el estado general de salud del paciente.

También se utilizó el cuestionario del dolor Mc Gill, que identifica la valoración del dolor desde la perspectiva del propio paciente, consideramos que es el mejor

indicador del dolor. “El dolor es un síntoma perceptivo, la percepción y manifestación del mismo lo hacen las personas que lo padecen a diferencia de otros síntomas o signos clínicos”.² Dicho cuestionario nos permitió obtener información desde una perspectiva sensorial, afectiva, emocional y evaluativa que calificaran la experiencia dolorosa como también permitió conocer la intensidad del dolor que padecen las personas con A.R.

Este estudio de investigación nos permitió conocer el desempeño en las actividades de la vida diaria e instrumentales, que se ven afectadas negativamente por la limitación de la capacidad funcional ante la presencia de dolor, con el fin de arribar a un diagnóstico situacional que sirva como herramienta de prevención destinada a contribuir en el mantenimiento o mejoría de la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico médico de A.R.

²CFR: VILLORIA, C; (2009) *Calidad de vida y dolor*. Fundación Grumental. Universidad de Salamanca. Disponible: <http://es.scribd.com/doc/54510734/Calidad-de-vida-y-dolor>. Consultado: 21/08/2011

PRESENTACIÓN

TEMA

Capacidad funcional y manifestación clínica del síntoma dolor en pacientes con Artritis Reumatoidea.

PROBLEMA

¿Cómo se relacionan la capacidad funcional y la manifestación clínica del dolor en pacientes con Artritis Reumatoidea que asisten al Hospital Interzonal de Agudos de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo Marzo-Abril 2012?

HIPOTESIS

H1: A mayor dolor menor capacidad funcional en pacientes con diagnóstico de AR.

H2: A mayor tiempo de evolución de la enfermedad menor capacidad funcional en pacientes con diagnóstico de AR.

H3: Las mujeres presentan mayor intensidad del dolor que los hombres con diagnóstico de AR.

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la relación entre la capacidad funcional y la manifestación clínica del dolor en pacientes con Artritis Reumatoidea que asisten al Hospital Interzonal de Agudos de la ciudad de Mar del Plata durante el periodo de Marzo-Abril 2012.

Objetivos específicos

- Caracterizar la muestra según edad, sexo, ocupación y tiempo de evolución del diagnóstico
- Conocer la capacidad funcional en las áreas de vestirse y arreglarse, levantarse, comer, caminar
- Conocer la capacidad funcional en las áreas higiene, alcanzar, agarrar y actividades
- Identificar y describir el uso de ayudas técnicas para el desempeño en las áreas de vestirse y arreglarse, levantarse, comer, caminar
- Identificar y describir el uso de ayudas técnicas para el desempeño en las áreas de higiene, alcanzar, agarrar y actividades
- Determinar la manifestación clínica del dolor
- Establecer la asociación entre la capacidad funcional y la manifestación clínica del dolor

- Comparar la intensidad del dolor en los hombres y las mujeres

ESTADO ACTUAL DE LA CUESTIÓN

Se ha realizado un rastreo bibliográfico a través de distintas fuentes como tesis de grado, páginas de Internet; revistas virtuales; bases de datos (MEDline, Scielo, Lilacs, Bireme) y bibliotecas especializadas del Centro Médico de la ciudad de Mar del Plata, Hospital Privado de Comunidad y Universidad Nacional de Mar del Plata, a partir de las cuales encontramos las siguientes investigaciones:

A nivel internacional:

En el año **2005** en el Instituto Superior de Ciencias Médicas de la Habana se llevó a cabo un estudio sobre la aplicación del cuestionario de Evaluación de salud de pacientes con Artritis Reumatoidea. El objetivo fue conocer el comportamiento de los resultados del cuestionario HAQ – DI y describir las alteraciones más relevantes encontradas en la población estudiada.

La muestra se compuso de 106 pacientes con Artritis Reumatoidea, hombres y mujeres en las edades comprendidas entre 15 y 64 años. Se utilizó el cuestionario HAQ-DI modificado de la Universidad de Stanford.

Se obtuvieron los siguientes resultados: el grado de discapacidad aumenta en la medida en que aumenta el tiempo de evolución de la enfermedad, las alteraciones más significativas se encontraron en las áreas de: levantarse, higiene y la actividad, y dentro de ella el mayor índice de dificultad estuvo en incorporarse de una silla, de la cama y del inodoro, peinarse y alcanzar un objeto pesado por encima de la cabeza.

Tanto mujeres como hombres evolucionan de forma similar hacia las secuelas invalidantes.³

En el año 2007 en una Institución pública del área metropolitana de Monterrey Nuevo León, México, se llevó a cabo un estudio sobre el manejo del dolor crónico y la limitación en las actividades de la vida diaria.

Los objetivos del mismo fueron determinar el manejo del dolor en pacientes con dolor crónico, identificar las actividades de la vida diaria que se ven limitadas a causa de la intensidad del dolor, determinar la relación entre el manejo del dolor y la limitación en las actividades de la vida diaria y determinar la diferencia entre la intensidad del dolor y las limitaciones en las actividades de la vida diaria respecto al sexo.

La muestra estuvo compuesta por 151 pacientes mayores de 18 años con presencia de dolor crónico de más de tres meses de evolución. Para determinar el manejo del dolor se utilizó el índice del manejo del dolor y el esquema de la Escala Analgésica de la O.M.S.

Los resultados mostraron una alta de pacientes con presencia de dolor al momento de la entrevista (90.7%), con una intensidad de moderado a severo en 60.9%. El 70% de los pacientes presentó un inadecuado manejo del dolor. Las actividades de la vida diaria que presentaron de moderada a severa limitación a causa del dolor fueron:

³CARRILLO MARTINEZ, CR. (2005) *Aplicación del Cuestionario de Evaluación de la Salud en pacientes con Artritis Reumatoidea*. Revista Ciencias.
Disponible:<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEklpayVlkqTZSCwFU.php>. Consultado: 19/09/2011.

labores del hogar con 67.6%, caminar 62.92%, manejar o utilizar algún tipo de transporte 54.3% y el sueño con 51%. Se obtuvo una asociación negativa entre el manejo del dolor y la limitación de actividades ($r_s = -.495$, $p = .001$); es decir, que a menor puntuación en el índice del manejo del dolor, mayor limitación en las actividades de la vida diaria. No se encontraron diferencias entre la intensidad del dolor y la limitación de las actividades de la vida diaria respecto al sexo.

Se arribó a la conclusión de que existe un elevado porcentaje de pacientes con un inadecuado manejo del dolor, lo que repercute en una mayor limitación en la realización de las actividades de la vida diaria.⁴

La siguiente publicación ha sido citada debido a que la misma implemento el Cuestionario HAQ que se aplicara en nuestra investigación.

En el año 2009 se realizó un estudio sobre la capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoidea.

El objetivo principal fue comparar informes españoles y brasileños sobre la capacidad funcional relacionada con la salud en pacientes con Artritis Reumatoidea.

Se estudiaron 197 pacientes diagnosticados con AR en España y Brasil. Se evaluó el dolor con la Escala Análoga Visual y la capacidad funcional con el Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ).

Los pacientes brasileños eran más jóvenes, tenían peor nivel de dolor y

⁴GONZALEZ - RENDON, C; MORENO-MONSIVAIS, M. (2007). *Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria*. Rev. Soc. Española. Disponible: <http://www.bvs.org.ar/metaiah/search.php>. Consultado: 15/09/2011.

tendencia a experimentar peor capacidad funcional que los españoles. Los pacientes españoles mostraron un índice de masa muscular más alto, mayor duración de la enfermedad y jubilación anticipada.

Se correlacionó la capacidad funcional con la edad, duración de la enfermedad, edad al momento del diagnóstico, dolor y BMI en los pacientes españoles. En los pacientes brasileños solo se encontraron correlaciones con la duración de la enfermedad y el dolor.

En conclusión, la información obtenida sugiere un mejor manejo de la A.R en los pacientes españoles comparados con los brasileños. Aun con menos dolor y capacidad funcional reciben más tratamiento con drogas y un mayor porcentaje de ellos se han jubilado tempranamente.⁵

A nivel local:

En la Universidad Nacional de Mar del Plata, en el año 2006, las autoras Malvestitti, María Perla, Menéndez, Ana Gabriela y Octavio, Diamela Soledad, llevaron a cabo una tesis de grado sobre la Evaluación desde Terapia Ocupacional sobre la relación del Dolor, Ansiedad y Depresión con la Capacidad Funcional de pacientes con Artritis Reumatoidea.

El objetivo fue determinar la relación entre dolor, aspectos emocionales de

⁵GONZALEZ-GAY, MA; YANKO, KC; IMAI, MJ; DE ANDRADE, MC; LLORCA, J. (2009). *Capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoidea: comparación entre pacientes Españoles y Brasileños*. Universidad Estatal del oeste de Paraná, Cascabel, Brasil. Epub. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, consultado el 12/09/2011.

ansiedad y depresión con la capacidad funcional de pacientes adultos con Artritis Reumatoidea que concurrían al grupo A.M.A.R de la ciudad de Mar del Plata. Se plantearon tres hipótesis de investigación: A mayor dolor, menor capacidad funcional; A mayor ansiedad, menor capacidad funcional; A mayor depresión, menor capacidad funcional.

El universo de estudio estuvo compuesto por 50 pacientes con AR, que concurrían al grupo A.M.A.R. de la ciudad de Mar del Plata. La muestra se conformó por 30 pacientes.

Se utilizaron como métodos de recolección de datos, la Escala de Medida del Impacto Artrítico, el cuestionario del dolor McGill y la Escala de la Ansiedad y Depresión del Hospital.

Arribaron a la conclusión de que la relación más directa y significativa con la capacidad funcional es la intensidad del dolor, comprobando la hipótesis de que a mayor dolor menor capacidad funcional.

En cuanto a las otras hipótesis, el individuo promedio de la muestra presentó ansiedad y depresión de normal a dudoso, no obstante, concluyeron que estos aspectos se presentan en forma indirecta en pacientes con A.R fundamentado en la bibliografía; por lo tanto no se pudieron comprobar las otras dos hipótesis.⁶

⁶ MALVESTITI, M; MENÉNDEZ, A; OCTAVIO, D.; (2006) *Evaluación desde Terapia Ocupacional sobre la relación de Dolor, Ansiedad y Depresión con la Capacidad Funcional de Pacientes con Artritis Reumatoidea*. Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Cs. De la Salud y Servicio Social. Lic. Terapia Ocupacional.

MARCO TEÓRICO

CAPITULO I

1-ENFERMEDADES REUMÁTICAS.

1-1 Concepto:

“La reumatología es una especialidad de la medicina interna que se encarga del estudio y tratamiento de las enfermedades del aparato locomotor y del tejido conectivo, de diversas etiologías como: inflamatorias, degenerativas, metabólicas, infecciosas, genéticas, tumorales o autoinmunes”.⁷

Existen más de 200 enfermedades reumáticas. Se encuentran aquellas que se manifiestan con inflamación de las articulaciones o artritis y otras que no. Cuando presentan componentes sistémicos se conocen como conectivopatías o colagenopatías.

La prevalencia es mayor en personas de más de 65 años, representan el 10 % de la población en general, y son causa de numerosas consultas en Atención Primaria.

El impacto que producen estas enfermedades es múltiple e involucra al paciente y a su entorno.

En el área física producen dolor crónico limitando la capacidad funcional. En el área psicológica pueden provocar disminución de la autoestima y depresión. A nivel social generan disminución de la calidad de vida y dificultad en la inserción laboral.

Dado su carácter crónico de evolución de la enfermedad, así como la capacidad invalidante, transforman el entorno del paciente en una importante carga familiar y social; todo esto se ve agravado por la alta frecuencia con que este grupo de entidades afecta a la población.⁸

⁷ CFR: PACHECO, D.; (2002) *Reumatología para médicos en Atención primaria*; Ed. Producción gráfica Tangram; Chile. Página 13

⁸ ESPINA, M. (2011). *Introducción y Clasificación de las Enfermedades Reumáticas*. Curso de Actualización en Enfermedades Reumáticas”. Servicio de Clínica Médica del HIGA Dr. José Pena.

1-2 Clasificación de Enfermedades reumáticas.

ENFERMEDADES DEL TEJIDO CONECTIVO

- Artritis Reumatoidea
- Artritis Juvenil
- LES
- Esclerodermia
- Fascitis difusa con/sin eosinofilia
- Polimiositis
- Vasculitis
- Síndrome de Sjogreen
- Síndrome de superposición
- Otras PMR Eritema Nodoso

ARTRITIS ASOCIADA A ESPONDILITIS

- Espondilitis Anquilosante
- Síndrome de Reiter
- Artritis Psoriasica
- Artritis Reactiva
- Artritis asociadas a enfermedades inflamatorias del intestino
- Otras como SAPHO Uveítis anterior aguda

ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

- Artrosis

ENFERMEDADES METABOLICAS/ENDOCRINAS

- Enfermedades microcristales - Gota - Condrocálcinosis
- Amiloidosis - Hemofilia
- Trastornos hereditarios

ENFERMEDADES OSEAS

- Osteoporosis
- Enfermedad de Paget

COMPROMISO DE PARTES BLANDAS

Reumatismos locales:

- Hombro Doloroso
- Tendinitis
- Fibromialgia

1-3 Enfermedades de mayor impacto.

- La Artritis Reumatoidea por su alta discapacidad y altos costos médico terapéuticos.
- La Osteoartritis por su alta prevalencia y falta de tratamiento eficaz
- La Osteoporosis por su alta prevalencia, riesgo de fracturas y sus complicaciones.
- Fibromialgia por su discapacidad producto del dolor y repercusión en la esfera laboral.
- La Gota Aguda por su impacto laboral.⁹

⁹ ESPINA, M. (2011) *Introducción y Clasificación de las Enfermedades Reumáticas*. Curso de Actualización en Enfermedades Reumáticas”. Servicio de Clínica Médica del HIGA Dr. José Pena.

BIBLIOGRAFÍA – CAP I: E. REUMÁTICAS

- BATTAGLIOTTI, C; GENTILETTI, A.; (1980) *Temas de Reumatología, Colagenopatías y Enfermedades Asociadas*. Universidad Nacional de Rosario. Páginas 23-25
- ESPINA, M. (2011) *Introducción y Clasificación de las Enfermedades Reumáticas. Curso de Actualización en Enfermedades Reumáticas*. Servicio de Clínica Médica del HIGA Dr. José Pena.
- PACHECO, D.; (2002) *Reumatología para médicos en Atención Primaria*; Ed. Producción gráfica Tangram; Chile. Páginas 165-169 Ed.

CAPITULO II

2-ARTRITIS REUMATOIDEA

2-1 Concepto

La Artritis Reumatoidea es una enfermedad de etiología desconocida y de naturaleza autoinmunitaria que se caracteriza patológicamente por un proceso inflamatorio que afecta sobre todo el tejido sinovial de las articulaciones produciendo dolor, tumefacción y pérdida de la función de las articulaciones.

Compromete principalmente a las articulaciones diartrodiales, pudiendo también afectar a otros órganos como piel, corazón, pulmones, ojos y otros.

El compromiso articular es generalmente progresivo, llevando a la deformidad y destrucción articular ocasionando diferentes grados de discapacidad.¹⁰

2-2 Etiología

Aunque la etiología es desconocida. Se han analizado múltiples factores: metabólicos, endocrinos, nutricionales, genéticos, infecciosos, geográficos, profesionales y psicosociales, aunque actualmente no se ha establecido de manera definitiva la causa.

Existe una fuerte evidencia de que la enfermedad se produce en individuos genéticamente predispuestos, probablemente luego de la exposición a un antígeno todavía no reconocido.

El sexo y la herencia determinan en gran medida la susceptibilidad de las personas a padecer artritis reumatoidea.¹¹

¹⁰ RAMOS VERTIZ;(2006) *Traumatología y Ortopedia*. Segunda Edición. Buenos Aires. Páginas 199

2-3 Patogenia

La característica fundamental de la A.R. es la inflamación crónica de la membrana sinovial; transformando a la misma en una masa de células inflamatorias, denominada Pannus Reumatoideo, el cual contiene células sinoviales, linfocitos, plasmocitos, fagocitos, otros mononucleares y polimorfo nuclear.

La patogenia se divide en tres etapas:

- Primera etapa: caracterizada por un período sinovítico, inflamación de la membrana sinovial generándose hiperplasia e hipertrofia de la misma. El tejido conectivo subyacente presenta marcado edema. Se origina debido a esta sinovial hipertrófica: el pannus articular (tumor), esto lleva a un aumento de volumen que destruye y lesiona los elementos de sostén de esa articulación. (cápsula y ligamentos).
- Segunda etapa: las articulaciones se tornan inestables con pérdida de la relación de las superficies articulares (subluxaciones).
- Tercera etapa: se produce la destrucción del cartílago articular y epífisis articulares. Hay luxaciones y subluxaciones que llevan a una artrosis secundaria.¹²

¹¹ WILLIARD SPACKMAN.; (2011) *Terapia Ocupacional*. Onceava Edición. Ed. Médica Panamericana. España. Unid. 15 Página 1055.

¹² RAMOS VERTIZ.; (2006) *Traumatología y Ortopedia*. Segunda Edición. Buenos Aires. Página 200.

2-4 Formas de comienzo

Más de la mitad de los pacientes con artritis reumatoidea presentan un comienzo insidioso, con síntomas articulares durante un período de varias semanas a meses, precedido por sintomatología general. Solo un 10 a un 20 % de los pacientes pueden tener un inicio abrupto con una remisión prolongada.¹³

La enfermedad se caracteriza por períodos de remisiones y exacerbaciones. Los pacientes suelen presentar al inicio de la enfermedad oligoartritis (compromiso de menos de 6 articulaciones), a menudo asimétrica. La artritis aguda es monoarticular siendo poco frecuente como manifestación de la enfermedad al inicio de la misma.

2-5 Cuadro clínico

La AR se caracteriza por presentar una poliartritis de pequeñas y grandes articulaciones de distribución simétrica.

Las más afectadas son las articulaciones de las manos a nivel de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas, acompañadas de la afectación de las articulaciones metatarsofalángicas de los pies, seguidas de las del carpo, rodillas, tobillos y codos. Se afectan más tardíamente los hombros, caderas y raquis cervical. Finalmente toma todas las articulaciones.

Los pacientes suelen presentar síntomas poco claros, lo que dificulta el diagnóstico, pueden preceder en meses a la aparición de los síntomas más característicos de la AR. Estos pueden ser cansancio, dolor muscular, fiebre, pérdida de peso, rigidez y hormigueo en las manos. En la mayoría de los casos los síntomas

¹³ RODRIGUEZ GIL, G. (2011). *Artritis Reumatoidea*. Curso de Actualización en Enfermedades Reumáticas?. Servicio de Clínica Médica del HIGA Dr. José Pena.

ocurren en ausencia de cualquier síntoma articular, por lo que pueden confundir el diagnóstico ya que suelen aparecer en muchas otras enfermedades reumáticas y no reumáticas.

Ocasionalmente la AR comienza con síntomas relacionados con la inflamación de otras estructuras extra-articulares. Como lo es la inflamación del pericardio (pericarditis), afección de la pleura (pleuritis), inflamación de pequeños vasos sanguíneos (vasculitis).

Con el progreso de la enfermedad hay debilidad muscular, atrofia, disminución de la fuerza de puño y dificultad para caminar cuando las extremidades inferiores están comprometidas una vez que se ha establecido la enfermedad.

Principales síntomas:

- Dolor: de tipo inflamatorio. Aparece en reposo y cede con la actividad.
- Tumefacción articular: aumento de la temperatura local en las articulaciones.
- Rigidez matinal: en las peri articulaciones y articulaciones, que tiene una duración al menos de una hora antes de la mejoría.
- Limitación funcional.
- Deformidad articular.¹⁴

¹⁴ RODRIGUEZ GIL, G. (2011). *Artritis Reumatoidea*. Curso de Actualización en Enfermedades Reumáticas”. Servicio de Clínica Médica del HIGA Dr. José Pena.

Manifestaciones articulares.

- Deformidad en ráfaga cubital de los dedos: Consiste en la flexión fija de las articulaciones metacarpofalángicas con desviación radial de la muñeca que se caracteriza por una desviación simultánea de los cuatro últimos dedos hacia el borde interno de la mano. Los tendones caen hacia cubital por subluxación de las articulaciones metacarpofalángicas. Puede apreciarse un aumento de la prominencia anormal de las cabezas metacarpianas.

Las articulaciones carpometacarpianas e intercarpianas se luxan por la erosión de sus ligamentos, produciendo la pérdida de la alineación de la mano.

- Deformidad en ojal (Boutoniere): Consiste en la flexión fija de la articulación interfalángica proximal con hiperextensión de la articulación interfalángica distal.
 - Causa Tipo I: Por ruptura de la bandeleta central de extensor común de los dedos.
 - Causa Tipo II: Por presencia de nódulo reumatoideo en la entrada del tendón flexor común superficial de los dedos.
- Deformidad en cuello de cisne: Consiste en ligera flexión de la articulación interfalángica distal con hiperextensión de la interfalángica proximal.
 - Causa Tipo I: Por la ruptura o contractura de los lumbricales de los dedos.

- Causa Tipo II: Por la ruptura de las bandeletas laterales del tendón extensor común de los dedos.
- Causa Tipo III: Por ruptura del tendón flexor común superficial de los dedos.
- Deformidad del dedo pulgar :
 - Deformidad tipo I: consiste en la flexión de la articulación metacarpofalángica con hiperextensión de la articulación interfalángica por debilidad del tendón extensor del dedo pulgar debido a la sinovitis, subluxando la articulación carpometacarpiana. El daño producido en el tendón intrínseco del dedo produce la extensión fija de la interfalángica del dedo pulgar.
 - Deformidad tipo II: consiste en la flexión de la articulación metacarpofalángica con hiperextensión de la interfalángica y compromiso carpo-metacarpiano por el daño producido en la articulación, subluxa la articulación carpometacarpia. Una vez producida la subluxación el aductor tira del primer metacarpiano, pudiendo producir una contractura fija en aducción con hiperextensión de la falange distal.
 - Deformidad tipo III: consiste en la hiperextensión de la metacarpofalángica, flexión de la interfalángica y compromiso carpo metacarpiano.

La dinámica de esta deformidad inicialmente es la misma que la descrita para el tipo II, en cambio la III se produce si existe una laxitud natural o patológica de la metacarpofalángica con hipertensión de la falange proximal.

- Muñeca: Algunos pacientes desarrollan síndrome de túnel carpiano, debido a la sinovitis del ligamento anular anterior del carpo. Este se caracteriza por parestesias, entumecimiento y sino es revertido, debilidad en ciertas zonas de la mano, hasta atrofia de muñeca, a causa de la inflamación de la sinovial, la agresión articular puede afectar de forma selectiva o global tanto la articulación radiocarpiana como intercarpiana. La inflamación de la sinovial puede llegar a destruir las articulaciones y sus medios de contención creando un desequilibrio articular con riesgo de rotura tendinosa por fricción de los tendones que se sitúan fuera de las poleas de deslizamiento. Como consecuencia esto puede ocasionar :
 - Una luxación de la cabeza del cúbito, ocasionando el deslizamiento del músculo cubital posterior cambiando su función de extensor en flexor.
 - La lesión de la articulación radiocubital inferior
 - La rotura de los tendones extensores de la zona cubital
 - La rotura de los tendones flexores de la zona radial de la muñeca.

- Codos: la erosión de los bordes del pannus borra los surcos paraolecraneos, limitando la posición de extensión total del mismo. La pérdida del espacio articular y el deterioro de la congruencia facilita la luxación de la articulación limitándose los movimientos de rotación.

- Hombros: el hombro se puede afectar en fases más tardías de la enfermedad causando dolor y limitación de la movilidad. Bursitis, lesiones tendinosas, lesión del manguito rotador y anquilosis.

- Pies: Las articulaciones de los pies se suelen afectar al inicio de la enfermedad, especialmente las articulaciones metatarsfalángeas de los pies, provocando dolor a la presión, al estar de pie y al caminar, con el tiempo son habituales las deformidades.
- Tobillos: Se suele inflamar la articulación del tobillo y suele originarse una deformidad y mal apoyo en el pie. Cavo. Valgo.
- Rodillas: la destrucción de los tejidos blandos provoca una inestabilidad considerable de la articulación, pudiendo limitar la extensión total, desarrollando contractura en flexión y una deformidad progresiva en valgo. También puede originarse la formación de un quiste en la parte posterior de la rodilla conocido como quiste de Baker. En ocasiones este se puede romper provocando una inflamación de toda la pierna parecida a una tromboflebitis.
- Caderas: Las caderas suelen afectarse en fases más avanzadas de la enfermedad. La afectación de la articulación de cadera se manifiesta por dolor en la ingle, que a veces se puede extender a la rodilla, dificultando así la deambulación.
- Columna Cervical: La afectación en la columna cervical suele cursar con inflamación, dolor, rigidez y disminución de la movilidad. En estadios más avanzados suele ocasionar la luxación atlantoaxoidea. Así mismo se pueden

comprimir la médula espinal y provocar síntomas como dolor neurítico en las extremidades superiores, pérdida de coordinación en la marcha y dificultades para controlar esfínteres, náuseas, vómitos, mareos, alteraciones respiratorias.

- Articulación témporo-mandibular: Se caracteriza por dolor en la zona anterior del oído, en especial al abrir la boca y al masticar. Por contractura del músculo masetero y desgaste de la articulación. Con el tiempo se va perdiendo amplitud en la apertura de la boca.¹⁵

Manifestaciones Extraarticulares:

- Nódulos Reumatoideos: Protrusiones no dolorosas que aparecen debajo de la piel, en forma frecuente en la zona de codos y antebrazos. Siendo el más común el granuloma reumatoideo, palpable en la región olecraneana.
- Vasculitis: Se caracteriza por la inflamación de los vasos sanguíneos, lo que puede causar determinados síntomas de acuerdo a su localización de los vasos afectados.

¹⁵ ALVAREZ LARIO, B.; (2003) *El Libro de la Artritis Reumatoide*. Sexta Edición. Madrid. Ed. Díaz Santos. Cap. 5. Páginas 28- 30

- Manifestaciones pulmonares: pleuritis, nódulos pulmonares, fibrosis pulmonar difusa. Neumonitis intersticial.

- Manifestaciones cardíacas: pericarditis, miocarditis no específica, infiltración amiloidea del miocardio, compromiso valvular y arteritis de las coronarias.

- Manifestaciones neurológicas: síndrome del túnel carpiano y tarsiano, mononeuritis múltiple y polineuritis.

- Músculo estriado: debilidad, atrofia y miositis.

- Síndrome de Sjögren: caracterizado por ojos secos y boca seca.

- Manifestaciones renales: Se presentan como complicación de la AR o por toxicidad de las drogas.¹⁶

¹⁶ GENE G HUNDER MD – ROCHESTER, MINNESOTA (2000). *Atlas de Reumatología I*. Ed. Ap. Americana de Publicaciones S.A. 2000. Capítulo I. Página 1.9 – 1.29.

2-6 Evolución y Pronóstico

Una artritis reumatoidea que presente más de treinta articulaciones inflamadas y un deterioro significativo de la capacidad funcional, presenta una reducción de la expectativa de vida a los cinco años.

Aproximadamente el 30 % de los pacientes con AR llega a desarrollar una incapacidad laboral al cabo de los 10 años.

Indicadores de mal pronóstico:

- Comienzo insidioso
- Múltiples articulaciones inflamadas
- Factor reumatoideo positivo
- Niveles elevados de PCR
- Aparición precoz de erosiones
- Rápido compromiso de la capacidad funcional
- Presencia de manifestaciones extra-articulares¹⁷

2-7 Tratamiento médico

No existe un tratamiento curativo ya que no se conoce su etiología, por ello el tratamiento es sintomático.

Se requiere un diagnóstico precoz y un tratamiento intensivo antes que se produzca una pérdida funcional y de que aparezcan lesiones irreversibles articulares.

¹⁷ RODRIGUEZ GIL, G. (2011) “*Artritis Reumatoidea. Curso de Actualización en Enfermedades Reumáticas*”. Servicio de Clínica Médica del HIGA Dr. José Pena.

El objetivo fundamental consiste en suprimir el dolor, la inflamación articular, mantener y mejorar la movilidad, prevenir, corregir deformidades, educación general y sobre la enfermedad.

Etapas del tratamiento

Primer etapa: Período sinovítico

Medidas terapéuticas: tratamiento medicamentoso, mantener una buena movilidad, disminuir la inflamación.

Si la sinovitis está demasiado engrosada: Sinovectomía

(Más de seis meses) se extirpa la sinovial patológica. Esto retarda la progresión de la enfermedad.

Segunda etapa: Desorganización cápsulotendinosa. Incapacidad en manos. Deformidad en ráfaga cubital. En esta etapa hay destrucción de tendones, ligamentos. El tratamiento se aboca a la liberación de partes blandas y reparación de tendones.

Tercera etapa: Destrucción articular.

Artroplastías: la más común es la prótesis de cadera

Artrodesis: para articulaciones de carga: tobillo retropié.

Tratamiento farmacológico

Los objetivos de la terapia con fármacos son conseguir la remisión, evitar el daño de las articulaciones y pérdida de la función.

Los principales tipos de fármacos usados son los analgésicos, los antiinflamatorios no esteroideos, los corticoides, y sobre todo los fármacos modificadores de la enfermedad (sales de oro, entre otros).

Sin un tratamiento adecuado:

- La Artritis rara vez remite.
- Prácticamente todos los pacientes con AR sufren dolor diariamente y tienen incapacidad funcional.
- La mortalidad por AR es dos veces mayor que la población en general.

BIBLIOGRAFÍA – CAP II: ARTRITIS REUMATOIDEA

- ALVARÉZ LARIO, B; (2006) *El Libro de la Artritis Reumatoide*; Sexta Edición; Ed. Díaz Santos; Madrid. Páginas 52-59.
- GARCÍA CARRASCO, M; SANMARTÍ, R; CAÑETE, JD; ALARCÓN, GS.; (2000) *Avances en Artritis Reumatoide*; Barcelona.Cap. 10. Páginas 190.
- GENE G HUNTER MD – ROCHESTER, MINNESOTA; (2000) *Atlas de Reumatología I*; Ed. Ap. Americana de Publicaciones S.A. Capítulo I. Pagina 1.22-1.29.
- RAMOS VERTIZ;(2006) *Traumatología y Ortopedia*; Segunda Edición; Buenos Aires. Páginas 199-200.
- RODRIGUEZ GIL, G.; (2011) *Artritis Reumatoidea*. Curso de Actualización en Enfermedades Reumáticas”. Servicio de Clínica Médica del HIGA Dr. José Pena.
- WILLIARD SPACKMAN; (2011) *Terapia Ocupacional*. Onceava Edición. Ed. Médica Panamericana. España. Unid. 15 Página 1055.

CAPITULO III

3- DOLOR

3.1 Concepto

El dolor ha sido definido por la Asociación Internacional para El Estudio del Dolor (IASP) como: “Una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular existente o potencial, o descrita en término de ese daño”¹⁸. Dicha experiencia es siempre subjetiva de tal modo la intensidad es lo que el paciente exprese.

Esta definición destaca al síntoma de dolor como un fenómeno multidimensional y complejo, que constituye una experiencia única para el individuo.

El dolor posee cuatro componentes principales:

- Componente sensorial discriminativo: relativo a mecanismos neurofisiológicos de la nocicepción, explicando el tipo de estímulo, la intensidad del mismo, el tiempo y localización.
- Componente afectivo-emocional: la sensación dolorosa es desagradable. Puede evolucionar a estados depresivos y de angustia.
- Componente cognitivo: incluye los procesos capaces de atenuar o aumentar el dolor tales como fenómenos de distracción, interpretación de fenómenos dolorosos relacionados con experiencias vividas o aprendidas.
- Componente de comportamiento: son las conductas adoptadas frente al dolor, sean estas sensoriales o aprendidas.

¹⁸ CFR: SAAVEDRA, HC; PAIELE, CJ.; *El dolor aspectos básicos y clínicos*. Ed. Mediterráneo. Cáp. 1. Página 20

3-2 Tipos de Dolor

Desde el punto de vista clínico se distinguen dos tipos de dolor:

Dolor Agudo: consecuencia de un daño tisular concreto con duración limitada. Se relaciona con el dolor recurrente, y finalmente puede hacerse un dolor crónico.

Dolor Crónico: persiste en el tiempo, incluso después de cesar la causa que lo provocó, o un dolor asociado a una enfermedad crónica que provoca dolor continuo, en la que el dolor es recurrente durante largos períodos de tiempo.¹⁹

<u>Dolor Agudo</u>	<u>Dolor Crónico</u>
Constituye una alarma protectora	Es destructivo y persistente
Reacciones vegetativas magnificadas	Reacciones de adaptación
Ansiedad	Depresión
causa definida del dolor	Puede haber varios factores etiológicos
Localizado	Difuso, mal definido
Tratamiento con analgésicos	Tratamientos con otros fármacos (por ej. antidepresivos)

Desde el punto de vista fisiopatológico:

¹⁹LOPÉZ TIMONEDA. *Definición y clasificación del dolor*. Disponible: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/med/11330414/articulos/CLUR9596110049A.PDF>. Consultado: 05/08/11

Tipos	Mecanismo de lesión	Características
Noceoceptivo somático	Activación de receptores de : piel, músculos, articulaciones	Bien localizado, sordo y constante
Noceoceptivo visceral	Activación de receptores viscerales	Mal localizado, opresivo y profundo
Neuropático	Lesión de S.N.C , S.N.P.	Paroxismo, urente, quemante
Psicógeno	Sin causa orgánica aparente	Emocional

3-3 Neurofisiología del Dolor

El dolor es el resultado de la transmisión de un estímulo nociceptivo desde la periferia al SNC que en su recorrido transcurre a través de diferentes estructuras comenzando por los receptores periféricos, nervio raquídeo, médula espinal, sistema de transmisión ascendente, hasta llegar al sistema supraespinal donde se integra la información y se percibe entonces de forma consciente el dolor.

Actualmente se ha demostrado la existencia de seis tipos de receptores de dolor ubicados en la piel y tejidos más profundos:

- Corpúsculos de Meissner: Son estructuras ovaladas que se activan por ligero toque o presión. Se localizan en zonas muy sensibles al tacto como dedos y mejillas y en menor grado en el resto de la piel.

- Nociceptores o terminaciones nerviosas libres: Localizadas en toda la piel, responden a presión, cambios de temperatura, agentes químicos, etc. Son amielínicos o finamente mielínicos; por lo general están solo recubiertos por células de Schwann.
- Corpúsculo de Pacini: De localización mas profunda, se activan por presión.
- Corpúsculo de Meckel: Se estimulan por presión profunda, pero de forma más lenta que los de Pacini.
- Corpúsculo de Ruffini: Localizado fundamentalmente en piel y cápsulas articulares. En la primera responden a presión, tacto y temperatura mientras que en la segunda, son sensibles a los cambios de posición.
- Termorreceptores de Krause: Localizados en tejido conectivo subdérmico. Se activan por frío.

La vía de transmisión del dolor en el nivel periférico esta constituida fundamentalmente por la primera neurona aferente, de las que se conocen dos tipos: A y B, que dan origen a las fibras primarias amielínicas y a las mielínicas de pequeño tamaño respectivamente. Dicha neurona capta el estímulo a través de un receptor específico, este asciende por su axón hasta el soma localizada en el ganglio raquídeo.

El estímulo luego de alcanzado el soma neuronal (ganglio raquídeo) se dirige hacia el asta de la ME donde se realiza la sinapsis con la segunda neurona aferente. La mayor parte de las fibras aferentes llegan a la zona ipsilateral del asta posterior, ubicándose en la zona más lateral la fibra C y en la medial, las A-delta.

Aproximadamente el 25 % de las fibras A-delta y el 50 % de las fibras C, contactan con nociceptores.

En la sinapsis entre la primera y la segunda neurona sensitiva se liberan NT que son producidos por las células B del ganglio raquídeo, transportadas y almacenadas en vesículas para luego ser liberadas en el espacio sináptico y lograr la despolarización de la segunda neurona.

Dolor y temperatura se transmiten por las fibras A-delta (más gruesas, mielinizadas y de mayor velocidad de conducción) y C (finas, amielínicas y lentas). Esta diferencia da lugar a dos formas diferentes de conducir el dolor. Las primeras llevan información del dolor agudo, bien localizado y relacionado directamente con la noxa y las otras conducen información sobre el dolor difuso, sordo, ardiente.²⁰

²⁰ROMERA, E; PERENA, M.J; RODRIGO M, D.; (2000) *Neurofisiología del dolor*. Revista. Soc. Esp. Dolor 7; Supl. II. Disponible: http://revista.sedolor.es/pdf/2000_10_04.pdf. Consultado: 10|10|2

3-4 Influencia del dolor en la A.R.

El dolor adquiere en la artritis reumatoidea un papel protagonista, es el síntoma fundamental, considerado por los pacientes como el que más interfiere con sus actividades y afecta su calidad de vida. Posee un ritmo inflamatorio que es persistente e incrementado con el reposo, con empeoramiento nocturno que interfiere con el sueño.

El dolor reumático viaja desde las articulaciones al cerebro por fibras nerviosas de conducción lenta, la percepción que tiene el paciente es más la de un dolor persistente y sordo que algo agudo y punzante. También desde el sistema nervioso central se envían impulsos nerviosos que modulan la percepción dolorosa a través de una vía donde los neurotransmisores son opioides y cannabinoides producidos por el propio organismo.

La inflamación articular que se produce parece contribuir a la percepción del dolor, la inflamación es capaz de activar fibras nerviosas que habitualmente se encuentran dormidas. De hecho, se ha calculado que casi un tercio de las vías nerviosas que transmiten el dolor lo hacen por este mecanismo inflamatorio.

El dolor es provocado por factores biológicos, como la sinovitis crónica y la destrucción articular. Sin embargo las emociones negativas como la depresión, la ansiedad y la ira, también tienen un papel importante e influyen en el dolor que padecen los pacientes con A.R.²¹

²¹ SANDERS. (2008).” Mecanismos y Tratamientos del dolor en reumatología”. Editorial Masson

La depresión predice el dolor y la discapacidad, su sintomatología parece producir una disminución en el umbral del dolor y en la tolerancia al mismo, así como una mayor amplificación somatosensorial. Se asocia con mayores niveles de dolor y, consecuentemente, con un empeoramiento de la capacidad funcional.

Por otra parte elevados niveles de ansiedad al dolor mantenidos en el tiempo, van a predisponer a una mayor intensidad del dolor. De este modo, los pacientes que experimentan ansiedad al dolor refieren un dolor más pronunciado, experiencias más prolongadas de dolor y mayor evitación de las situaciones de dolor, que aquellos pacientes que sufren dolor pero sus niveles de ansiedad son menores.

La ira y el dolor se relacionan debido a que tanto la expresión interna como la externa de la ira parecen aumentar la percepción de dolor. Las explicaciones que se han planteado sugieren que, la experiencia de ira (independientemente de como se exprese) está asociada a determinados cambios fisiológicos, como el aumento de la tensión muscular, que a su vez trae consigo el aumento de los niveles de dolor.²²

A menudo los factores que originan el dolor desde el inicio no son los que persisten posteriormente. Se debe considerar como un aspecto fundamental en el

²² REDONDO DELGADO, M; LEÓN MATEOS, L; y OTROS; (2008) *El dolor en los pacientes con artritis reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención*. Revista Clínica y Salud. Vol. 19. Madrid. Disponible:http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742008000300006&script=sci_arttext. Consultado: 08|09|2011

paciente con una enfermedad crónica que conlleva dolor, la importancia de la esfera psíquica y emocional.

Existen también determinadas causas que exacerban el dolor, estas se pueden clasificar en:

Físicas:

- Incremento en la actividad de la enfermedad.
- Efecto generalizado de la enfermedad.
- Infecciones intercurrentes
- Artritis sépticas.
- Fatiga crónica, anemia.
- Inestabilidad articular.

Farmacológicas:

- Cese o cambios de analgésicos.
- Falta de eficacia.
- Iatrogenia.

Ambientales, Psicológicas y sociales:

- Cambios en las circunstancias, sociales o financieras que precipiten alteraciones en las actividades de la vida diaria.
- Percepciones alteradas de auto eficiencia, relaciones con la familia y profesionales de la salud.

- Miedo, ansiedad, depresión.
- Fatiga.²³

En el dolor crónico las variaciones y cambios no se pueden explicar solo por la patología subyacente: pacientes con una enfermedad de la misma gravedad suelen diferir en cuanto a los niveles de dolor, por lo que se debe aplicar un modelo biopsicosocial para comprender mejor la respuesta individual de cada persona a este fenómeno. Es un factor complejo influenciado no solo por la enfermedad que lo produce sino también por aspectos psicológicos, experiencias dolorosas pasadas, el entorno y la genética de cada individuo.

Es el síntoma que más preocupa al paciente debido a que lo padece de forma más o menos persistente durante toda su vida; aunque presente episodios de exacerbación y periodos de remisión parcial, casi nunca se ve libre de un dolor en mayor o menor grado. Provoca grandes desequilibrios debido a que disminuye la capacidad física y mental, evocando la posibilidad de limitación e invalidez, afectando así de manera negativa su calidad de vida.

²³BAI, J.; (2007) *Tratamiento del dolor en artritis Reumatoidea*; Revista Dolor clínica y Terapia Vol. N° 3. Marzo-Abril 2007. Disponible: <http://www.intramed.net> Consultado 10/10/2011.

BIBLIOGRAFÍA – CAP III: DOLOR

- BAI, J.; (2007) *Tratamiento del dolor en artritis Reumatoidea*; Revista Dolor clínica y Terapia Vol. Nº 3. Disponible: <http://www.intramed.net> Consultado 10/10/20.
- LOPÉZ TIMONEDA; *Definición y clasificación del dolor*. Disponible: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/med/11330414/articulos/CLUR9596110049A.PDF>. Consultado: 05|08|11.
- MALVESTITTI, M; MENÉNDEZ, A; OCTAVIO, D.; (2006) *Evaluación desde Terapia Ocupacional sobre la relación de Dolor, Ansiedad y Depresión con la Capacidad Funcional de Pacientes con Artritis Reumatoidea*. Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Cs. De la Salud y Servicio Social. Lic. Terapia Ocupacional.
- ROMERA, E; PERENA, M.J; RODRIGO M, D.; (2000) *Neurofisiología del dolor*; Revista. Soc. Esp. Dolor7: Supl. II. Disponible: http://revista.sedolor.es/pdf/2000_10_04.pdf. Consultado: 10|10|2
- SAAVEDRA, HC; PAIELE, CJ. *El dolor aspectos básicos y clínicos*; Ed. Mediterráneo. Cap. 1. Página 20.
- SANDERS, (2008) *Mecanismos y tratamientos del dolor en reumatología*. Editorial Masson.
- VILLORIA, C.; (2009) *Calidad de vida y dolor*; Fundación Grumental; Universidad de Salamanca. 2009. Disponible: <http://es.scribd.com/doc/54510734/Calidad-de-vida-y-dolor>. Consultado: 21|08|2011.

- GONZÁLEZ RENDÓN, C; (2007) *Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria*. Rev. Sociedad Española de Dolor.
- NEIRA, F; ORTEGA, J.; (2006) *Tratamiento del dolor en la Artritis Reumatoide fundamentado en medicina basada en la evidencia*. Rev. Sociedad Española del Dolor. Vol. 8; pág. 562- 565.
- RODRÍGUEZ- HERNÁNDEZ, J; (2004) *Dolor osteomuscular y reumatológico*. Rev. Sociedad Española del Dolor. Vol. 11; pág. 97.
- PETIT DIAZ, J. (2002) *Rehabilitación en Artritis Reumatoidea*. Ed. Masson. Pág. 1-7

CAPITULO IV

4- ENFOQUE DE TERAPIA OCUPACIONAL

“La Terapia Ocupacional es una disciplina que participa en el proceso rehabilitador, poniendo a disposición del paciente sus conocimientos, habilidades y herramientas profesionales, con la intención de facilitar el retorno a la competencia funcional y al bienestar de la persona.”²⁴

El terapeuta Ocupacional se especializa en la evaluación de la capacidad funcional, definida como “la habilidad de una persona para ejecutar competentemente los roles, relaciones y ocupaciones requeridas en el curso de la vida diaria.”²⁵

A partir de tres conceptos: las áreas, los componentes y el contexto de desempeño lleva a cabo la evaluación con el fin de detectar, cuantificar y describir las capacidades y déficit del paciente y su influencia sobre el desempeño funcional, tomando en cuenta la interacción entre el tiempo biológico, el cual se refiere a la capacidad funcional de los sistemas orgánicos, el tiempo psicológico que implica la capacidad de adaptación a las exigencias socio-ambientales y el tiempo social relacionado a los roles del desempeño ocupacional.

Se define a las áreas de desempeño como las categorías de la actividad humana, que son parte típica de la vida cotidiana e incluyen las actividades de autocuidado, de trabajo y tiempo libre. A los componentes de desempeño como patrones de conducta aprendidos durante el desarrollo, que en una variedad de grados y en diferentes

²⁴ CFR: POLONIO LOPEZ, B; (2003) *Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: Teoría y Práctica*; Ed. Panamericana. Cap. 1 Pág. 13.

²⁵ CFR: POLONIO LOPEZ, B.; (2003) *Terapia Ocupacional en Geriátrica: 15 casos prácticos*. Editorial Panamericana. Sección Sexta. Pág. 293.

combinaciones, se requieren para una participación satisfactoria en las áreas de desempeño ocupacional. A los contextos de desempeño como las situaciones o los factores que influyen en la participación de un individuo en las áreas de desempeño deseadas y/o requeridas. Incluyen los aspectos temporales y ambientales de la ejecución ocupacional.²⁶

4-1 INTERVENCION DEL TERAPISTA OCUPACIONAL EN ARTRITIS REUMATOIDEA.

El terapeuta ocupacional interviene acompañando al paciente durante todo el proceso de superación de las dificultades que la patología conlleva. Considera desde una perspectiva holística los aspectos físicos de la discapacidad, como también incorpora los aspectos emocionales, interpersonales y contextuales de la actividad, junto al desempeño de roles.²⁷

Lleva a cabo la evaluación valorando y clasificando la alteración funcional así como la fuerza muscular, amplitud articular, dolor, sensibilidad, coordinación, resistencia y la presencia de deformidades.

También identifica la importancia de que el paciente desempeñe las actividades de la vida diaria e instrumentales independientemente, considerando los roles ocupacionales y el entorno ambiental.

²⁶ POLONIO LOPEZ, B; (2003) *Terapia Ocupacional en discapacitados físicos: Teoría y Práctica*; Ed. Panamericana, Cap. 2. Pág. 24.

²⁷ APROSER. *La Terapia Ocupacional en Reumatología*. Disponible: http://www.ser.es/ArchivosDESCARGABLES/Grupos_Trabajo/Aproser/Terapia%20ocupacional.pdf. Consultado: 09/10/2011

La función del miembro superior y en particular la mano resulta de mayor interés dado que la naturaleza incapacitante de la enfermedad puede llevar a limitar la mayor actividad y uso normalizado de la mano.

La intervención del Terapeuta Ocupacional se centrara en los siguientes objetivos generales:

- Mantener la capacidad funcional corrigiendo o minimizando las alteraciones producidas en una primera fase por el dolor y la inmovilidad y en una segunda fase por las alteraciones articulares sufridas y las deformidades propias de la enfermedad.
- Corregir o prevenir el desarrollo o progresión de las deformidades de la mano, las deformidades de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángica de los dedos.
- Mantener la fuerza muscular y la coordinación para la protección articular mediante la implementación de un plan de ejercicios terapéuticos para cada paciente en particular.
- Concientizar al paciente sobre la protección articular, modificando los patrones funcionales que puedan exacerbar los síntomas y provocar un mayor deterioro articular.

- Diseñar y realizar adaptaciones, prescribir ayudas técnicas, y enseñar su uso y aplicación en los casos de que sean necesarias.

Los objetivos específicos en el tratamiento dependen de los problemas y necesidades de la persona en particular y de la etapa de la enfermedad.

Etapa Aguda:

Momento de ebullición de la enfermedad, los principales síntomas de esta etapa son dolor, inflamación, tumefacción y rigidez matinal.

Objetivos:

- Reducir la sintomatología
- Prevenir deformidades

El tratamiento en esta etapa se basa en:

- Reposo
- Reposo regional: equipamiento ortésico
- Crioterapia
- Movilizaciones suaves. Ejercicios Isométricos

Etapa Subaguda:

Disminución de la sintomatología

Objetivos:

- Mantener o aumentar el rango articular y fuerza muscular.
- Contrarrestar deformidades que hayan quedado del período agudo.

Tratamiento:

- Programa de movilizaciones y ejercicios, gradualmente aumentados en repeticiones, tiempo y carga. Los cuales formaran parte de la rutina diaria del paciente.
- Equipamiento ortésico
- Educación del paciente. Principios de protección articular y conservación de energía.

Etapa Crónica:

Período de remisión de la enfermedad.

Objetivos:

- Aumentar el rango de movilidad siempre que la articulación lo permita.
- Aumentar la fuerza muscular.
- Contrarrestar deformidades.

Tratamiento:

- Ejercicios y movilizaciones. Ejercicios resistidos contra gravedad y con mínima resistencia.
- Diseño de un programa de ejercicios para el hogar.

- Principios de protección articular y conservación de energía.
- Entrenamiento de la capacidad funcional global en el desempeño de las AVD y IADL.
- Asesoramiento al paciente y a su familia en relación a la adaptación del entorno y modificación de tareas, hábitos, reorganización de las rutinas diarias.

Educación del paciente:

Economía articular, Conservación de energía.

El rol del Terapeuta ocupacional en lo que respecta a la educación como parte del tratamiento es de vital importancia, los métodos de protección articular y de economía de la energía tienen como objetivo que el paciente comprenda cuales son las formas correctas de uso de la articulación, para poder llevar a cabo todas las actividades evitando el abuso de las articulaciones comprometidas y por lo tanto conservar energía, preservar funciones y prevenir deterioros.

Como punto fundamental considera todas las actividades que ejecuta el paciente durante el transcurso del día analizando el tipo de fuerza y tiempo de duración que requiere la misma.

El terapeuta ocupacional lleva a cabo las medidas de protección articular y conservación de energía basándose en los siguientes principios:

- a) Estimular a cada articulación para ser usada en el máximo de recorrido y fuerza posible (compatible con el proceso de la enfermedad).
- b) Evitar posiciones que conducen a deformidades: presiones externas e internas
- c) Usar cada articulación en el plano de máxima estabilidad anatómica y funcional:

d) Usar las articulaciones más fuertes para la realización de actividades: El propósito es reducir el estrés articular y prevenir el dolor articular.

e) Evitar desequilibrios musculares.

f) Evitar actividades que no puedan suspender inmediatamente si es que la actividad le exige una fuerza mayor a la que tiene para completarla:

Es importante prevenir la fatiga y el estiramiento con el fin de que no se sobrecarguen cápsulas y ligamentos.

g) Evitar cualquier actividad que exija el uso de articulaciones y músculos en posición de sostén durante lapsos indebidos de tiempo:

h) Evitar el dolor: respetando durante los ejercicios activos y pasivos el punto del dolor del paciente.²⁸

Equipamiento ortésico:

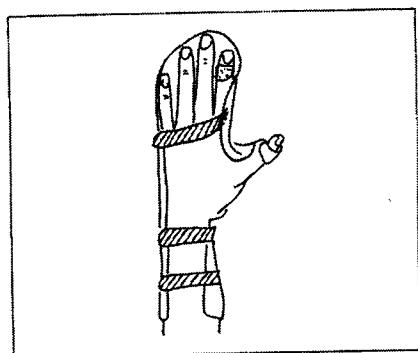
A fin de prevenir o intentar reducir deformidades, disminuir el dolor, estabilizar articulaciones, aumentar el recorrido articular y mejorar la función, el Terapeuta Ocupacional confecciona férulas adaptadas a cada paciente en particular.

²⁸ TROMBLY, C, A.; (1990) *Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente*; Ed. Científicas La Prensa Media Mexicana. Pág. 483.

Férula de reposo nocturno:

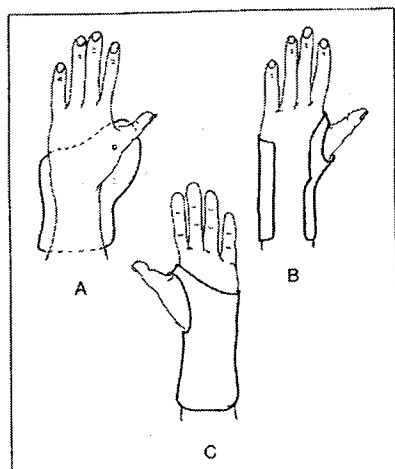
Se utiliza durante la noche, o en algunas horas del día de inactividad, sobre todo cuando la Artritis Reumatoidea se presenta en brotes de dolor e inflamación.

Se coloca la mano y la muñeca en posición de reposo, sin ejercer ninguna tracción sobre los elementos blandos. La posición idónea es dorsiflexión de muñeca de 30 ° y dedos en forma de C. Los medios de fijación se aplicarán en muñeca y antebrazo, como así también en dedos.



Férula básica funcional:

Férula funcional que deja en libertad todos los dedos. Permite el movimiento de todos los dedos incluido el movimiento de las articulaciones MCF, ya que no debe sobrepasar el pliegue de flexión palmar distal. Se posiciona la muñeca en 30 ° de dorsiflexión. Los medios de fijación se colocan en antebrazo.

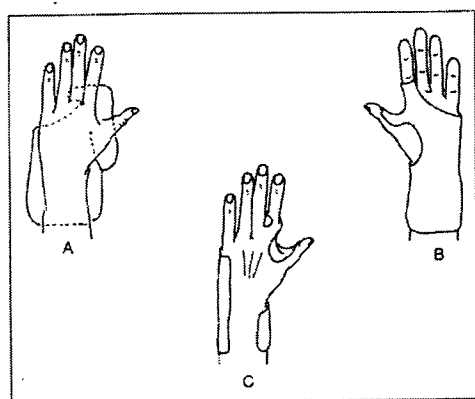


Férula Funcional para la desviación cubital de los dedos:

Esta férula puede realizarse en forma funcional o con inmovilización del pulgar.

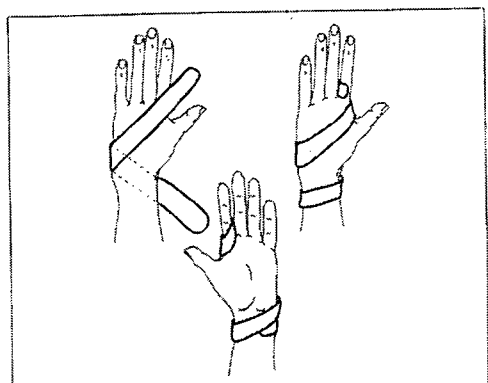
En posición funcional, la porción correspondiente al pulgar no debe sobrepasar la primera falange de éste y debe permitir que se realice una flexión suficiente para realizar la pinza con el dedo índice. Si es necesaria la inmovilización del pulgar deberá prolongarse hasta el pulpejo de éste.

La angulación de muñeca sino existen signos de lesión de túnel carpiano se realizará en 30° de dorsiflexión y se colocará solo durante el día.



Férula en espiral funcional:

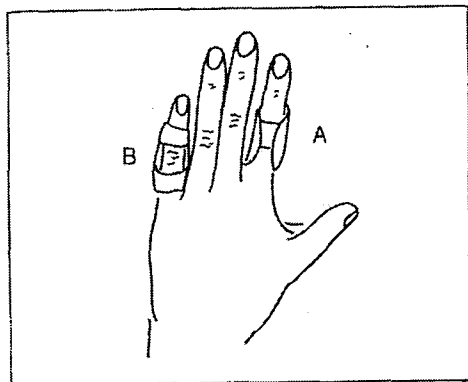
Se utiliza en el tratamiento de la desviación cubital. Permite la realización de las tareas domésticas con economía articular, no precisando medios de sujeción. Si la desviación es muy importante deberá colocarse sujeción en los dedos.



Férula “en ojal” para los dedos:

Para la extensión de la IFP, la presión se ejerce en la zona palmar de las falanges y dorsal de la articulación.

Para la hiperextensión como en cuello de cisne, la presión se ejerce en la zona palmar articular y dorsal de las falanges. Debe tener una angulación de 10°.



Férula Spika:

Estabiliza y fija la columna del pulgar. Permite la oposición de pulgar e índice permitiendo funcionalizar la pinza superior.²⁹

²⁹ CHAPINAL JIMÉNEZ, A. ;(2002) *Rehabilitación de las manos con Artritis y Artrosis en Terapia Ocupacional*; Ed. Masson. Cap. 3. Páginas 114-122

BILIOGRAFIA – CAP IV: ENFOQUE DE TERAPIA OCUPACIONAL

- ASAPAR. (2011) *Terapia Ocupacional en Artritis*. Disponible:
<http://www.siliconpc.com/asapar/terapia-ocupacional.htm>. Consultado: 24|09|2011.
- AGUDELO LUGO, L; DURAN SALINAS, F; RESTREPO, R. (2008) *Rehabilitación en Salud*. Segunda Edición; Ed. Universidad de Antioquia. Pág. 764.
- CHAPINAL JIMÉNEZ, A;(2002) *Rehabilitación de las manos con Artritis y Artrosis en Terapia Ocupacional*; Ed. Masson. Cap. 3. Páginas 114-122.
- POLONIO LÓPEZ, B; DURANTE MOLINA, P; NOYA ARNAIZ, B. ;(2003) *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*; Primera Edición; Ed. Panamericana; Madrid. Cap. 9. Página 104.
- TROMBLY, C, A.; (1990) *Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente*; Ed. Científicas La Prensa Media Mexicana. Pág. 483.

**ASPECTOS
METODOLÓGICOS**

ENFOQUE:

Cuantitativo

TIPO DE ESTUDIO:

Correlacional.

El estudio pretendió establecer el grado de relación entre dos variables: la capacidad funcional y la manifestación clínica del dolor.

TIPO DE DISEÑO:

No experimental de corte transversal.

La investigación estudió la relación entre las variables en un momento determinado.

UNIVERSO DE ESTUDIO:

Pacientes entre veinte y sesenta años de edad que asisten al Hospital Interzonal de Agudos con diagnóstico de Artritis Reumatoidea de la ciudad de Mar del Plata durante el período Marzo-Abril del año 2012.

MUESTRA:

Estuvo compuesta por 66 pacientes, de veinte a sesenta años de edad, con diagnóstico de artritis reumatoidea que asistieron al Hospital Interzonal de Agudos de la ciudad de Mar del Plata durante el período Marzo-Abril del año 2012.

TIPO DE MUESTREO:

No probabilístico por conveniencia.

METODO DE SELECCIÓN DE MUESTRA:

Se seleccionó cada una de las unidades de análisis de manera intencional. La muestra estuvo conformada por los pacientes que concurrieron a la consulta y cumplieron con los criterios de inclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Personas de ambos sexos entre 20 y 60 años de edad con diagnóstico médico de Artritis Reumatoidea.
- Personas que, con consentimiento informado, aceptaron participar del estudio de investigación.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

- Pacientes en curso agudo de su enfermedad.
- Pacientes que presenten secuelas de lesiones crónicas tales como fracturas, infecciones óseas o cualquier patología que comprometa las raíces nerviosas provocando parestesia o debilidad muscular.
- Pacientes con lesiones centrales y/o que presenten déficit intelectual o deterioro cognitivo.

TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Los instrumentos utilizados para la recolección de los datos fueron los siguientes:

Cuestionario de Evaluación de Salud.

El Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ) fue desarrollado en 1978 por James. F. Fries, MD, y sus colegas de las Universidad de Standford.

Ha sido diseñado para medir de manera integral el estado funcional (discapacidad) en pacientes con una amplia variedad de enfermedades reumáticas como: Artritis Reumatoidea, Osteoartritis, Artritis Reumatoidea Juvenil, Lupus, Esclerodermia, Espondilitis Anquilosante, Fibromialgia y Artritis Psoriasica. De todas maneras se lo considera un cuestionario específico de la Artritis Reumatoidea, es decir, que evalúa la alteración que ha generado la A.R en el paciente, permite una evaluación de la discapacidad al mismo tiempo que logra dimensionar el estado general de salud del paciente.

Validación de la versión Española del HAQ en Argentina.

Los autores Soriano Guppy, E. R, Catoggio, L. J, Rosa, J. E llevaron a cabo la reproducibilidad y validez de una versión argentina del HAQ II en pacientes con A.R. La reproducibilidad del cuestionario fue evaluada en el 30% de los pacientes con un segundo cuestionario completado dentro de los tres a siete días de la primera visita. La validez de constructo fue evaluada comparando el HAQ II con parámetros clásicos de actividad de la enfermedad, capacidad funcional y compromiso radiológico. Se evaluó

el tiempo y dificultad para realizarlo, así como la confiabilidad y correlación con el HAQ I.

Se arribó a la conclusión que el HAQ II resultó ser confiable, válido y reproducible en pacientes con A.R, mostrando una excelente correlación con el HAQ I. Su principal ventaja radica en la rapidez, en su realización y en su cálculo simple, facilitando así su implementación en la práctica diaria. El dolor fue la variable que más influyó en las variaciones del HAQ II.

Descripción del Cuestionario.

Es un cuestionario autoaplicado que requiere entre 5 a 10 minutos para su administración. Consta de 20 ítems que evalúan el grado de dificultad física autopercebida para realizar 20 actividades de la vida diaria agrupadas en 8 áreas: vestirse y asearse, levantarse, comer, caminar y pasear, higiene personal, alcanzar, prensión, otras actividades.

El cuestionario tiene además varias preguntas correctoras, divididas en dos grupos que evalúan la necesidad de la ayuda de otra persona o de utilizar utensilios o ayuda técnica para realizar las actividades descriptas en los 20 ítems. El interés de estas preguntas es que pueden corregir la puntuación de las áreas a las que afectan.

Puntaje e Interpretación.

Cada ítem se puntúa de 0 A 3 según la siguiente escala: 0 sin dificultad, 1 con alguna dificultad, 2 con mucha dificultad, 3 incapaz de hacerlo.

En cada una de las 8 áreas del cuestionario se escoge la puntuación más alta de los dos o tres ítems que la componen, por lo que se obtienen ocho puntuaciones.

Se miran las preguntas correctoras en el caso que la persona responda que hace las actividades sin dificultad (0) o con alguna dificultad (1). Si reconoce que necesita ayuda de otra persona o algún tipo de utensilio o ayuda técnica para realizar esas mismas actividades, en ese caso la puntuación se convierte en 2.

Los datos obtenidos se evalúan a través del índice de discapacidad del HAQ que se obtiene de promediar la media de las 8 áreas por lo que su recorrido varia entre 0 (no discapacidad) y 3 (máxima discapacidad). En el caso de no contestar algún ítem se asigna el valor mas alto de los restantes ítems que forman dicha área, si hubiera una o dos áreas completas sin respuesta la suma de las 7 o 6 áreas restantes se dividiría por 7 o 6 respectivamente, para obtener el valor medio que estará entre 0 y 3. Si el cuestionario presenta 6 áreas contestadas carece de validez.³⁰

³⁰ (revista colombiana de reumatología, volumen 9, numero 4, diciembre 2002, Pág. 281-286 asociación colombiana de reumatología-
www.revistacolombianadereumatologia.org.17-09-20011)

Cuestionario del dolor McGill.

El cuestionario del dolor McGill fue desarrollado por Melzack en el año 1975 como un instrumento para la evaluación de aspectos cuantitativos y cualitativos del dolor, como son localización, cualidad, propiedades temporales e intensidad.

Descripción del cuestionario.

El cuestionario consta de varias partes diferenciadas claramente:

- **Localización del dolor:** se representa por una figura esquematizada del cuerpo humano, donde el paciente señala las zonas en las que siente dolor.

- **Cualidad del dolor:** el paciente escoge de entre una amplia lista de tipos de dolor aquellas características que definen el que presenta. Están agrupados en varias categorías que a su vez forman cuatro grandes grupos: Sensorial, emocional, valorativo y miscelánea.

- **Intensidad del dolor en el momento actual.** se explora mediante una pregunta con 5 posibles categorías de respuesta.

- **Valoración del dolor en el momento actual:** mediante una escala analógica visual que va desde sin dolor a dolor insoportable.

Consiste en preguntas cerradas con varias alternativas de respuesta, es auto administrado. Entre sus ventajas destaca la multidimensionalidad y la amplitud de la

información obtenida. Evalúa más intensamente los aspectos sensoriales del dolor que los afectivos y evaluativos. El tiempo consumido en su aplicación es de 15 minutos.

Puntaje e interpretación.

Se obtienen distintos resultados:

Índice de valoración del dolor (PRI): total y para cada una de las 4 áreas. La puntuación se calcula sumando la de cada grupo de palabras que forman cada categoría.

- PRI Sensorial: suma de los puntos de los grupos temporal I, temporal II, localización I, localización II, punción, incisión, constricción, tracción, térmico I, térmico II, sensibilidad táctil y consistencia.
- PRI Emocional: suma puntos de tensión emocional, signos vegetativos y miedo.
- PRI Valorativa: puntos de la categoría valorativa.
- PRI Miscelánea: suma de puntos de miscelánea sensorial I, II y III.
- PRI Total: suma de los puntos de todos los apartados anteriores.

Existen dos formas diferentes de asignar valores a cada posible respuesta, una es de forma correlativa (1-2-3), la otra es la de asignar un peso específico a cada una según unos valores medios obtenidos por Melzack y Colls (Melzack r; Togerson wc “sobre el lenguaje del dolor, anestesiología”-[sl][s.n] 1971, 34:50/9).

Número de palabras elegido (NWC): suma de números de características del dolor mencionadas por el paciente.

Índice de intensidad del dolor (PPI): respuesta seleccionada del ítem que explora este aspecto.

Intensidad del dolor: según escala analógica visual.

Propiedades Psicométricas

Fiabilidad:

“En general, se obtienen buenos índices de correlación entre PRI y el PPI y entre éstos y el NWC, aunque distintos estudios ofrecen resultados dispares. La fiabilidad test-retest tras 4 semanas oscila entre el 66 y el 80 % y tras 3-7 días entre el 50 y el 100 %.”³¹

Validez:

“Se han encontrado correlaciones positivas con las puntuaciones de ansiedad, depresión y somatización del Brief Symptoms Inventory y con el Sickness Impact Profile. La sensibilidad al cambio es de 0,82-0,96 para PPI y PRI. También ha demostrado ser capaz de discriminar pacientes con distintos fármacos.”³²

³¹ MELZACKS R. (1975) “Cuestionario del dolor McGill : Mayor propiedades y resultados de los métodos”. Dolor, 1: 277-99

³² LAZARO C., BOSCH F., TORRUBIA R., BAÑOS JE (1994) “El desarrollo de un cuestionario en español para la valoración del dolor: Antecedentes preliminares acerca de la fiabilidad y validez.” Eu J psicol. Assessment; 10(2) : 145-51.

PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se llevó a cabo una prueba piloto a fin de identificar la comprensión de los instrumentos de evaluación por parte de las tesisistas, así como para entrenarse en su administración.

El proceso de recolección de datos se realizó en un tiempo de dos meses aproximadamente, durante el periodo de Marzo-Abril 2012.

Los cuestionarios se administraron en el contexto de una entrevista realizada por las tesisistas, de acuerdo a la asistencia espontánea al área de Reumatología del Hospital Interzonal general de Agudos. Si bien el tiempo estimado para la administración de los mismos era de 25 minutos, el tiempo de la entrevista se extendió debido a la necesidad de los pacientes de expresarse, manifestar su angustia, preocupaciones y quejas subjetivas con respecto a la patología.

PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS

El análisis de los datos se realizó mediante estadística descriptiva y estadística inferencial: Prueba Z de Kolmogorov-Smirnov, Análisis Multivariado de la Co-Varianza (MANCOVA), ANOVA univariado, Prueba U- de MannWhitney, r de Perason.

VARIABLES

Variables:

- Capacidad funcional.
- Manifestación clínica de dolor.

Variables Intervinientes:

Sociodemográficas:

- Edad.
- Sexo.
- Ocupación.

Clínicas:

- Tiempo de evolución del diagnóstico de la enfermedad.

VARIABLE DE ESTUDIO

CAPACIDAD FUNCIONAL

Definición científica:

“La habilidad de una persona para ejecutar competentemente los roles, relaciones y ocupaciones requeridas en el curso de la vida diaria.”³³

Definición operacional:

Tener la habilidad para desempeñarse en forma competente en las siguientes

Actividades.

VERTIRSE Y ARREGLARSE:

- Vestirse incluyendo atarse los zapatos y abrocharse.
- Lavarse la cabeza.

LEVANTARSE:

- Levantarse de una silla que no tiene brazos.
- Acostarse y levantarse de la cama.

COMER:

- Cortar su comida con cuchillo y tenedor.

³³ POLONIO LOPEZ, B (2003) “Terapia Ocupacional en Geriatría: 15 casos prácticos”. Editorial Panamericana. Sección Sexta. Pág. 293.

- Levantar hasta su boca una taza o vaso lleno.
- Abrir un cartón nuevo de leche.

CAMINAR:

- Caminar al aire libre en terreno plano.
- Subir cinco escalones.

HIGIENE:

- Bañarse y secarse todo el cuerpo.
- Bañarse en la bañera.
- Sentarse y levantarse del inodoro.

ALCANZAR:

- Alcanzar y bajar algo que pese 5 libras de una altura sobre su cabeza.
- Agacharse para recoger ropa del piso.

AGARRAR:

- Abrir la puerta del auto.
- Abrir frascos que ya han sido abiertos.
- Abrir y cerrar las llaves de agua.

ACTIVIDADES:

- Hacer sus compras.
- Subir y bajar del auto.
- Hacer sus tareas domésticas.

DIMENSIONAMIENTO DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL

VESTIRSE Y ARREGLARSE	VESTIRSE INCLUYENDO ATARSE LOS ZÁPATOS Y ABROCHARSE	SIN NINGUNA DIFICULTAD	0 PUNTOS
		CON ALGUNA DIFICULTAD	1 PUNTO
		CON MUCHA DIFICULTAD	2 PUNTOS
		NO PUEDE HACERLO	3 PUNTOS

LAVARSE LA CABEZA	SIN NINGUNA DIFICULTAD	0 PUNTOS
	CON ALGUNA DIFICULTAD	1 PUNTO
	CON MUCHA DIFICULTAD	2 PUNTOS
	NO PUEDE HACERLO	3 PUNTOS

NECESITA AYUDA DE OTRA PERSONA NECESITA AYUDA DE APARATOS O INSTRUMENTOS PARA VESTIRSE OTROS	SI = 2 PUNTOS
	NO = 0 PUNTOS

LEVANTARSE	DE UNA SILLA QUE NO TIENE BRAZOS	SIN NINGUNA DIFICULTAD	0 PUNTOS
		CON ALGUNA DIFICULTAD	1 PUNTO
		CON MUCHA DIFICULTAD	2 PUNTOS
		NO PUEDE HACERLO	3 PUNTOS

ACOSTARSE Y LEVANTARSE DE LA CAMA	SIN NINGUNA DIFICULTAD	0 PUNTOS
	CON ALGUNA DIFICULTAD	1 PUNTO
	CON MUCHA DIFICULTAD	2 PUNTOS
	NO PUEDE HACERLO	3 PUNTOS

NECESITA AYUDA DE OTRA PERSONA PARA LEVANTARSE OTROS	SI = 2 PUNTOS
	NO = 0 PUNTOS

COMER

CORTAR LA COMIDA CON CUCHILLO Y TENEDOR

SIN NINGUNA DIFICULTAD	0 PUNTOS
CON ALGUNA DIFICULTAD	1 PUNTO
CON MUCHA DIFICULTAD	2 PUNTOS
NO PUEDE HACERLO	3 PUNTOS

LEVANTAR HASTA SU BOCA UNA TAZA O VASO LLENO

SIN NINGUNA DIFICULTAD	0 PUNTOS
CON ALGUNA DIFICULTAD	1 PUNTO
CON MUCHA DIFICULTAD	2 PUNTOS
NO PUEDE HACERLO	3 PUNTOS

ABRIR UN CARTON DE LECHE NUEVO

SIN NINGUNA DIFICULTAD	0 PUNTOS
CON ALGUNA DIFICULTAD	1 PUNTO
CON MUCHA DIFICULTAD	2 PUNTOS
NO PUEDE HACERLO	3 PUNTOS

NECESITA :

AYUDA DE UNA PERSONA

AYUDA DE UN APARATO

AYUDA DE UTENSILLOS EXCLUSIVOS

OTROS

SI = 2 PUNTOS

NO = 0 PUNTOS

CAMINAR

CAMINAR AL AIRE LIBRE EN TERRENO PLANO

SIN NINGUNA DIFICULTAD	0 PUNTOS
CON ALGUNA DIFICULTAD	1 PUNTO
CON MUCHA DIFICULTAD	2 PUNTOS
NO PUEDE HACERLO	3 PUNTOS

SUBIR CINCO ESCALONES

SIN NINGUNA DIFICULTAD	0 PUNTOS
CON ALGUNA DIFICULTAD	1 PUNTO
CON MUCHA DIFICULTAD	2 PUNTOS
NO PUEDE HACERLO	3 PUNTOS

NECESITA :

AYUDA DE UNA PERSONAS PARA CAMINAR

AYUDA DE BASTON, ANDADOR, MULETÁS, SILLÁ DE RUEDAS

OTROS

SI = 2 PUNTOS

NO = 0 PUNTOS

HIGIENE	PUEDE BANARSE Y SECARSE TODO EL CUERPO	SIN NINGUNA DIFICULTAD	0 PUNTOS
		CON ALGUNA DIFICULTAD	1 PUNTO
		CON MUCHA DIFICULTAD	2 PUNTOS
		NO PUEDE HACERLO	3 PUNTOS

	PUEDE BANARSE EN BANADERA	SIN NINGUNA DIFICULTAD	0 PUNTOS
		CON ALGUNA DIFICULTAD	1 PUNTO
		CON MUCHA DIFICULTAD	2 PUNTOS
		NO PUEDE HACERLO	3 PUNTOS

	SENTARSE Y LEVANTARSE DEL INODORO	SIN NINGUNA DIFICULTAD	0 PUNTOS
		CON ALGUNA DIFICULTAD	1 PUNTO
		CON MUCHA DIFICULTAD	2 PUNTOS
		NO PUEDE HACERLO	3 PUNTOS

	<u>NECESITA:</u>	
	AYUDA DE OTRA PERSONA	
	AYUDA DE APARATO CON EXTENSION PARA BAÑO	
	ASIENTO ELEVADO PARA INODORO	SI = 2 PUNTOS
	ASIENTO PARA BAÑADERA	NO = 0 PUNTOS
	AGARRADERA PARA EL BAÑO	
	OTROS	

ALCANZAR	ALCANZAR Y BAJAR ALGO QUE PESE 2 KILOS DE UNA ALTURA SOBRE SU CABEZA	SIN NINGUNA DIFICULTAD	0 PUNTOS
		CON ALGUNA DIFICULTAD	1 PUNTO
		CON MUCHA DIFICULTAD	2 PUNTOS
		NO PUEDE HACERLO	3 PUNTOS

	AGACHARSE PARA RECOGER ROPA DEL PISO	SIN NINGUNA DIFICULTAD	0 PUNTOS
		CON ALGUNA DIFICULTAD	1 PUNTO
		CON MUCHA DIFICULTAD	2 PUNTOS
		NO PUEDE HACERLO	3 PUNTOS

NECESITA:

AYUDA DE OTRA PERSONA

AYUDA DE APARATO CON EXTENSION

OTROS

SI = 2 PUNTOS

NO = 0 PUNTOS

ABRIR LA PUERTA DEL AUTO

SIN NINGUNA DIFICULTAD

CON ALGUNA DIFICULTAD

CON MUCHA DIFICULTAD

NO PUEDE HACERLO

AGARRAR

0 PUNTOS

1 PUNTO

2 PUNTOS

3 PUNTOS

ABRIR FRASCOS QUE YA HAN SIDO ABIERTOS

SIN NINGUNA DIFICULTAD

CON ALGUNA DIFICULTAD

CON MUCHA DIFICULTAD

NO PUEDE HACERLO

0 PUNTOS

1 PUNTO

2 PUNTOS

3 PUNTOS

ABRIR Y CERRAR LOS GRIFOS DEL AGUA

SIN NINGUNA DIFICULTAD

CON ALGUNA DIFICULTAD

CON MUCHA DIFICULTAD

NO PUEDE HACERLO

0 PUNTOS

1 PUNTO

2 PUNTOS

3 PUNTOS

NECESITA:

AYUDA DE OTRA PERSONA

AYUDA DE APARATOS CON EXTENSION

ABRIDOR DE FRASCOS

OTROS

SI = 2 PUNTOS

NO = 0 PUNTOS

ACTIVIDADES	HACER LAS COMPRAS	SIN NINGUNA DIFICULTAD	0 PUNTOS
		CON ALGUNA DIFICULTAD	1 PUNTO
		CON MUCHA DIFICULTAD	2 PUNTOS
		NO PUEDE HACERLO	3 PUNTOS
	SUBIR Y BAJAR DEL AUTO	SIN NINGUNA DIFICULTAD	0 PUNTOS
		CON ALGUNA DIFICULTAD	1 PUNTO
		CON MUCHA DIFICULTAD	2 PUNTOS
		NO PUEDE HACERLO	3 PUNTOS
	HACER TAREAS DOMESTICAS O TRABAJAR EN EL JARDIN	SIN NINGUNA DIFICULTAD	0 PUNTOS
		CON ALGUNA DIFICULTAD	1 PUNTO
		CON MUCHA DIFICULTAD	2 PUNTOS
		NO PUEDE HACERLO	3 PUNTOS
	<u>NECESITA:</u>		
	AYUDA DE OTRA PERSONA		SI = 2 PUNTOS
	OTROS		NO = 0 PUNTOS

Categorías : (Total de 0 a 60 puntos)

Independientemente de ayuda de aparatos, personas y otros 0-1 puntos

* Con ninguna dificultad/con alguna dificultad

* Con ayuda de personas, aparatos, personas y otros 2 puntos

VARIABLE DE ESTUDIO

MANIFESTACIÓN CLÍNICA DEL DOLOR

Definición científica:

Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular existente o potencial, o descrita en término de ese daño.³⁴

Definición operacional:

Repercusión subjetiva de la enfermedad como sensación desagradable que se localiza en diferentes zonas corporales.

- Columna
 - Cervical
 - Dorsal
 - Lumbo-Sacro

- Miembro superior derecho/izquierdo :
 - Hombro
 - Brazo
 - Codo
 - Antebrazo
 - Muñeca

³⁴ SAAVEDRA, HC; PAIELE, CJ. (*El dolor aspectos básicos y clínicos*. Editorial Mediterráneo. Cáp. 1. Página 20

- Mano

- Miembro Inferior Derecho/Izquierdo
 - Cadera
 - Muslo
 - Rodilla
 - Pierna
 - Pie Maleolo externo/interno

Cualidades del dolor: incluyen las siguientes categorías

- Sensorial
 - Temporal I
 - Temporal II
 - Localización I
 - Localización II
 - Punción
 - Constricción
 - Tracción
 - Térmico I
 - Térmico II
 - Sensibilidad Táctil
 - Consistencia

- Emocional

- Tensión emocional
- Signos vegetativos
- Miedo

- Valorativa

- Débil
- Soportable
- Intenso
- Intensamente molesto

- Misceláneas

- Sensorial I, II, III

Intensidad del dolor en el momento actual

Valoración del dolor en el momento actual

DOLOR

COLUMNA

CERVICAL	SI:1	No:0
DORSAL	SI:1	No:0
LUMBO-SACRO	SI:1	No:0

MIEMBRO SUPERIOR

IZQUIERDO	
HOMBRO	ANTERIOR SI:1 No:0 POSTERIOR SI:1 No:0
BRAZO	ANTERIOR SI:1 No:0 POSTERIOR SI:1 No:0
CODO	ANTERIOR SI:1 No:0 POSTERIOR SI:1 No:0
MUNECA	ANTERIOR SI:1 No:0 POSTERIOR SI:1 No:0
ANTEBRAZO	ANTERIOR SI:1 No:0 POSTERIOR SI:1 No:0
MANO	ANTERIOR SI:1 No:0 POSTERIOR SI:1 No:0

DERECHO	
HOMBRO	ANTERIOR SI:1 No:0 POSTERIOR SI:1 No:0
BRAZO	ANTERIOR SI:1 No:0 POSTERIOR SI:1 No:0
CODO	ANTERIOR SI:1 No:0 POSTERIOR SI:1 No:0
MUNECA	ANTERIOR SI:1 No:0 POSTERIOR SI:1 No:0
ANTEBRAZO	ANTERIOR SI:1 No:0 POSTERIOR SI:1 No:0
MANO	ANTERIOR SI:1 No:0 POSTERIOR SI:1 No:0

LOCALIZACION DEL DOLOR

MIEMBRO INFERIOR

IZQUIERDO	
CADERA	ANTERIOR SI:1 No:0 POSTERIOR SI:1 No:0
MUSLO	ANTERIOR SI:1 No:0 POSTERIOR SI:1 No:0

DERECHO	
CADERA	ANTERIOR SI:1 No:0 POSTERIOR SI:1 No:0
MUSLO	ANTERIOR SI:1 No:0 POSTERIOR SI:1 No:0

RODILLA	ANTERIOR	SI:1	No:0
	POSTERIOR	SI:1	No:0
PIERNA	ANTERIOR	SI:1	No:0
	POSTERIOR	SI:1	No:0
PIE MALEOLO EXTERNO	ANTERIOR	SI:1	No:0
	POSTERIOR	SI:1	No:0
PIE MALEOLO INTERNO	ANTERIOR	SI:1	No:0
	POSTERIOR	SI:1	No:0

RODILLA	ANTERIOR	SI:1	No:0
	POSTERIOR	SI:1	No:0
PIERNA	ANTERIOR	SI:1	No:0
	POSTERIOR	SI:1	No:0
PIE MALEOLO EXTERNO	ANTERIOR	SI:1	No:0
	POSTERIOR	SI:1	No:0
PIE MALEOLO INTERNO	ANTERIOR	SI:1	No:0
	POSTERIOR	SI:1	No:0

TEMPORAL	A GOLPES	SI:1	No:0
	CONTINUO	SI:1	No:0
TEMPORAL I	PERIODICO	SI:1	No:0
	REPETITIVO	SI:1	No:0
	INSISTENTE	SI:1	No:0
	INTERMINABLE	SI:1	No:0
	IMPRECISO	SI:1	No:0
LOCALIZACION I	BIEN DEFINIDO	SI:1	No:0
	EXTENSO	SI:1	No:0
LOCALIZACION II	REPARTIDO	SI:1	No:0
	PROPAGADO	SI:1	No:0
PUNCION	COMO UN PINCHAZO	SI:1	No:0
	COMO AGUJAS	SI:1	No:0
	COMO UN CLAVO	SI:1	No:0
	PUNZANTE	SI:1	No:0
	PERFORANTE	SI:1	No:0

CUALIDAD DEL DOLOR

SENSORIAL	INCISION	COMO SI CORTASE	SI:1
			No:0
		COMO UNA CUCHILLA	SI:1
		No:0	
	CONSTRICCION	COMO UN PELLIZCO	SI:1
			No:0
		COMO SI APRETARA	SI:1
			No:0
		COMO AGARROTADO	SI:1
			No:0
	OPRESIVO	SI:1	
	No:0		
	COMO SI EXPRIMIERA	SI:1	
	No:0		
TRACCION	TIRANTEZ	SI:1	
		No:0	
	COMO UN TIRON	SI:1	
		No:0	
	COMO SI ESTIRARA	SI:1	
	No:0		
	COMO SI DESGARRA	SI:1	
	No:0		
TERMICO I	CALOR	SI:1	
		No:0	
	COMO SI QUEMARA	SI:1	
		No:0	
	ABRASADOR	SI:1	
		No:0	
	COMO HIERRO CALIENTE	SI:1	
	No:0		
TERMICO II	FRIEDAD	SI:1	
		No:0	
	HELADO	SI:1	
	No:0		
SENSIBILIDAD TACTIL	COMO SI ROZARA	SI:1	
		No:0	
	COMO UN HORMIGUEO	SI:1	
		No:0	
	COMO SI ARANARA	SI:1	
		No:0	
	COMO SI RASPARA	SI:1	
	No:0		
	COMO UN ESCOZOR	SI:1	
	No:0		
	COMO UN PICOR	SI:1	
	No:0		
CONSISTENCIA	PESADEZ	SI:1	
	No:0		

EMOCIONAL	TENSION EMOCIONAL	FASTIDIOSO	SI:1 No:0
		PREOCUPANTE	SI:1 No:0
		ANGUSTIANTE	SI:1 No:0
		EXASPERANTE	SI:1 No:0
		QUE AMARGA LA VIDA	SI:1 No:0
		SIGNOS VEGETATIVOS	SI:1 No:0
MIEDO	QUE AUSTA	SI:1 No:0	
	TEMIBLE	SI:1 No:0	
	ATERRADOR	SI:1 No:0	
	DEBIL	SI:1 No:0	
VALORATIVA	CATEGORIA VALORATIVA	SOPORTABLE	SI:1 No:0
		INTENSO	SI:1 No:0
		TERRIBLEMENTE	SI:1 No:0
		MOLESTO	SI:1 No:0
		COMO HINCHADO	SI:1 No:0
MISCELANEA	MISCELANEA SENSORIAL I	COMO UN PESO	SI:1 No:0
		COMO UN FLATO	SI:1 No:0
		COMO UN ESPASMO	SI:1 No:0
		COMO LATIDOS	SI:1 No:0
		CONCENTRADO	SI:1 No:0
		COMO SI PASARA CORRIENTE	SI:1 No:0
		GALAMBRAZOS	SI:1 No:0
MISCELANEA SENSORIAL II			

					SECO	SI:1 No:0
					COMO MARTILLAZO	SI:1 No:0
					AGUDO	SI:1 No:0
					COMO SI FUERA A EXPLOTAR	SI:1 No:0
				MISCELANEA SENSORIAL III		

INTENSIDAD DEL DOLOR EN EL MOMENTO ACTUAL	LEVE, DEBIL, LIGERO	SI:1 No:0
	MODERADO, MOLESTO INCOMODO	SI:1 No:0
	FUERTE	SI:1 No:0
	EXTENUANTE EXASPERANTE	SI:1 No:0
	INSOPORTABLE	SI:1 No:0
	SIN DOLOR	SI:1 No:0
VALORACION DEL DOLOR EN EL MOMENTO ACTUAL	LEVE	SI:1 No:0
	MODERADO	SI:1 No:0
	FUERTE	SI:1 No:0
	DOLOR INSOPORTABLE	SI:1 No:0

CATEGORIAS:

LOCALIZACION DEL DOLOR SEGUN REGION CORPORAL (0-51)
 INDICE DE VALORACION DEL DOLOR (PRI) (0-65)
 *SENSORIAL (0-40) BIOMECANICO (0-9)
 **VALORATIVA (0-4) INSENSUAL (0-21)
 INDICE DE INTENSIDAD DEL DOLOR EN EL MOMENTO ACTUAL = E.V.A.
 (0-3) LEVE (5-6) FUERTE (9-10) INSOPORTABLE
 (3-4) MODERADO (7-8) EXTENUANTE

VARIABLES INTERVINIENTES SOCIODEMOGRAFICAS

DIMENSIONAMIENTO DE LA VARIABLE

SEXO:

- Masculino.
- Femenino.

EDAD: En años.

TIPO DE OCUPACION POR NIVEL DE EXIGENCIA:

- Muscular.
- Intelectual.
- Manual-intelectual.

VARIABLE INTERVINIENTE DE ESTUDIO CLINICAS

DEFINICIÓN

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD: Cantidad de tiempo transcurrido desde los primeros síntomas hasta el día de la toma de los cuestionarios.

DIMENSIONAMIENTO

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD: registro en años.

RESULTADOS

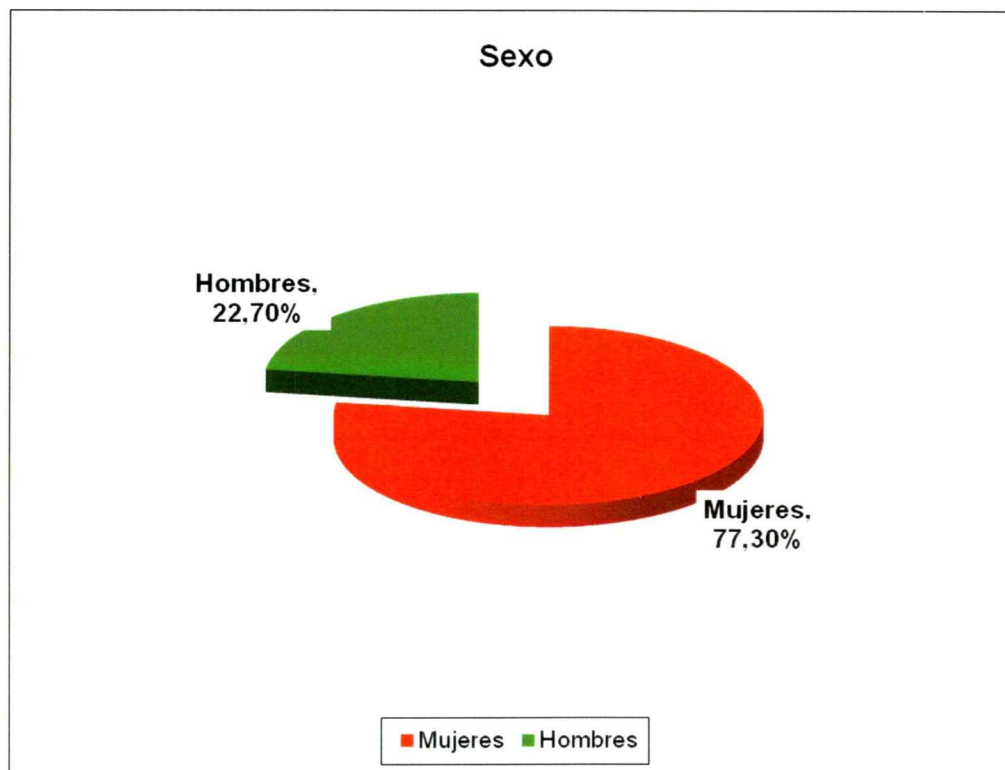
Tabla 1. Sexo de Pacientes con AR del HIGA. Mar del Plata 2012.

SEXO	N°	%
Hombres	51	77,30%
Mujeres	15	22,70%
Total	66	100,00%

Fuente: Elaboración propia

Se evaluaron 66 pacientes de ambos sexos. No obstante la mayoría de ellos fueron mujeres (77,3%). El rango de edad fue de 22 a 74 años (media=49; DE=10,28). Con respecto al tipo de ocupación, casi la totalidad de los pacientes informo realizar trabajo físico (99,5%). El resto de ellos califico a su trabajo como intelectual. En cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad el rango fue de 1 a 33 años (media=9,55; DE=8,16).

Gráfico 1. Sexo de Pacientes con AR del HIGA. Mar del Plata 2012.

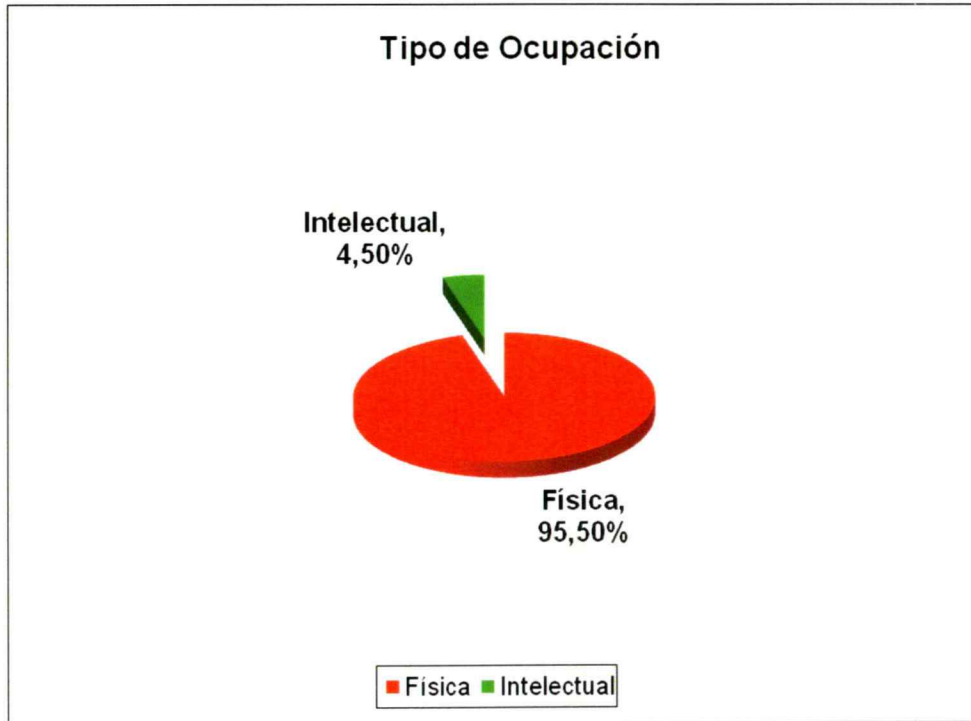


Fuente: Elaboración propia

Tabla 2. Tipo de Ocupación en Pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Tipo de Ocupación	N°	%
Física	63	95,50%
Intelectual	3	4,50%
Total	66	100,00%

Gráfico 2. Tipo de Ocupación de Pacientes con AR del HIGA. Mar del Plata 2012



Fuente: Elaboración propia

Resultados: Capacidad funcional y dolor

Tabla 3. Capacidad funcional evaluada con Cuestionario de Salud (HAQ) en Pacientes con AR del HIGA. Mar del Plata 2012.

Variables HAQ	Media	D.E	Mediana
Vestirse y arreglarse	1,21	1,01	1
Levantarse	1,14	0,91	1
Comer	1,92	0,94	2
Caminar	1,48	0,91	2
Higiene	1,05	0,98	1
Alcanzar	1,76	1,11	2
Agarrar/prensión	2,20	0,89	2
Actividades	1,94	1,01	2

Fuente: Elaboración propia

Las áreas de comer (1,92), alcanzar (1,76), agarrar/prensión (2,20) y actividades (1,94), son las que presentan mayor dificultad física auto percibida en su realización. En las áreas de vestirse y arreglarse (1,21), levantarse (1,14), caminar (1,48) e higiene (1,05) presentan alguna dificultad.

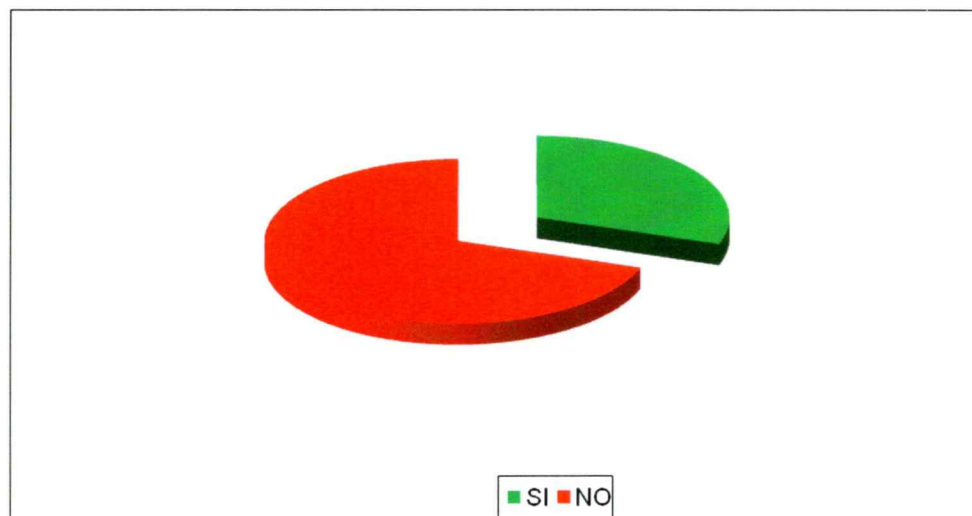
Tabla 4. Uso de ayudas técnicas evaluadas con el Cuestionario de Salud (HAQ) en pacientes con AR del HIGA. Mar del Plata 2012.

AYUDAS TÉCNICAS	N°	%
SI	20	30,30%
NO	46	69,70%
TOTAL	66	100%

Fuente: Elaboración propia

De un total de 66 pacientes, 46 (69,7 %) refieren no utilizar ayudas técnicas. 20 (30,3%) manifestaron usar ayudas técnicas.

Gráfico 3. Uso de ayudas técnicas evaluadas con el Cuestionario de Salud (HAQ) en pacientes con AR del HIGA. Mar del Plata, 2012



Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Manifestación clínica del Dolor evaluada con el Cuestionario de Dolor McGill en pacientes con AR del HIGA. Mar del Plata 2012.

Variabes Mc Gill	Media	D.E	Mediana
Temporal 1	1,85	0,40	2
Temporal 2	2,15	1,09	2
Localización 1	2,17	0,94	2
Localización 2	1,44	0,48	1
Punción	2,21	0,55	2

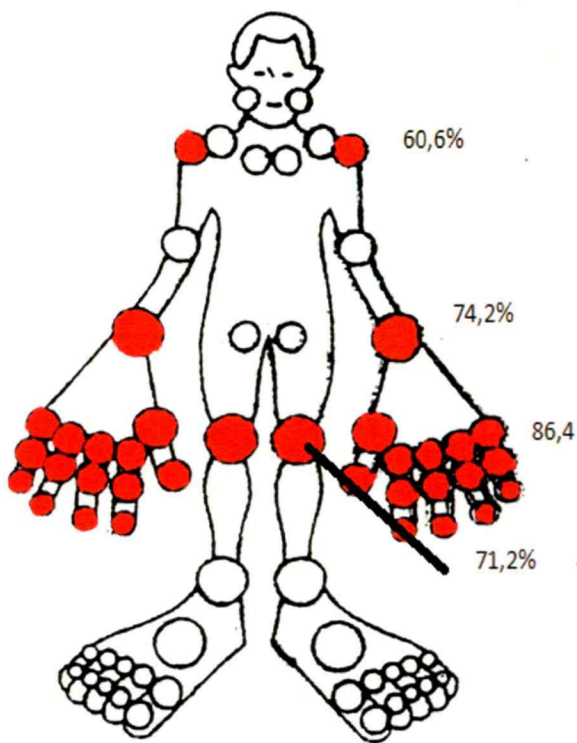
Capacidad funcional y manifestación clínica del síntoma dolor en pacientes con Artritis Reumatoidea

Incisión	0,38	1,71	0
Constricción	2,23	1,78	2
Tracción	2,05	1,60	2
Térmico 1	1,73	1,18	2
Térmico 2	0,48	0,74	0
Sensación Táctil	2,73	2,23	2
Consistencia	0,82	0,38	1
Miscelánea 1	2,20	1,43	2
Miscelánea 2	2,82	1,36	3
Miscelánea 3	1,86	1,41	2
Tensión emocional	2,98	1,70	3
Sínt. vegetativos	0,33	0,50	0
Miedo	0,59	0,89	0
Intensidad del dolor	2,48	1,26	2

Fuente: elaboración propia







En cuanto a los aspectos cualitativos del dolor, el ítem tensión emocional (2,98), miscelánea 2 (2,82) e intensidad del dolor (2,48) son los que presentan el puntaje más significativo.

Gráfico 4. Localización del dolor en la figura humana evaluado con el cuestionario del dolor McGill en pacientes con AR del HIGA. Mar del Plata 2012.



Las zonas corporales que mayor dolor presentan son: las manos (86,4%), las muñecas (74,2%), las rodillas (71,2%) y los hombros (60,6%).

Tabla 6. Estadísticos descriptivos y prueba Z de Kolmogorov-Smirnov¹ para el índice de discapacidad del cuestionario HAQ y para los sub-índices del cuestionario McGill. En pacientes con AR del HIGA. Mar del Plata 2012.

Índices	Histograma	Media	D.E	Mediana	Kolmogorov-Smirnof
Discapacidad HAQ		10,99	4,99	11,25	0,48ns
PRIsensorial		20,22	6,45	20,00	0,83 ns
PRImocional		3,90	2,22	4,00	1,11 ns
PRIVALORATIVA		2,70	0,87	3,00	1,71*
PRImiscelanea		6,87	2,52	7,00	0,77
PRItotal		36,19	10,10	10,10	0,73

Nota: * p<0,01

Fuente: Elaboración propia.

A través de la prueba Z de Kolomogorov-Smimov, que evalúa si una determinada distribución no difiere significativamente de una distribución normal hipotetizada, se

analiza el índice de discapacidad del Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ) y los sub-índices del Cuestionario del dolor McGill.

A fin de determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en los índices de PRI Sensorial, PRI Emocional, PRI Miscelánea y PRI Total y en el índice de discapacidad del HAQ de acuerdo con el género, la edad y los años de evolución de la enfermedad. Se realiza un análisis Multivariado de Co-Varianza (Mancova). El resultado arrojó diferencias significativas de acuerdo con la edad $F(5, 57) = 2,558, p < 0,05$. El Anova univariado reveló diferencias estadísticamente significativas en el índice de discapacidad HAQ.

Se realizó un análisis de diferencia de media mediante la prueba U-de Mann-Whitney, a fin de evaluar si existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, en la variable intensidad del dolor. El resultado indicó que no existen diferencias entre ambos grupos (U-de Mann-Whitney 363,000; $p < 0,005$).

Tabla 7. Correlaciones Pearson entre los Índices del Cuestionario McGill, el Índice de Discapacidad de HAQ, la edad, y los años de evolución de la enfermedad en pacientes con AR del HIGA. Mar del Plata 2012.

	PRIEMOC	PRIMISCE	PRITOTAL	Discap. Haq	Edad	Años de enfermo
PRISENSO	,235*	,491**	,924**	0,55**	0,05	-0,15
PRIEMOC		,217 *	,487**	0,37**	-0,09	0,02
PRIMISCE			,671**	0,27**	0,08	0,20
PRITOTAL				0,61**	0,03	-0,07
DiscapHaq					0,27*	-0,09
Edad						0,24

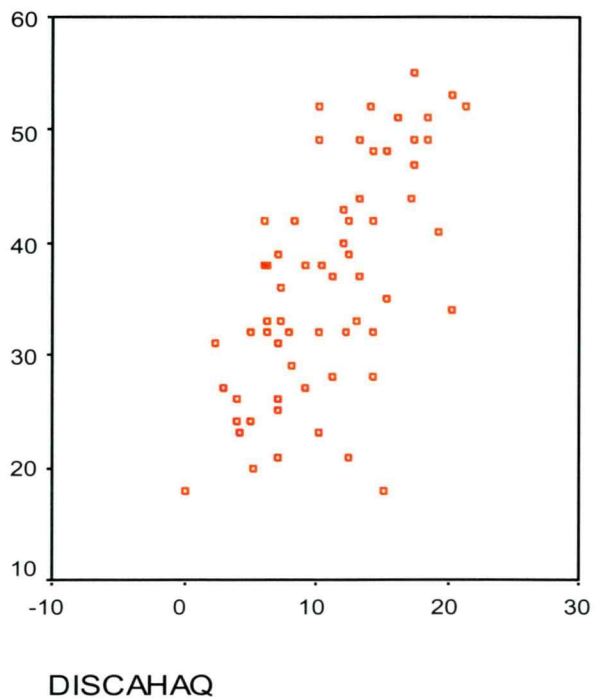
Nota: ** $p < 0,01$ (unilateral); * $p < 0,05$ (unilateral).

Fuente: Elaboración Propia.

Se realizaron correlaciones bivariadas r de Pearson, entre las variables de ambos cuestionarios, la edad, y los años de evolución de la enfermedad.

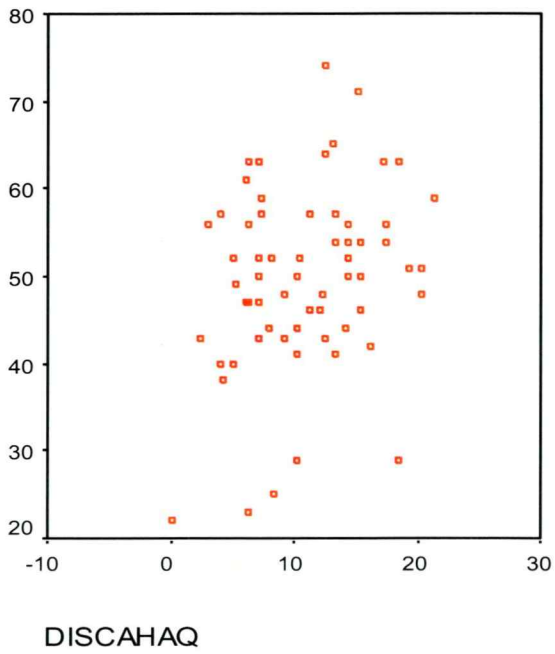
Se observaron correlaciones positivas entre el índice de discapacidad del cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ) y los índices del cuestionario McGill (0,61**). En relación a los años de evolución de la enfermedad solo correlaciono con el índice de discapacidad (-0,09). También se observo una correlación baja entre los años de evolución de la enfermedad y la variable edad (0,24*).

Gráfico 5. Correlación entre la capacidad funcional y la manifestación clínica del síntoma dolor en pacientes con AR del HIGA. Mar del Plata 2012.



Fuente: Elaboración propia

Gráfico 6. Correlación entre la capacidad funcional y el tiempo de evolución de la enfermedad en pacientes con AR del HIGA. Mar del Plata 2012.



Fuente: Elaboración propia.

CONCLUSIONES

Conclusión

A partir del análisis llevado a cabo en la presente investigación llegamos a la conclusión que pudimos cumplir con los objetivos propuestos. Respecto a las hipótesis formuladas las dos primeras fueron aceptadas, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en la tercera hipótesis del estudio.

Respecto a la muestra el 77,3 % de los pacientes evaluados fueron mujeres. El rango de edad de los mismos osciló entre los 22 y 74 años, siendo la media de 49 años. En relación al tipo de ocupación el 95,5 % de los pacientes esgrimió realizar trabajo de tipo físico.

Se pudo registrar que el tiempo de evolución de la enfermedad varió en un rango de tiempo de 1 a 33 años, siendo la media de 9,65 años.

Al conocer la capacidad funcional en las diversas actividades de la vida diaria (HAQ), se pudo establecer que las que presentaron mayor dificultad autopercibida, por los pacientes en su realización, fueron las actividades de prensión (2,20), comer (1,92), y otras actividades (1,94).

En el desempeño de las áreas evaluadas el 30,3 % de los pacientes utilizaron ayudas técnicas, reflejándose este valor en las actividades de comer y caminar.

Los aspectos cualitativos de la manifestación clínica del dolor (Mc Gill) más significativos fueron hallados en las categorías tensión emocional (2,98), miscelánea 2 (2,82) e intensidad del dolor (2,48).

El Análisis Estadístico evidenció que:

Existe una correlación positiva entre la capacidad funcional y la manifestación clínica del síntoma dolor. Por lo tanto se comprueba la Hipótesis: A mayor dolor, menor capacidad funcional (0,61**).

En cuanto a la Hipótesis: A mayor tiempo de evolución de la enfermedad menor capacidad funcional. Se pudo corroborar que existe una correlación positiva (-0,09).

A través del Análisis de diferencia de media, se obtuvo como resultado que no existen diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, en la variable intensidad del dolor, por lo tanto no se pudo corroborar la Hipótesis: Las mujeres presentan mayor intensidad del dolor que los hombres.

Es importante consignar que el número de individuos de sexo masculino, resultó escaso para establecer una comparación significativa con el número de individuos de sexo femenino que conformo la muestra.

Los resultados hallados en nuestro estudio, demostraron correlación con investigaciones previas en el orden internacional y local, corroborando de esta manera datos actuales. Una investigación llevada a cabo en la Habana, durante el 2005, relacionó la capacidad funcional con el tiempo de evolución de la enfermedad en pacientes con AR, obteniendo como resultado que el grado de discapacidad aumenta a medida que aumenta el tiempo de evolución de la enfermedad. Se encontró que tanto

hombres como mujeres evolucionan igual hacia las secuelas invalidantes.³⁶ En comparación con nuestra investigación, ambos estudios coincidieron en la hipótesis a mayor tiempo de evolución de la enfermedad menor capacidad funcional.

A nivel local, un estudio en el 2006 relacionó el dolor con la ansiedad, depresión y capacidad funcional en pacientes con AR, obtuvieron como resultado que la relación más directa y significativa con la capacidad funcional es la intensidad del dolor, comprobando la hipótesis que a mayor dolor menor capacidad funcional.³⁷

Coincidiendo con los resultados de nuestra investigación en relación a la hipótesis planteada.

Cabe destacar, que en el mismo se utilizó la Escala de Medida de Impacto Artrítico, a diferencia del presente en el que se implementó el cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ), el cual evalúa la alteración producida por la enfermedad y al mismo tiempo permite dimensionar el estado de salud general del paciente.

A través de la experiencia de campo, de los datos obtenidos, y de la información aportada por el cuerpo médico que conforma el Servicio de Reumatología del HIGA, se pudo observar que la muestra estudiada, forma parte de una población vulnerable, en relación a los recursos sociales, económicos y culturales. Siendo estas características factores de riesgo en lo que respecta a la posibilidad de cumplir el tratamiento de los pacientes. Lo que nos permite inferir, que el no poder acceder a un abordaje de

³⁶ CARRILLO MARTINEZ, CR. (2005) *Aplicación del Cuestionario de Evaluación de la Salud en pacientes con Artritis Reumatoidea*. Revista Ciencias.

Disponible:<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEklpayVlkqTZSCwFU.php>. Consultado: 19/09/2011.

³⁷ MALVESTITTI, M; MENENDEZ, A; OCTAVIO, D; (2006) *Evaluación desde Terapia Ocupacional sobre la relación del Dolor, Ansiedad y Depresión con la Capacidad Funcional de pacientes con Artritis Reumatoidea*. Universidad Nacional de Mar del Plata; Facultad de Cts. Salud y Servicio Social; Lic. en terapia Ocupacional.

tratamiento integral, podría llegar a influir negativamente en la capacidad funcional y en el dolor.

Si bien no se realizó un registro objetivo, durante la administración de los instrumentos, en el hospital, los pacientes con AR, manifestaron en reiteradas ocasiones expresiones como: “mi miedo es quedar en una silla de ruedas”, “me da vergüenza que me ayuden”, “el dolor me amarga la vida”, “tuve que dejar de trabajar y me siento inútil”. Estas palabras en algunos casos estuvieron acompañadas de angustia y llanto.

Basándonos en los conceptos teóricos y en el conocimiento empírico adquirido es que podemos definir al dolor como uno de los síntomas más discapacitantes de la enfermedad, ya que no solo afecta el área física, disminuyendo la capacidad funcional, sino que también afecta el área psicológica y social. Es probable que las emociones negativas como la ira, ansiedad y la depresión, asociada a la sintomatología propia de la patología, conlleven a una mayor disfunción en las actividades de la vida diaria. Poniendo en riesgo la interacción adecuada del paciente con el entorno, creando un círculo de dependencia y de esta manera afectando el bienestar de la persona.

El dolor es un fenómeno complejo que debe ser evaluado desde una perspectiva subjetiva y multidimensional, debido a que afecta al individuo en diferentes dimensiones: sensorial, afectivo-emocional, cognitiva y comporta mental.³⁸

A partir de los resultados obtenidos, mediante la implementación del cuestionario del Dolor de McGill, podemos destacar la importancia del aspecto afectivo-emocional, el cual determina la aparición de angustia, ira, ansiedad y depresión incrementando la

³⁸ LOPÉZ TIMONEDA. *Definición y clasificación del dolor*. Disponible: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/med/11330414/articulos/CLUR9596110049A.PDF>. Consultado: 05|08|11

sensación dolorosa desagradable.³⁹ A su vez las impredecibles series de exacerbaciones y remisiones de la actividad de la enfermedad, un pronóstico desconocido, la disminución de la capacidad funcional que produce dependencia en los cuidados personales y los retiros laborales precoces, pueden favorecer la experiencia de ansiedad y depresión, aumentando a un mas la percepción del dolor.

Si bien no se estableció como objetivo de estudio, identificar cual de los componentes del dolor afecta más a la capacidad funcional, por lo anteriormente citado es que, podemos inferir que el aspecto afectivo-emocional es el más significativo del dolor, que se correlaciona con la capacidad funcional.

A partir de la visión holística de la Terapia Ocupacional, consideramos fundamental intervenir tempranamente, llevando a cabo la evaluación del paciente, con el fin de detectar, cuantificar y describir el déficit y su influencia sobre el desempeño ocupacional, con la intención de lograr el retorno a la competencia funcional, prevenir la discapacidad y mejorar así su calidad de vida.

Este estudio aporta la utilización del Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ). El cual permite obtener una aproximación diagnóstica integral del estado de salud del paciente, permite una visión temprana de la agresividad de la enfermedad. Pudiendo ser este la base de las decisiones terapéuticas desde el inicio y durante el transcurso de la misma. Es por esto que consideramos importante la implementación de este instrumento

³⁹ REDONDO DELGADO, M; LEÓN MATEOS, L; y OTROS; (2008) *El dolor en los pacientes con artritis reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención*. Revista Clínica y Salud. Vol. 19. Madrid. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742008000300006&script=sci_arttext. Consultado: 08|09|2011

Capacidad funcional y manifestación clínica del síntoma dolor en pacientes con Artritis Reumatoidea

como válido para evaluar la capacidad funcional y poder determinar el grado de dificultad física en las diferentes áreas de la Performance ocupacional.

Teniendo en cuenta que la población estudiada presento características de vulnerabilidad social, cultural y económica, es que sugerimos la realización de estudios comparativos con poblaciones de instituciones privadas cuyas características sociodemográficas difieran de la misma.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

- ALVAREZ LARIO, B.; (2003) *El Libro de la Artritis Reumatoide*; Sexta Edición; Ed. Díaz Santos; Madrid.
- AGUDELO LUGO, L; DURAN SALINAS, F; RESTREPO, R. (2008) *Rehabilitación en Salud*. Segunda Edición; Ed. Universidad de Antioquia. Pág. 764.
- ASAPAR; (2011) *Terapia Ocupacional en Artritis*. Disponible: <http://www.siliconpc.com/asapar/terapia-ocupacional.htm>. Consultado: 24|09|2011
- BATTAGLIOTTI, C; GENTILETTI, A.; (1980) *Temas de Reumatología, Colagenopatías y Enfermedades Asociadas*; Universidad Nacional de Rosario.
- BAI, J.; (2007) *Tratamiento del dolor en artritis Reumatoidea*; Revista Dolor clínica y Terapia. Vol. Nº 3. Disponible: <http://www.intramed.net> Consultado 10/10/2011
- CARRILLO MARTINEZ, CR. (2005) *Aplicación del Cuestionario de Evaluación de la Salud en pacientes con Artritis Reumatoidea*. Revista Ciencias. Disponible:<http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEklpayVlkqTZSCwFU.php>. Consultado: 19/09/2011.
- CHAPINAL JIMÉNEZ, A. (2002) *Rehabilitación de las manos con Artritis y Artrosis en Terapia Ocupacional*; Ed. Masson. Cap. 3. Página 51
- ESPINA, M.; (2011) *Introducción y Clasificación de las Enfermedades Reumáticas. Curso de Actualización en Enfermedades Reumáticas*. Servicio de Clínica Médica del HIGA Dr. José Pena. 2011
- GARCÍA CARRASCO, M; SANMARTÍ, R; CAÑETE, JD; ALARCÓN, GS. (2000) *Avances en Artritis Reumatoide*. Barcelona. Cap. 10. Páginas 190
- GENE G HUNDER MD – ROCHESTER , MINNESOTA; (2000) *Atlas de Reumatología I*; Ed. Ap. Americana de Publicaciones S.A. Capítulo I. Pagina 1.9 – 1.29

- GONZALEZ - RENDON, C; MORENO-MONSIVAIS, M. (2007). *Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria*. Rev. Soc. Española. Disponible: <http://www.bvs.org.ar/metaiah/search.php>. Consultado: 15/09/2011.
- GONZALEZ-GAY, MA; YANKO, KC; IMAI, MJ; DE ANDRADE, MC; LLORCA, J. (2009). *Capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoidea: comparación entre pacientes Españoles y Brasileños*. Universidad Estatal del oeste de Paraná, Cascabel, Brasil. Epub. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, consultado el 12/09/2011
- HERNÁNDEZ SAMPIERI, R. y otro., (2006) *Metodología de la investigación*. México, Edit. Mc. Graw Hill, 4 Edición
- LOPÉZ TIMONEDA. *Definición y clasificación del dolor*. Disponible: <http://www.ucm.es/BUCM/revistas/med/11330414/articulos/CLUR9596110049A.PDF>. Consultado: 05|08|11
- MALVESTITTI, M; MENÉNDEZ, A; OCTAVIO, D.; (2006) *Evaluación desde Terapia Ocupacional sobre la relación de Dolor, Ansiedad y Depresión con la Capacidad Funcional de Pacientes con Artritis Reumatoidea*. Tesis de grado. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Cs. De la Salud y Servicio Social. Lic. Terapia Ocupacional.
- NEIRA, F; ORTEGA, J.; (2006) *Tratamiento del dolor en la Artritis Reumatoide fundamentado en medicina basada en la evidencia*. Rev. Sociedad Española del Dolor. Vol. 8; pág. 562- 565.
- PACHECO, D.; (2002) *Reumatología para médicos en Atención Primaria*; Ed. Producción gráfica Tangram; Chile. Páginas 13-18
- PACHECO, D. (2002) *Reumatología para médicos en Atención Primaria*; Ed. Producción gráfica Tangram; Chile. Páginas 165-171.
- PETIT DIAZ, J. (2002) *Rehabilitación en Artritis Reumatoidea*. Ed. Masson. Pág. 1-7.
- PINEDA E, ALVARADO E (2008) *Metodología de la investigación*. OPS, 3º Edición

- POLONIO LÓPEZ, B; DURANTE MOLINA, P; NOYA ARNAIZ, B.; (2003) *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional*; Primera Edición; Ed. Panamericana. Madrid Cap. 9. Página 104
- POLIT D, HUNGLER B, (2000) *Investigación científica en Ciencias de la Salud*; McGraw-Hill Interamericana; Sexta Edición; México
- RAMOS VERTIZ; (2006) *Traumatología y Ortopedia*; Segunda Edición; Buenos Aires. Páginas.199-200.
- REDONDO DELGADO, M; LEÓN MATEOS, L; y OTROS; (2008) *El dolor en los pacientes con artritis reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención*; Revista Clínica y Salud; Madrid. Vol, 19. Disponible: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742008000300006&script=sci_arttext. Consultado: 8/09/2011.
- RODRIGUEZ GIL, G.; (2011) *Artritis Reumatoidea*. Curso de Actualización en Enfermedades Reumáticas?. Servicio de Clínica Médica del HIGA Dr. José Pena.
- ROMERA, E; PERENA, M.J; RODRIGO M, D.; (2000) *Neurofisiología del dolor*; Revista. Soc. Esp. Dolor7: Supl. II. Disponible: http://revista.sedolor.es/pdf/2000_10_04.pdf. Consultado: 10|10|2
- SAAVEDRA, HC; PAIELE, CJ. *El dolor aspectos básicos y clínicos*; Ed. Mediterráneo. Cap. 1. Página 20.
- SANDERS, (2008) *Mecanismos y tratamientos del dolor en reumatología*. Editorial Masson.
- TROMBLY, C, A. (1990) *Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente*; Ed. Científicas La Prensa Media Mexicana. Pág. 483
- VILLORIA, C.; (2009) *Calidad de vida y dolor*; Fundación Grumental. Universidad de Salamanca. Disponible: <http://es.scribd.com/doc/54510734/Calidad-de-vida-y-dolor>. Consultado: 21|08|2011
- WILLIARD SPACKMAN; (2011) *Terapia Ocupacional*. Onceava Edición. Ed. Médica Panamericana. España. Unid. 15 Página 1055.

ANEXO I

CUESTIONARIOS

CUESTIONARIO A PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

INSTRUCTIVO:

El siguiente cuestionario se aplicará a pacientes con Artritis Reumatoidea teniendo por finalidad suministrar datos que nos puedan ayudar en nuestra investigación para optar a la Tesis de grado de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional. La cual tendrá por objetivo correlacionar la manifestación clínica del Dolor con la capacidad funcional en pacientes con diagnóstico médico de AR.

Confidencialidad:

Toda la información obtenida en este estudio será considerada confidencial y será usado solo a efectos de investigación. Mi identidad será mantenida en el anonimato.

Derecho a rehusar o abandonar:

Mi participación en el estudio es enteramente voluntaria y soy libre de rehusar a tomar parte o abandonar en cualquier momento.

Consentimiento:

Consiento en particular en este estudio. He recibido una copia de este impreso y he tenido la oportunidad de leerlo y/o que me lo lean.

Agradecemos su colaboración en el presente estudio ya que nos permitirá llevar a cabo nuestra investigación,

Biondelli Carina, Casañas Fernanda y Serrón Francisca.

SEXO: F M

OCUPACIÓN:

TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD:

¿Qué tipo de exigencia cree que predomina en la actividad que usted realiza? :

Intelectual..... Muscular.....

¿Hace cuánto tiempo le diagnosticaron AR?.....

CUESTIONARIO DE EVALUACION DE LA SALUD (HAQ) PARA PACIENTES CON AR QUE CONCURREN AL HOSPITAL INTERZONAL DE AGUDOS. PERÍODO MARZO-ABRIL DEL 2012.

		Durante la última semana, ¿ha sido usted capaz de.....			
		Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo
Vestirse	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 5 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 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"/>
Otras	17. abrir y cerrar los grifos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	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"/>

Señale para qué actividades necesita la ayuda de otra persona:

Vestirse, asearse..... Levantarse... Comer Caminar, pasear

Higiene personal..... Alcanzar... Abrir y cerrar cosas... Recados y tareas de casa...

Señale si utiliza alguno de estos utensilios habitualmente:

Cubiertos de mango ancho..... Bastón, muletas, andador o silla de ruedas

Asiento o barra especial para el baño Asiento alto para el retrete

Abridor para tarros previamente abiertos.....

ANEXO II

Resultados: Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ).

Tabla 1. Capacidad funcional (área vestirse) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Vestirse		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	sin dificultad	21	31,8	31,8	31,8
	con alguna dificultad	17	25,8	25,8	57,6
	con mucha dificultad	21	31,8	31,8	89,4
	incapaz de hacerlo	7	10,6	10,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Tabla 2. Capacidad funcional (área levantarse) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Levantarse		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	sin dificultad	18	27,3	27,3	27,3
	con alguna dificultad	26	39,4	39,4	66,7
	con mucha dificultad	17	25,8	25,8	92,4
	incapaz de hacerlo	5	7,6	7,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Capacidad funcional y manifestación clínica del síntoma dolor en pacientes con Artritis Reumatoidea

Tabla 3. Capacidad funcional (área comer) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Comer		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	sin dificultad	4	6,1	6,2	6,2
	con alguna dificultad	19	28,8	29,2	35,4
	con mucha dificultad	20	30,3	30,8	66,2
	incapaz de hacerlo	22	33,3	33,8	100,0
	Total	65	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,5		
Total		66	100,0		

Tabla 4. Capacidad funcional (área caminar) en pacientes con A.R del HIGA. Mar del Plata 2012.

Caminar		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	sin dificultad	11	16,7	16,7	16,7
	con alguna dificultad	20	30,3	30,3	47,0
	con mucha dificultad	27	40,9	40,9	87,9
	incapaz de hacerlo	8	12,1	12,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Tabla 5. Capacidad funcional (área higiene) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Higiene	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos sin dificultad	26	39,4	39,4	39,4
con alguna dificultad	15	22,7	22,7	62,1
con mucha dificultad	21	31,8	31,8	93,9
incapaz de hacerlo	4	6,1	6,1	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 6. Capacidad funcional (área alcanzar) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Alcanzar	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos sin dificultad	10	15,2	15,2	15,2
con alguna dificultad	20	30,3	30,3	45,5
con mucha dificultad	12	18,2	18,2	63,6
incapaz de hacerlo	24	36,4	36,4	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 7. Capacidad funcional (área prensión) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Prensión		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	sin dificultad	2	3,0	3,0	3,0
	con alguna dificultad	15	22,7	22,7	25,8
	con mucha dificultad	17	25,8	25,8	51,5
	incapaz de hacerlo	32	48,5	48,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Tabla 8. Capacidad funcional (área actividades) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Otras		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	sin dificultad	6	9,1	9,1	9,1
	con alguna dificultad	17	25,8	25,8	34,8
	con mucha dificultad	18	27,3	27,3	62,1
	incapaz de hacerlo	25	37,9	37,9	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Resultados: Cuestionario del dolor McGill.

Tabla 9. Área sensorial (Temporal 1) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata.

Temporal 1	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ninguno	1	1,5	1,5	1,5
a golpes	8	12,1	12,1	13,6
continuo	57	86,4	86,4	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 10. Área sensorial (Temporal 2) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Temporal 2	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ninguno	1	1,5	1,5	1,5
periódico	21	31,8	31,8	33,3
repetitivo	22	33,3	33,3	66,7
insistente	11	16,7	16,7	83,3
interminable	11	16,7	16,7	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 11. Área sensorial (Localización 1) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Localización 1	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos impreciso	3	4,5	4,5	4,5
bien delimitado	49	74,2	74,2	78,8
extenso	14	21,2	21,2	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 12. Área sensorial (Localización 2) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Localización 2		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ninguno	2	3,0	3,0	3,0
	repartido	33	50,0	50,0	53,0
	propagado	31	47,0	47,0	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Tabla 13. Área sensorial (Punción) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Punción		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ninguno	16	24,2	24,2	24,2
	como un pinchazo	12	18,2	18,2	42,4
	como agujas	7	10,6	10,6	53,0
	como un clavo	7	10,6	10,6	63,6
	punzante	21	31,8	31,8	95,5
	perforante	3	4,5	4,5	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Tabla 14. Área sensorial (Incisión) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Incisión		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ninguno	49	74,2	74,2	74,2
	como si cortase	9	13,6	13,6	87,9
	como una cuchilla	8	12,1	12,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Tabla 15. Área sensorial (Constricción) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Constricción		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ninguno	18	27,3	27,3	27,3
	como un pellizco	4	6,1	6,1	33,3
	como si apretara	19	28,8	28,8	62,1
	como agarrotado	5	7,6	7,6	69,7
	opresivo	10	15,2	15,2	84,8
	como si exprimiera	10	15,2	15,2	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Capacidad funcional y manifestación clínica del síntoma dolor en pacientes con Artritis Reumatoidea

Tabla 16. Área sensorial (Tracción) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Tracción		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ninguno	20	30,3	30,3	30,3
	tirantez	1	1,5	1,5	31,8
	como un tirón	18	27,3	27,3	59,1
	como si estirará	14	21,2	21,2	80,3
	como si arrancará	9	13,6	13,6	93,9
	como si desgarrara	4	6,1	6,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Tabla 17. Área sensorial (Térmico 1) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Térmico 1		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ninguno	11	16,7	16,7	16,7
	calor	16	24,2	24,2	40,9
	como si quemara	27	40,9	40,9	81,8
	abrasador	4	6,1	6,1	87,9
	como hierro candente	8	12,1	12,1	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Capacidad funcional y manifestación clínica del síntoma dolor en pacientes con Artritis Reumatoidea

Tabla 18. Área sensorial (Térmico 2) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Térmico 2		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ninguno	44	66,7	66,7	66,7
	frialdad	12	18,2	18,2	84,8
	helado	10	15,2	15,2	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Tabla 19. Área sensorial (Sensibilidad Táctil) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Sensibilidad Táctil		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ninguno	14	21,2	21,2	21,2
	como si rozará	3	4,5	4,5	25,8
	como un hormigueo	27	40,9	40,9	66,7
	como si arañará	1	1,5	1,5	68,2
	como si raspará	3	4,5	4,5	72,7
	como un picor	18	27,3	27,3	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Tabla 20. Área sensorial (Consistencia) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Consistencia		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	ninguno	12	18,2	18,2	18,2
	pesadez	54	81,8	81,8	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Tabla 21. Área miscelánea (Miscelánea 1) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Miscelánea 1	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ninguno	3	4,5	4,5	4,5
como hinchado	29	43,9	43,9	48,5
como un peso	10	15,2	15,2	63,6
como espasmos	24	36,4	36,4	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 22. Área miscelánea (Miscelánea 2) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Miscelánea 2	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ninguno	6	9,1	9,1	9,1
como latidos	8	12,1	12,1	21,2
concentrado	8	12,1	12,1	33,3
como si pasará corriente	14	21,2	21,2	54,5
calambrazos	30	45,5	45,5	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 23. Área miscelánea (Miscelánea 3) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Miscelánea 3	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ninguno	18	27,3	27,3	27,3
seco	9	13,6	13,6	40,9
como martillazos	10	15,2	15,2	56,1
agudo	22	33,3	33,3	89,4
como si fuera a explotar	7	10,6	10,6	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 24. Área emocional (Tensión Emocional) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Tensión emocional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ninguno	5	7,6	7,6	7,6
fastidioso	14	21,2	21,2	28,8
preocupante	2	3,0	3,0	31,8
angustiante	22	33,3	33,3	65,2
exasperante	2	3,0	3,0	68,2
que amarga la vida	21	31,8	31,8	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 25. Área emocional (Signos Vegetativos) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Signos vegetativos	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ninguno	45	68,2	68,2	68,2
nauseante	20	30,3	30,3	98,5
2	1	1,5	1,5	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 26. Área valorativa (Miedo) en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Miedo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos ninguno	42	63,6	63,6	63,6
que asusta	12	18,2	18,2	81,8
temible	9	13,6	13,6	95,5
aterrador	3	4,5	4,5	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 27. Intensidad del dolor en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Intensidad del dolor	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos leve, débil, ligero	13	19,7	19,7	19,7
moderado, molesto, incómodo	29	43,9	43,9	63,6
fuerte	13	19,7	19,7	83,3
extenuante, exasperante	1	1,5	1,5	84,8
insoportable	10	15,2	15,2	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Capacidad funcional y manifestación clínica del síntoma dolor en pacientes con Artritis Reumatoidea

Tabla 28. Localización del dolor en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Columna Cervical	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	42	63,6	63,6	63,6
si	24	36,4	36,4	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 29. Localización del dolor en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Columna Dorsal	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	44	66,7	66,7	66,7
si	22	33,3	33,3	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 30. Localización del dolor en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

Columna Lumbosacra	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	43	65,2	65,2	65,2
si	23	34,8	34,8	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 31. Localización del dolor en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

MSD. Hombro	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	26	39,4	39,4	39,4
si	40	60,6	60,6	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 32. Localización del dolor en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

MSI. Hombro	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	26	39,4	39,4	39,4
si	40	60,6	60,6	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 33. Localización del dolor en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

MSD. Codo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	39	59,1	59,1	59,1
si	27	40,9	40,9	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 34. Localización del dolor en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

MSI. Codo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	40	60,6	60,6	60,6
si	26	39,4	39,4	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 35. Localización del dolor en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

MSD. Muñeca	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	17	25,8	25,8	25,8
si	49	74,2	74,2	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 36. Localización del dolor en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

MSI. Muñeca	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	20	30,3	30,3	30,3
si	46	69,7	69,7	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 37. Localización del dolor en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

MSD. Mano	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	9	13,6	13,6	13,6
si	57	86,4	86,4	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 38. Localización del dolor en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

MSI. Mano	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	13	19,7	19,7	19,7
si	53	80,3	80,3	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 39. Localización del dolor en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

MID. Cadera	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	42	63,6	63,6	63,6
si	24	36,4	36,4	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 40. Localización del dolor en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

MII. Cadera	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	42	63,6	63,6	63,6
si	24	36,4	36,4	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 41. Localización del dolor en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

MII. Rodilla	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	19	28,8	28,8	28,8
si	47	71,2	71,2	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 42. Localización del dolor en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

MII. Rodilla	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	15	22,7	22,7	22,7
si	51	77,3	77,3	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Tabla 43. Localización del dolor en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

MIS. Tobillo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos no	26	39,4	39,4	39,4
si	40	60,6	60,6	100,0
Total	66	100,0	100,0	

Capacidad funcional y manifestación clínica del síntoma dolor en pacientes con Artritis Reumatoidea

44. Localización del dolor en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

MII. Tobillo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	26	39,4	40,0	40,0
	si	39	59,1	60,0	100,0
	Total	65	98,5	100,0	
Perdidos	Sistema	1	1,5		
Total		66	100,0		

Tabla 45. Localización del dolor en pacientes con A.R. del HIGA. Mar del Plata 2012.

MID. Pie		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	no	24	36,4	36,4	36,4
	si	42	63,6	63,6	100,0
	Total	66	100,0	100,0	

Fe de erratas y aclaraciones

Página 10. Introducción.

Errata: El rango de edad de la muestra fue entre veinte y setenta años de edad.

Página 65. Universo de Estudio.

Errata: Pacientes entre veinte y setenta años de edad.

Página 85. Tabla 1. Sexo de pacientes con AR del HIGA. Mar del Plata 2012.

Errata: El número de mujeres que conformo la muestra fue de 51 y el número de hombres que conformo la muestra fue de 15.

Página 99. Hipótesis: A mayor tiempo de evolución de la enfermedad, menor capacidad funcional.

Aclaraciones: Si bien se obtuvo como resultado un valor de medida de correlación estadística bajo (-0,09), fundamentamos la aceptación de la hipótesis a partir de investigaciones previas, en las cuales se plantearon como hipótesis de estudio la correlación de dichas variables, arrojando como resultado medidas de correlaciones significativamente altas, y a partir del conocimiento aportado por el cuerpo médico del Área de Reumatología del H.I.G.A.



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 - TEL/FAX: 0223-4752442.

Jurado:

Lic Xifre M^o. Julio

Lic Rumieth, Seline

Lic Alvarez Diana

Fecha de Defensa: 4-10-12

Nota: 8 (ocho)