



TÍTULO

**ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO DEL
TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DEL HÚMERO
PROXIMAL
PRÓTESIS INVERTIDA VS TRATAMIENTO CONSERVADOR
EN LAS FRACTURAS DESPLAZADAS DE 4 PARTES**

AUTORA

Natalia Medina León

Esta edición electrónica ha sido realizada en 2015

Tutor

Dr. Antonio Pablo Rosales Varo

Curso

Máster Universitario en Patología del Hombro (2014/15)

ISBN

978-84-7993-681-5

©

Natalia Medina León

©

De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía

Fecha

2015

documento



Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas

Usted es libre de:

- Copiar, distribuir y comunicar públicamente la obra.

Bajo las condiciones siguientes:

- **Reconocimiento.** Debe reconocer los créditos de la obra de la manera especificada por el autor o el licenciadador (pero no de una manera que sugiera que tiene su apoyo o apoyan el uso que hace de su obra).
 - **No comercial.** No puede utilizar esta obra para fines comerciales.
 - **Sin obras derivadas.** No se puede alterar, transformar o generar una obra derivada a partir de esta obra.
-
- *Al reutilizar o distribuir la obra, tiene que dejar bien claro los términos de la licencia de esta obra.*
 - *Alguna de estas condiciones puede no aplicarse si se obtiene el permiso del titular de los derechos de autor.*
 - *Nada en esta licencia menoscaba o restringe los derechos morales del autor.*

**Proyecto final
del**

**I MASTER
UNIVERSITARIO
PATOLOGÍA DEL HOMBRO**

Alumna.-Natalia Medina León
Coordinación.- Antonio Pablo Rosales Varo
Febrero 2015.

PROYECTO DE ESTUDIO

TÍTULO.-

ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO DEL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS DEL HUMERO PROXIMAL: PROTESIS INVERTIDA VS TRATAMIENTO CONSERVADOR EN LAS FRACTURAS DESPLAZADAS DE 4 PARTES

Introducción

La fractura proximal de humero es una de las fracturas más prevalentes en la gente de edad avanzada, siendo estas clasificadas en su mayoría como mínimamente desplazadas. Parece que hay consenso en el tratamiento conservador de las fracturas del humero proximal cuando hay poco desplazamiento obteniéndose unos aceptables niveles de función y dolor. Sin embargo, cuando la fractura está desplazada hay controversia respecto a la necesidad de hacer un tratamiento o no.

El hecho de que muchas de estas fracturas se presenten en gente de edad avanzada con un entorno osteoporótico lleva al fracaso a la mayoría de sistemas de osteosíntesis empleados, produciendo por tanto un déficit funcional importante en el paciente.

Justificación

Tradicionalmente las fracturas complejas del húmero proximal han sido tratadas mediante la sustitución protésica con hemiarthroplastia. Los resultados obtenidos con este procedimiento son descorazonadores respecto al nivel funcional final obtenido debido al alto número de fracasos de la consolidación de las tuberosidades alrededor de la prótesis. La reciente aparición de las prótesis invertidas abre un nuevo campo de estudio de su aplicación en estas fracturas ya que este diseño protésico no precisa de la consolidación de las tuberosidades para poder dotar de función a la articulación.

Objetivo

El objetivo de este estudio es evaluar el resultado funcional, el nivel de dolor y la calidad de vida de las fracturas complejas del húmero proximal al ser tratadas de una forma conservadora o quirúrgica.

H0: No existen diferencias entre los resultados del tratamiento de las fracturas complejas del húmero proximal tratadas conservadoramente o de forma quirúrgica, respecto a la función, el nivel de dolor y la percepción de la calidad de vida.

H1: Existen diferencias entre los resultados del tratamiento de las fracturas complejas del húmero proximal tratadas conservadoramente o de forma quirúrgica, respecto a la función, el nivel de dolor y la percepción de la calidad de vida.

Material y métodos

Esta investigación se desarrollará en el Hospital de Poniente de Almería, con una muestra estimada de 20 casos recogidos durante un período de un año. El seguimiento de los pacientes será de dos años.

Se trata de un estudio prospectivo randomizado (ANEXO 6) en el que se recogen pacientes con fractura desplazadas de cuatro partes del tercio proximal de húmero, que posean los criterios de inclusión; siendo introducidos en dos grupos, uno primero que sería tratado de forma conservadora y uno segundo en el que se trataría de forma quirúrgica (prótesis invertida); con una posterior pauta rehabilitadora sea operado o tratado conservadoramente; recogiendo un protocolo radiológico previo a la decisión terapéutica mediante la serie de traumatológica de AP verdadera y proyección en outlet, así como un TAC preoperatorio o antes de comenzar el tratamiento ortopédico. El estudio de radiología simple se repetirá en el postoperatorio inmediato, al mes, a los 6,12 y 24 meses de la fractura.

Se realizará un estudio de funcionalidad mediante el test de Costant y SST a los 6, 12 y 24 meses de la fractura. Un estudio de calidad de vida mediante el Euro Qol 5D a los 6, 12 y 24 meses de la fractura. Un estudio del dolor mediante la escala de EVA a las 4 semanas, a los 6, 12 y 24 meses de la fractura.

Como los trastornos del hombro no surgen de forma aislada, sino en el contexto de la salud global de la persona, mediremos la calidad de vida mediante el SST y Euro Qol 5D a los 6, 12 y 24 meses de la fractura. Un estudio del dolor mediante la escala de EVA a las 4 semanas, a los 6, 12 y 24 meses de la fractura.

Resumiendo, se realizará:

- Estudio de funcionalidad mediante test de Costant a los 6, 12 y 24 meses.
- Estudio de calidad de vida mediante el Euro Qol y SST, 6, 12 y 24 meses.
- Estudio de dolor mediante EVA, al mes y a los 6, 12 y 24 meses.
- Estudio de satisfacción mediante el EVA al mes, 6, 12 y 24 meses.

Respecto a los estudios de imagen:

- Rx (AP y outlet) y TAC previos a la decisión del tratamiento.
- Rx (AP-outlet), postoperatorio inmediato, 1,6,12 y 24 meses

Se medirá:

- Rx quirúrgica postoperatorio.- Reducción de las tuberosidades.
- Rx mes quirúrgico.- Estado de las tuberosidades
- Rx mes conservador.- consolidación o no, ángulo cabeza-diáfisis, distancia TG-apex de la cabeza.
- Rx 6 y 12 meses conservador.- consolidación o no, ángulo cabeza-diáfisis, distancia TG-apex cabeza.
- Rx 24 meses conservador.- consolidación o no, ángulo cabeza-diáfisis, distancia TG-apex cabeza, necrosis de cabeza humeral.

Anexo1.

Criterios de inclusión

Los pacientes integrantes en este estudio serán atendidos en el Servicio de Traumatología y C.O. del hospital participante. Los requisitos que deben cumplir para participar en el estudio son:

1. Fractura desplazada de 4 partes aguda (< 3 semanas)
2. Edad será igual o mayor a 65 años .
3. Traumatismo de baja energía
4. Demora de la cirugía menor de tres semanas
5. Contacto entre diafisis y cabeza humeral como mínimo de 1 cm.
6. No antecedentes de patología en hombro afecto
7. Ausencia de deterioro cognitivo importante (MMSE de Folstein con el punto de corte por pacientes geriátricos) ANEXO 3.
8. Deseo de participar en el estudio mostrado mediante consentimiento escrito.
9. Paciente independiente (no institucionalizado)

Criterios de exclusión

Se han excluido a los pacientes con alguna de estas características:

1. Pseudoartrosis
2. Fracturas de mas de tres semanas de evolucion
3. Fx patológicas
4. Refracturas
5. Fracturas abiertas
6. Fracturas ipsilaterales extremidad superior
7. Politrauma y accidente de alta energia

8. Embarazo
9. ADVP
10. Enf. sistémicas (esclerosis múltiple,....)
11. Lesión plexo
12. Déficit cognitivo severo según SPMSQ (short portable mental status questionnaire), ANEXO 3.
13. Cambio de tratamiento durante la IQ
14. Edad inferior a 65 años

El protocolo de rehabilitación que se sigue es el recomendado por la SECHC tanto para las prótesis invertidas como para las fracturas.

Aspectos éticos

Durante el estudio se seguirán las directrices nacionales e internacionales para la investigación biomédica en seres humanos (código deontológico, declaración de Helsinki).

Se seguirá la normativa legal sobre confidencialidad de los datos de pacientes, Ley Orgánica de Protección de Datos de Carácter personal de España. (ley orgánica 15/1999 de 13 de diciembre) según el órgano de control de cumplimiento de la normativa de Agencia Española de Protección de Datos (AEPD) El paciente tendrá que firmar previamente un consentimiento informado que se adjunta.

Análisis estadístico

El estudio estadístico será asesorado por el Departamento de Estadística de la Universidad de Granada.

Test que se deben cumplimentar

1. Constant (función del hombro) ANEXO 2
2. EVA (dolor)
3. estudio de satisfacción satisfacción ; EVA a los 6, 12 y 24 meses.
4. Euro Qol 5D y SST. ANEXO 3 y 5

Exploraciones complementarias

- Rx (AP – outlet) y TAC previos a la decisión de tratamiento
- Rx (AP – outlet): post-operatorio inmediato, 1 mes, 6 meses, 1 año, 2 años.

Bibliografia

1. Cazeneuve, JF, Cristofari D. Suivi radiographique de l'arthroplastie inversée Delta III en traumatologie fraîche de l'humérus proximal chez la personne âgée avec un recul de un à 14 ans. *Revue de Chirurgie Orthopédique et Traumatologique*, Volume 95, Issue 5, September 2009, Pages 404-408
2. Olerud P, Ahrengart L, Ponzer S, Saving J, Tidermark J. Hemiarthroplasty versus nonoperative treatment of displaced 4-part proximal humeral fractures in elderly patients: a randomized controlled trial. *J Shoulder Elbow Surg*. 2011 Oct;20(7):1025-33. Epub 2011 Jul 23.
3. Gallinet D, Clappaz P, Garbuio P, Tropet Y, Obert L. Three or four parts complex proximal humerus fractures: hemiarthroplasty versus reverse prosthesis: a comparative study of 40 cases. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2009 Feb;95(1):48-55. Epub 2009 Feb 6.
4. Court-Brown CM, Caesar B. Epidemiology of adult fractures: a review. *Injury* 2006;37:691-7.
5. Court-Brown CM, Garg A, McQueen MM. The epidemiology of proximal humeral fractures. *Acta Orthop Scand* 2001;72:365-71.
6. Schwartz AV, Nevitt MC, Brown BW, Kelsey JL. Increased falling as a risk factor for fracture among older women. *Am J Epidemiol* 2005;161:180-5.
7. Chu SP, Kelsey JL, Keegan THM, Sternfeld B, Prill M, Quesenberry CP, Sidney S. Risk factors for proximal humeral fracture. *Am J Epidemiol* 2004;160:360-7.
8. Palvanen M, Kannus P, Niemi S, Parkkari J. Update in the epidemiology of proximal humeral fractures. *Cin Orthop* 2006;442:87-92.
9. Johnell O, Kanis JA, Odén A, Sernbo I, Redlund-Johnell I, Petterson C, De Laet C, Jönsson B. Mortality after osteoporotic fractures. *Osteoporos Int* 2004;15:38-42.
10. Johnell O, Kanis JA, Odén A, Sernbo I, Redlund-Johnell I, Petterson C, De Laet C, Jönsson B. Fracture risk following an osteoporotic fracture. *Osteoporos Int* 2004;15:175-9.
11. Neer CS II. Displaced proximal humeral fractures. Part I. Classification and evaluation. *J Bone Joint Surg [Am]* 1970;52:1077-89.

12. Castagno AA, Shuman WP, Kilcoyne RF, Haynor DR, Morris ME, Matsen FA. Complex fractures of the proximal humerus: role of CT in the treatment. *Radiology* 1987;165:759-62.
13. Hertel R, Hempfing A, Stiehler M, Leuning M. Predictors of humeral head ischemia after intracapsular fracture of the proximal humerus. *J Shoulder Elbow Surg* 2004;13:427-33.
14. Mora JM, Sanchez A, Vila J, Cañete E, Gamez F. Proposed protocol for reading images of humeral head fractures. *Clin Orthop* 2006;448:225-33.
15. Lanting B, MacDermid J, Drosdoweck D, Faber KJ. Proximal humeral fractures: a systematic review of treatment modalities. *J Shoulder Elbow Surg* 2008;17:42-54.
16. Neer CS II. Displaced proximal humeral fractures. Part II. Treatment of three-part and four-part displacement. *J Bone Joint Surg [Am]* 1970;52:1090-1103.
17. Antuña SA, Sperling JW, Cofield RH. Shoulder hemiarthroplasty for acute fractures of the proximal humerus: a minimum five-year follow-up. *J Shoulder Elbow* 2008;17:202-9.
18. Grönhagen CM, Abbaszadegan H, Révay SA, Adolphson PY. Medium-term results after primary hemiarthroplasty for comminute proximal humerus fractures: a study of 46 patients followed up for an average of 4.4 years. *J Shoulder Elbow Surg* 2007;16:766-73.
19. Boileau P, Krishnan SG, Tinsi L, Walch G, Coste JS, Mole D. Tuberosity malposition and migration: reasons for poor outcomes after hemiarthroplasty for displaced fractures of the proximal humerus. *J Shoulder Elbow Surg* 2002;11:401-12.
20. Frankle MA, Ondrovic LE, Markee BA, Harris ML, Lee WE III. Stability of tuberosity reattachment in proximal humeral hemiarthroplasty. *J Shoulder Elbow Surg* 2002;11:413-20.
21. Bufquin T, Hersan A, Hubert L, Massin P. Reverse shoulder arthroplasty for the treatment of three- and four-part fractures of the proximal humerus in the elderly. *J Bone Joint Surg [Br]* 2007;89:516-20.
22. Reitman RD, Kerzhner E. Reverse shoulder arthroplasty as treatment for comminuted proximal humeral fractures in elderly patients. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)*. 2011 Sep;40(9):458-61.
23. Cazeneuve JF, Cristofari DJ. Long term functional outcome following reverse shoulder arthroplasty in the elderly. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2011 Oct;97(6):583-9. Epub 2011 Sep 13.

24. Lenarz C, Shishani Y, McCrum C, Nowinski RJ, Edwards TB, Gobezie R. Is **reverse** shoulder **arthroplasty** appropriate for the treatment of **fractures** in the older patient? Early observations. Clin Orthop Relat Res. 2011 Dec;469(12):3324-31.
25. Young SW, Segal BS, Turner PC, Poon PC. Comparison of functional outcomes of reverse shoulder arthroplasty versus hemiarthroplasty in the primary treatment of acute proximal humerus fracture. ANZ J Surg. 2010 Nov;80(11):789-93. doi: 10.1111/j.1445-2197.2010.05342.x.
26. Cazeneuve JF, Cristofari DJ. The reverse shoulder prosthesis in the treatment of fractures of the proximal humerus in the elderly. J Bone Joint Surg Br. 2010 Apr;92(4):535-9.

ANEXO 1.-

Base de datos:

- nº historia
- edad
- sexo
- dominancia
- lateralidad
- fecha fractura
- fecha cirugía
- abordaje
- sutura tuberosidades
- escisión supraespinoso
- glenófera (38-42)
- EVA dolor 4 semanas-6 meses- 1año-2años
- EVA satisfacción 4 semanas-6 meses- 1año-2años
- Rx quirúrgico post-op (reducción tuberosidades)
- Rx 1 mes quirúrgico (estado tuberosidades)
- Rx 1 mes conservador (consolidación o no, ángulo cabeza-diafisis, distancia TG-apex cabeza)
- Rx 6 meses-1año-2años quirúrgico (estado tuberosidades)
- Rx 6 meses-1año conservador (consolidación o no, ángulo cabeza-diafisis, distancia TG-apex cabeza)
- Rx 2 años conservador (consolidación o no, ángulo cabeza-diafisis, distancia TG-apex cabeza, necrosis cabeza humeral)
- Constant: 6 meses- 1año-2años
- EuroQol 5-D: 6 meses- 1año-2años
- Complicaciones conservador: (pseudartrosis, necesidad de tratamiento quirúrgico)
- Complicaciones quirúrgico: (infección, luxación, cirugía de revisión)

ANEXO 2.-

OUT-PATIENT CLINIC	SHOULDER UNIT				
CONSTANT SCORE					
<div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> <p>Patient's Details</p>	<p>Operation/Diagnosis: _____ Date: _____</p> <p style="text-align: right;">Side: <u> R </u> <u> L </u></p> <p>Examination: Pre-op</p> <p style="padding-left: 40px;">3 months 6months</p> <p style="padding-left: 40px;">1 year 2 years ___ years</p>				
<p>A.- Pain (/15): Average (1 + 2) <input style="width: 20px;" type="text"/> A</p> <p>1. Do you have pain in your shoulder (normal activities)?</p> <p style="padding-left: 20px;">No = 15 pts, Mild pain = 10 pts, Moderate = 5 pts, Severe or permanent = 0. _____</p> <p>2. Linear scale:</p> <p style="padding-left: 20px;">If "0" means no pain and "15" is the maximum pain you can experience, please circle where is the level of pain of your shoulder. (Points given are inverse to the scale. E.g. level 5 in the scale means 10 points)</p> <p>Level of pain: </p> <p>Points: _____</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">15 14 13 12 11 10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0</p>					
<p>B.- Activities of daily living (/20) Total (1 + 2 + 3 + 4) <input style="width: 20px;" type="text"/> B</p> <p>1. Is your occupation or daily living limited by your shoulder?</p> <p style="padding-left: 20px;">No = 4, Moderate limitation = 2, Severe limitation = 0 _____</p> <p>2. Are your leisure and recreational activities limited by your shoulder?</p> <p style="padding-left: 20px;">No = 4, Moderate limitation = 2, Severe limitation = 0 _____</p> <p>3. Is your night sleep disturbed by your shoulder?</p> <p style="padding-left: 20px;">No = 2, Sometimes = 1, Yes = 0 _____</p> <p>4. State to what level you can use your arm for painless, reasonably activities.</p> <p style="padding-left: 20px;">Waist = 2, Xiphoid (sternum) = 4, Neck = 6, Head = 8, Above head = 10 _____</p>					
<p>C.- Range of movement (leave this for the doctor or physiotherapist) (/40): Total (1 + 2 + 3 + 4) <input style="width: 20px;" type="text"/> C</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>1.- FWD Flexion: 0-30 0 pts</p> <p style="padding-left: 20px;">31-60 2 pts</p> <p style="padding-left: 20px;">61-90 4 pts</p> <p style="padding-left: 20px;">91-120 6 pts</p> <p style="padding-left: 20px;">121-150 8 pts</p> <p style="padding-left: 20px;">>150 10 pts</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>2.- Abduction: 0-30</p> <p style="padding-left: 20px;">31-60</p> <p style="padding-left: 20px;">61-90</p> <p style="padding-left: 20px;">91-120</p> <p style="padding-left: 20px;">121-150</p> <p style="padding-left: 20px;">>150</p> </td> </tr> </table> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>3.- External Rotation: _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Hand behind head & elbow forward 2</p> <p style="padding-left: 20px;">Hand behind head & elbow back 4</p> <p style="padding-left: 20px;">Hand above head & elbow forward 6</p> <p style="padding-left: 20px;">Hand above head & elbow back 8</p> <p style="padding-left: 20px;">Full elevation of arm 10</p> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <p>4.- Internal Rotation: (Dorsum hand to) _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Thigh 0</p> <p style="padding-left: 20px;">Buttock 2</p> <p style="padding-left: 20px;">SI joint 4</p> <p style="padding-left: 20px;">Waist 6</p> <p style="padding-left: 20px;">T12 8</p> <p style="padding-left: 20px;">Between shoulder blades 10</p> </td> </tr> </table>		<p>1.- FWD Flexion: 0-30 0 pts</p> <p style="padding-left: 20px;">31-60 2 pts</p> <p style="padding-left: 20px;">61-90 4 pts</p> <p style="padding-left: 20px;">91-120 6 pts</p> <p style="padding-left: 20px;">121-150 8 pts</p> <p style="padding-left: 20px;">>150 10 pts</p>	<p>2.- Abduction: 0-30</p> <p style="padding-left: 20px;">31-60</p> <p style="padding-left: 20px;">61-90</p> <p style="padding-left: 20px;">91-120</p> <p style="padding-left: 20px;">121-150</p> <p style="padding-left: 20px;">>150</p>	<p>3.- External Rotation: _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Hand behind head & elbow forward 2</p> <p style="padding-left: 20px;">Hand behind head & elbow back 4</p> <p style="padding-left: 20px;">Hand above head & elbow forward 6</p> <p style="padding-left: 20px;">Hand above head & elbow back 8</p> <p style="padding-left: 20px;">Full elevation of arm 10</p>	<p>4.- Internal Rotation: (Dorsum hand to) _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Thigh 0</p> <p style="padding-left: 20px;">Buttock 2</p> <p style="padding-left: 20px;">SI joint 4</p> <p style="padding-left: 20px;">Waist 6</p> <p style="padding-left: 20px;">T12 8</p> <p style="padding-left: 20px;">Between shoulder blades 10</p>
<p>1.- FWD Flexion: 0-30 0 pts</p> <p style="padding-left: 20px;">31-60 2 pts</p> <p style="padding-left: 20px;">61-90 4 pts</p> <p style="padding-left: 20px;">91-120 6 pts</p> <p style="padding-left: 20px;">121-150 8 pts</p> <p style="padding-left: 20px;">>150 10 pts</p>	<p>2.- Abduction: 0-30</p> <p style="padding-left: 20px;">31-60</p> <p style="padding-left: 20px;">61-90</p> <p style="padding-left: 20px;">91-120</p> <p style="padding-left: 20px;">121-150</p> <p style="padding-left: 20px;">>150</p>				
<p>3.- External Rotation: _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Hand behind head & elbow forward 2</p> <p style="padding-left: 20px;">Hand behind head & elbow back 4</p> <p style="padding-left: 20px;">Hand above head & elbow forward 6</p> <p style="padding-left: 20px;">Hand above head & elbow back 8</p> <p style="padding-left: 20px;">Full elevation of arm 10</p>	<p>4.- Internal Rotation: (Dorsum hand to) _____</p> <p style="padding-left: 20px;">Thigh 0</p> <p style="padding-left: 20px;">Buttock 2</p> <p style="padding-left: 20px;">SI joint 4</p> <p style="padding-left: 20px;">Waist 6</p> <p style="padding-left: 20px;">T12 8</p> <p style="padding-left: 20px;">Between shoulder blades 10</p>				
<p>D.- Power (/25): Points: average (kg) x 2 = <input style="width: 20px;" type="text"/> D</p> <p style="padding-left: 20px;">First pull: Second pull: Third pull: Fourth pull: Fifth pull:</p> <p style="padding-left: 20px;">Average pulls: _____</p>					
<p>TOTAL (/100): A + B + C + D <input style="width: 40px;" type="text"/></p>					

ANEXO 3.-

THE SHORT PORTABLE MENTAL STATUS QUESTIONNAIRE (SPMSQ)

Pregunta	Respuesta	Respuesta Incorrecta
1. ¿Que fecha es hoy?		
2. ¿Que día de la semana es hoy?		
3. ¿Donde estamos?		
4. ¿Cuál es tu número de teléfono?		
5. ¿Cuántos años tienes?		
6. ¿Qué día nació?		
7. ¿Quién es el presidente del gobierno?		
8. ¿Quién era el presidente anterior?		
9. ¿Cuál es el apellido de su madre?		
10. ¿Puede descontar desde 20 de tres en tres?		

PUNTUACIÓN:*

0-2 errores: función mental normal

3-4 errores: deterioro cognitivo leve

5-7 errores: deterioro cognitivo moderado

8 or mas errores: deterioro cognitivo severo

*Se permite un error más en la puntuacion si el paciente tiene una educación primaria o inferior.

*Se permite un error menos si el paciente ha tenido educacion universitaria.

Source: Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. Journal of American Geriatrics Society. 23, 433-41.

ANEXO 4.-

CUESTIONARIO DE SALUD EUROQOL-5D (EQ-5D)

Marque con una cruz la respuesta de cada apartado que mejor describa su estado de salud en el día de hoy.

MOVILIDAD:

- No tengo problemas para caminar. (1)
- Tengo algunos problemas para caminar. (2)
- Tengo que estar en la cama. (3)

CUIDADO PERSONAL:

- No tengo problemas con el cuidado personal. (1)
- Tengo algunos problemas para lavarme o vestirme. (2)
- Soy incapaz de lavarme o vestirme. (3)

ACTIVIDADES COTIDIANAS: (p.ej. trabajar, estudiar, hacer las tareas domésticas, actividades familiares o durante el tiempo libre).

- No tengo problemas para realizar mis actividades cotidianas. (1)
- Tengo algunos problemas para realizar mis actividades cotidianas. (2)
- Soy incapaz de realizar mis actividades cotidianas. (3)

DOLOR/ MALESTAR:

- No tengo dolor ni malestar. (1)
- Tengo moderado dolor o malestar. (2)
- Tengo mucho dolor o malestar. (3)

ANSIEDAD/ DEPRESIÓN:

- No estoy ansioso o deprimido. (1)
- Estoy moderadamente ansioso o deprimido. (2)
- Estoy muy ansioso o deprimido. (3)

Comparado con mi estado general de salud durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es:

- Mejor. (1)
- Igual. (2)
- Peor. (3)

CONSULTAS EXTERNAS	UNIDAD DE HOMBRO
SIMPLE SHOUDER TEST	

NHC y Nombre del Paciente

Operación/Diagnóstico**Fecha:****Lateralidad: R L****Examen:**

Pre-op

3 meses

1 año

6 meses

2 años

__ años

- | | | |
|---|----|----|
| 1. ¿Está cómodo su hombro con el brazo en reposo a su lado? | Sí | No |
| 2. ¿Le permite dormir bien su hombro? | Sí | No |
| 3. ¿Puede alcanzar la parte de su espalda con el brazo afectado para meterse la camisa? | Sí | No |
| 4. ¿Puede colocar la mano del brazo afectado detrás de su cabeza con el codo recto hacia el lado del cuerpo? | Sí | No |
| 5. ¿Puede colocar una moneda con el brazo afectado encima de un estante, al nivel del hombro, sin doblar el codo? | Sí | No |
| 6. ¿Puede alzar 1 libra (1/2 kilogramo o 1/2 litro de leche) con el brazo afectado a el nivel del hombro sin doblar el codo? | Sí | No |
| 7. ¿Puede alzar 8 libras (un galón de leche) con el brazo afectado a el nivel del hombro sin doblar el codo? | Sí | No |
| 8. ¿Puede llevar veinte libras (9 kgr) al lado con su brazo afectado? | Sí | No |
| 9. ¿Piensa que puede tirar una pelota por debajo (pe. petanca o bolos) a 20 yardas o 18 metros con el brazo afectado? | Sí | No |
| 10. ¿Piensa que puede tirar una pelota por encima de la cabeza (pe. balonmano, jabalina) a 20 yardas o 18 metros con el brazo afectado? | Sí | No |
| 11. ¿Puede lavarse la espalda del lado opuesto con el brazo afectado? | Sí | No |
| 12. ¿El hombro le permitiría trabajar tiempo completo en su trabajo actual? | Sí | No |

ANEXO 6.-

CENTRE: 3

	Num. Assign.	Data
Tractament AMB A _____ _____
Tractament AMB A _____ _____
Tractament AMB B _____ _____
Tractament AMB B _____ _____
Tractament AMB B _____ _____
Tractament AMB B _____ _____
Tractament AMB B _____ _____
Tractament AMB B _____ _____
Tractament AMB A _____ _____
Tractament AMB B _____ _____
Tractament AMB A _____ _____
Tractament AMB B _____ _____
Tractament AMB A _____ _____
Tractament AMB A _____ _____
Tractament AMB B _____ _____
Tractament AMB B _____ _____
Tractament AMB A _____ _____
Tractament AMB B _____ _____
Tractament AMB B _____ _____
Tractament AMB B _____ _____
Tractament AMB A _____ _____
Tractament AMB B _____ _____
Tractament AMB B _____ _____
Tractament AMB A _____ _____

Tractament AMB B
Tractament AMB A
Tractament AMB A
Tractament AMB A
Tractament AMB B
Tractament AMB B
Tractament AMB B
Tractament AMB A
Tractament AMB B
Tractament AMB B
Tractament AMB B
Tractament AMB A
Tractament AMB B
Tractament AMB A
Tractament AMB A
Tractament AMB B
Tractament AMB A
Tractament AMB A
Tractament AMB B
Tractament AMB B
Tractament AMB A
Tractament AMB B
Tractament AMB B

Tractament AMB A
Tractament AMB A
Tractament AMB B
Tractament AMB A
Tractament AMB A
Tractament AMB A
Tractament AMB A
Tractament AMB B
Tractament AMB B
Tractament AMB B
Tractament AMB A
Tractament AMB B
Tractament AMB A
Tractament AMB B
Tractament AMB B
Tractament AMB B
Tractament AMB A
Tractament AMB B
Tractament AMB A
Tractament AMB A
Tractament AMB A
Tractament AMB A
Tractament AMB A
Tractament AMB B