



**Universidad
Zaragoza**

Trabajo Fin de Grado

INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN CASO DE ARTRITIS REUMATOIDE

Autor: Carbonell García, Ana Isabel

Tutor: López de la Fuente, M^a José

Facultad de Ciencias de la Salud

Grado en Terapia Ocupacional

2013

RESUMEN

El siguiente trabajo consiste en una intervención desde Terapia Ocupacional (TO) en un caso de Artritis Reumatoide en un paciente con 5 años de evolución con la enfermedad. Se trabajan las Actividades Básicas de la Vida Diaria (AVD) y la funcionalidad, teniendo como propósito general proporcionarle herramientas útiles para afrontar en un futuro un brote de la mejor manera posible, a la vez que se pretende mejorar el rango articular, disminuir el dolor mediante técnicas de protección y educación gestual y adiestramiento de AVD. El recurso en el que se trabaja es el domicilio propio del paciente. La evaluación se ha realizado mediante observación directa de AVD, medición de rango articular activo, Escala Analógica Visual (EVA) y la versión española del Health Assessment Questionnaire (HAQ). Después de realizar el tratamiento mediante actividades y proceso de asesoría se consiguieron mejorar las puntuaciones de las escalas, el rango y una realización eficaz de las AVD. En conclusión, la intervención desde TO, basada en la evidencia encontrada, puede ser beneficiosa para este tipo de pacientes.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, Actividades de la Vida Diaria, Artritis Reumatoide, funcionalidad, educación articular.

Índice

1. Introducción	Págs. 3-5
2. Objetivos	Pág. 6
3. Metodología	Págs. 7-14
4. Desarrollo	Págs. 15-17
5. Conclusión	Pág. 18
Referencias bibliográficas	Págs. 19-20
Anexos	Págs. 21-29

1. INTRODUCCIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA DE SALUD

La artritis reumatoide (AR) es una forma inflamatoria de artritis y de enfermedad autoinmune. En la AR, por razones que aún se desconocen, el sistema inmunitario ataca los propios tejidos del cuerpo, especialmente el sinovial. Como resultado se produce dolor a la presión e inflamación en las articulaciones. Se caracteriza por ser simétrica y puede afectar a cartílagos, ligamentos, órganos y sistemas internos. Algunas personas desarrollan nódulos reumáticos. Otros efectos menos habituales son sequedad en la boca y en los ojos, vasculitis, pleuritis y pericarditis. Además, las personas con AR pueden tener fatiga, fiebres ocasionales y malestar general. (1)

La AR cursa con exacerbaciones y remisiones. Pueden existir periodos de menor actividad de la enfermedad entre brotes donde se intensifican los síntomas o, por el contrario, los síntomas pueden ser constantes. (2)

Las investigaciones demuestran que el daño óseo comienza en el primer y/o segundo año de tener la enfermedad. Un diagnóstico temprano y un tratamiento agresivo evitan la destrucción articular, el daño en los órganos y la discapacidad. (3)

Dentro de las opciones de tratamiento farmacológico se encuentran: las que ayudan a aliviar los síntomas y reducen la hinchazón (inflamatorios no esteroideos y corticoesteroides) y las que hacen remitir la enfermedad (fármacos especiales para la AR y agentes biológicos); todas ellas tienen efectos secundarios, entre ellos afección del sistema inmune, por ello se están realizando investigaciones en nuevos fármacos pendientes de aprobación. (1)

Es 4 veces mas común en fumadores que en no fumadores. Está fuertemente asociado con el tejido heredado tipo MHC (Complejo Mayor de Histocompatibilidad), antígeno HLA-DR4 (mas específicamente DR0401 y 0404), lo que quiere decir que los antecedentes familiares son un factor de riesgo. (4)

La incidencia anual mundial es de 8,3 casos/100000 (95% IC: 7.5, 9.2): 11.3/100,000 en mujeres (95% IC: 10.0, 12.8), y 5.2/100,000 en hombres (95% IC: 4.3, 6.3). La incidencia de AR aumenta con la edad en los dos sexos (5).

Aunque no se dispone de datos de incidencia en España, en países de nuestro entorno, como Francia, se estiman 8,8 nuevos casos por 100.000 habitantes y año. (6)

La prevalencia mundial es del 1%, afectando a las mujeres de 3 a 5 veces más que a los hombres (4) mientras que en España es del 0,5% (95% CI 0,25-0,85). La prevalencia fue 0,8 (95% CI 0.4 –1.1) en mujeres y 0.2% (<0.5) en hombres. (7)

1.2 JUSTIFICACIÓN DE LA INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL

Las consecuencias físicas, personales, familiares, sociales y profesionales para las personas con AR son importantes (8). El equipo multiprofesional que atiende a estas personas estará formado por un enfermero, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional (TO) y trabajador social (9) y ha demostrado ser efectivo y fundamental con nivel de Evidencia I (10).

La TO fomenta una mejor calidad de vida y persigue lograr un desempeño ocupacional satisfactorio, ayuda al paciente a desarrollar y/o recuperar habilidades importantes para mejorar la salud y el bienestar y lograr un funcionamiento independiente (11), reduce las consecuencias de la enfermedad en las actividades la de vida cotidiana, y es la base del tratamiento de la AR (8).

La TO en enfermedades reumáticas está indicada sobre todo en pacientes con enfermedad avanzada (12), se ha observado que la mejoría se mantiene en el tiempo (6).

Los TO ayudan a los pacientes a desarrollar un programa autodirigido que puede continuar en casa (2) y que incluye:

- Educación gestual y protección articular: con el objetivo de economizar al máximo las articulaciones.
- Entrenamiento, asistencia y asesoramiento: aportando recursos que le facilitan realizar con soltura y menos dolor las actividades tanto básicas (ABVD's) como instrumentales de la vida diaria (AIVD's), estimular su creatividad y adaptar el medio o las tareas para incrementar la función.
- Restaurar, fortalecer y mejorar el desempeño, facilitar el aprendizaje de aquellas destrezas y funciones esenciales para la adaptación y productividad, disminuir o corregir patologías y promover y mantener la salud.(8,13,14)

1.3 PROPÓSITO GENERAL DEL TRABAJO

El propósito general del trabajo es realizar una intervención domiciliaria desde TO a un paciente con AR (de 5 años de evolución) interviniendo en las AVD's y en la funcionalidad. Contamos con el consentimiento informado firmado del paciente. (Anexo 1)

1.4 DESCRIPCIÓN GENERAL DEL RECURSO/ENTORNO

Se escogió la modalidad domiciliaria (2) porque es el entorno real en el que después se llevarán a cabo las AVD's, adaptándonos a los materiales y espacio disponibles.

2. OBJETIVOS

2.1 GENERALES

1. Preparar al paciente para asumir un nuevo brote de la enfermedad de la mejor manera posible mediante la instrucción en la forma de realizar las AVD's, aconsejar sobre medidas de prevención de empeoramiento y trabajar la función del miembro superior aumentando así su calidad de vida.
2. Revisar la bibliografía existente respecto a la intervención de TO en AR.

2.2 ESPECÍFICOS

- 1.1 Ayudar a conseguir la máxima funcionalidad e independencia en las AVD's (14).
- 1.2 Valorar y reeducar las AVD's.
- 1.3 Entrenar habilidades motoras, de destreza y coordinación.
- 1.4 Reducir y controlar el dolor mediante educación sobre normas de protección articular y estrategias de conservación de la energía (12).

3. METODOLOGÍA

3.1 EVALUACIÓN INICIAL DEL CASO

Para la intervención se ha empleado el Marco de Trabajo siguiendo sus etapas de evaluación, intervención y resultados (15) y el modelo biomecánico. También se han revisado informes e historias clínicas.

La evaluación se ha llevado a cabo mediante:

- Observación para valorar AVD's.
- Medición de rango activo con y sin dolor.
- Escalas:
 - HAQ (Health Assessment Questionnaire): autoadministrado de 20 ítems que evalúa la discapacidad física autopercebida para realizar diversas actividades básicas de la vida diaria agrupadas en ocho áreas: vestirse y asearse, levantarse, comer, caminar y pasear, higiene personal, alcanzar, prensión y otras actividades. La guía de práctica clínica para el manejo de la AR en España la recomienda por su amplia difusión, aceptación y características métricas comprobadas. Siendo 0 no incapacidad y 3 máxima incapacidad (16) (Anexo 2). En este caso se ha realizado junto al paciente para aclarar conceptos y se ha contado con la presencia de su hija que ha proporcionado mayor información y la ha contrastado.
 - EVA (Escala Visual Analógica): permite medir la intensidad del dolor. Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en la izquierda (0) se ubica la ausencia o menor intensidad y en la derecha la mayor intensidad (10). Se pide al paciente que marque en la línea. Se considera mal control del dolor por encima de 3. (17) (Anexo 3)

Inicialmente se pretendía pasar también el Arthritis Impact Measurement Scales 2 (AIMS2) pero finalmente no se pudo porque no existía versión actual validada en español, se contactó con el responsable de su desarrollo, pero no se obtuvo respuesta.

3.2 RESULTADOS DEL PROCESO DE EVALUACIÓN INICIAL

- Descripción biográfica y clínica del caso (historia clínica, perfil ocupacional, análisis del desempeño):

F.T tiene 60 años, le diagnosticaron AR en 2008, está prejubilado debido a su enfermedad. No aprecia su invalidez de forma negativa, por lo contrario valora positivamente tener tiempo libre para dedicarlo a su familia y amigos y a sus intereses. Es aficionado a los deportes y a viajar. Actualmente se encuentra en un periodo semi-asintomático por lo que puede realizar la mayoría de las AVD's, aunque para alguna precise ayuda. Afectación articular bilateral mayor en miembro superior derecho lo que supone una dificultad añadida, al ser diestro. Tiene una jornada muy estructurada y le gustan sus ocupaciones actuales, en este momento tiene rol de amo de casa y practica aficiones como viajar, jugar con el ordenador y ver partidos de baloncesto y futbol en directo.

En cuanto a su desempeño, requiere ayuda para higiene, transferencias, alcance, pinza y movilidad. Necesitar modificar algunos de sus hábitos en ciertas AVD's ya que supone un riesgo la forma en la que lo realiza.

Sus expectativas respecto al tratamiento son mejorar en los aspectos en los que necesita ayuda (detallados en las evaluaciones), ya que le da mucha importancia a ser independiente. (Anexo 4)

Resultados de la evaluación inicial:

- HAQ: 1'75/3

- EVA: 3/10
- Observación de AVD's cualitativa:

Se observó la realización de ABVD's y AIVD's y solo se encontró dificultad en:

- Higiene: no llega a lavarse completamente el miembro inferior ni parte de la espalda. Para entrar y salir se ayuda de un asidero colocado dentro de la bañera.
- Vestirse: dificultad para ponerse y quitarse los calcetines y zapatos.
- Acostarse y levantarse de la cama: se deja caer y para incorporarse levanta las piernas y se impulsa flexionando las rodillas.

Además se creó una tabla para contrastar fácilmente los resultados y cuantificarlos al final de la intervención.

-Medición de rango articular activo con y sin dolor: hemos considerado hacer esta diferenciación ya que el paciente en algunos movimientos tiene mayor rango con dolor pero le supone un gran esfuerzo y gasto energético innecesario que afecta a la funcionalidad.

3.3 DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO

El tratamiento se llevó a cabo en el domicilio del paciente, se disponía del espacio existente y de materiales autofabricados, más familiar y real para el paciente. Las sesiones se realizaban dos veces por semana durante 10 semanas, llegando a un total de 20 sesiones. Las sesiones fueron de 45 minutos y si se trabajaba en periodos mas prolongados aparecía dolor al día siguiente.

Se han empleado distintos tipos de intervención (siguiendo el Marco de Trabajo) para conseguir los siguientes objetivos operativos:

- Reducir en 0'5 puntos la HAQ.
- Disminuir el riesgo y patrones motores nocivos en las AVD's.
- Conseguir que la EVA sea 0.
- Aumentar o mantener el rango activo sin dolor.

A) Proceso de asesoría/educación:

Se comenzó con 5 sesiones enseñando al paciente técnicas de conservación de energía y protección articular como por ejemplo no llevar peso en las manos sino sujetarlo pegado al pecho y transportar los objetos así, no realizar torsiones y preparar todo el material necesario antes de comenzar una actividad (por ejemplo hacer la comida), además se le proporcionó bibliografía para que ampliara su información acerca del tema y tomara conciencia de la importancia de estas técnicas (18). Se ha encontrado evidencia científica de que este tipo de intervención es muy eficaz y tiene que formar parte del tratamiento (8).

Se le proporcionó un calzador de calcetines para facilitarle esta actividad y porque en la mayoría de los casos necesitaba ayuda.

Después se pasó a trabajar las AVD's, dando pautas de cómo realizarlas y haciendo modificaciones cuando era necesario. (19) (Figura 1)



Fig.1 Enseñándole al paciente las técnicas para incorporarse en la cama

B) Uso terapéutico de las actividades:

Se llevaron a cabo un total de 15 sesiones.

Todas las sesiones comenzaban con estiramientos de los brazos realizando movimientos pasivos de extensión, flexión y ABD de hombros, extensión y flexión de codos y flexo-extensión de muñecas. Para prevenir la rigidez de los tejidos blandos y la deformidad articular (20). Una sola vez al día y para mantener los arcos de movimiento (21). (Figura 2)



Fig. 2 Realización de movilizaciones pasivas

La mayoría de las sesiones constaban de ejercicios diferentes durante los 45 minutos, los ejercicios fueron:

- Ejercicio con cilindros cortos y largos. El paciente debe cogerlos de donde se lo coloquemos y pasárselo por detrás de la espalda y/o detrás de la nuca y dejarlo encima de la mesa o llevarlo hasta nuestra mano que puede estar colocada en cualquier posición. El objetivo es trabajar el rango articular de hombro. También se pasaron por un lazo yendo de ABD a ADD y viceversa. (Figura 3).



Fig. 3

- Realizar aros de arcilla y, cuando estuvieron secos, pasarlos por un lazo realizando movimientos de ADD-ABD de hombro y flexo-extensión de muñeca. Además se realizaban torres con los aros para trabajar la coordinación y la pinza. (Figura 4)



Fig.4

- Ejercicios con arcilla, aplanándola, haciendo bolas, aplastándola, hacer puñados, practicando la pinza con todos los dedos, frotándola por las manos para aprovechar sus beneficios térmicos también. Ejercicios que fortalecen la musculatura extrínseca e intrínseca de la mano (22). (Figura 5)



Fig.5

- Realización del escudo de su equipo favorito, siendo así una actividad significativa. Se trabajó la motricidad fina, ya que se empleó cuchillo, palillos para dibujar sobre la arcilla mojada. (Figura 6)



Fig.6

- Trabajos con arena, pasándola de un cubo a otro con un vaso realizando movimientos de pronosupinación, introduciendo las manos y pasarla a puñados al otro cubo y buscar los aros de arcilla entre la arena para trabajar la sensibilidad (22). (Figura 7)



Fig.7

4. DESARROLLO

Se reevaluó después de las 20 sesiones de intervención. Los resultados fueron:

- HAQ: 1'5. Por lo tanto no se cumplió el objetivo ya que solo disminuyó 0'25 puntos.
- EVA: 0. Si se cumplió el objetivo inicial.
- AVD's:

AVD	TIEMPO		RIESGO		PATRONES MOTORES					
					SECUENCIACIÓN		GESTO		GASTO ENERGÉTICO	
	Inicio	fin	inicio	fin	inicio	fin	inicio	fin	inicio	fin
ACOSTARSE EN LA CAMA	15 seg	15 seg	B	B	I	I	I	I	C	C
LEVANTARSE DE LA CAMA	6 seg	6 seg	A	A	I	I	I	I	I	I
HIGIENE	12 min	16 min	B	B	I	C	C	C	C	C
VESTIDO	17 min	20 min	B	N	C	C	I	C	I	C

Leyenda:

Tiempo: contado en minutos y segundos.

Riesgo: N (ninguno), B (bajo), A (alto).

Patrones motores: C (correcto), I (incorrecto).

En cuanto a acostarse y levantarse de la cama, no se consiguieron los objetivos a pesar de enseñar al paciente una nueva técnica. Se le instruyó en la forma de hacerlo correctamente, se practicó pero el paciente decidió al

final continuar con su hábito anterior porque tardaba menos tiempo, aunque después necesitará tiempo para recuperarse del esfuerzo.

En higiene se aumentó el tiempo pero se consiguió una mejora de la secuenciación.

En vestido, de igual forma se aumentó el tiempo porque en las nuevas técnicas de calzado hay que invertir más tiempo pero se consigue que no haya riesgos y que el gesto y el gasto energético sean correctos.

- Medición de rango articular activo con y sin dolor:

ARTICULACIÓN	MOVIMIENTO	CON DOLOR		SIN DOLOR	
		DERECHO	IZQUIERDO	DERECHO	IZQUIERDO
		Inicio/fin	Inicio/fin	Inicio/fin	Inicio/fin
Hombro	F	165º/170º	180º/180º	130º/152º	170º/175º
	E	60º/60º	60º/60º	55º/55º	60º/60º
	ABD	170º/170º	170º/170º	155º/164º	170º/170º
	ADD	-	-	-	-
	ADD.H	123º/123º	130º/130º	115º/115º	130º/130º
	ABD.H	130º/130º	130º/130º	110º/120º	110º/120º
	RE	70º/70º	80º/80º	70º/70º	72º/75º
	RI	90º/90º	90º/90º	70º/75º	85º/90º
Codo	F	180º/180º	180º/180º	170º/170º	175º/175º
	E	-	-	-	-
Antebrazo	Pronación	90º/90º	90º/90º	80º/90º	80º/90º
	Supinación	90º/90º	90º/90º	75º/80º	75º/80º
Mano	F muñeca	75º/75º	80º/80º	65º/70º	70º/70º
	E muñeca	65º/65º	65º/65º	45º/55º	45º/55º
	Desviación cubital	40º/40º	40º/40º	35º/40º	35º/40º
	Desviación radial	30º/35º	30º/35º	25º/30º	27º/30º
	F MCF	85º/85º	87º/87º	85º/85º	87º/87º
	E MCF	2º/2º	2º/2º	0º/0º	0º/0º
	ABD dedos	20º/20º	20º/20º	16º/16º	15º/16º
	ADD dedos	-	-	-	-
	F IF	83º/85º	85º/85º	75º/75º	75º/75º
	E IF	2º/2º	2º/2º	0º/0º	0º/0º

No se realizó una goniometría más exhaustiva (por ejemplo diferenciando entre interfalángicas) ya que el paciente no presenta deformidades en las manos.

Aunque no ha habido grandes mejorías, se han aumentado algunos rangos con dolor (al incrementar la amplitud articular) pero, lo mas importante, han mejorado muchos sin dolor gracias a los ejercicios y actividades.

La impresión general del paciente con la intervención de protección y economía articular fue muy satisfactoria refiriendo que lo considera muy importante para un nuevo brote.

En general el paciente estuvo satisfecho con la intervención, fue relevante que la actividad que mas le gustó fue la realización del escudo (se sentía satisfecho y realizado por lo que comentaba que lo había realizado él mismo y quería enmarcarlo cuando lo vio finalizado) una actividad significativa para él y la base de la TO. También valoraba positivamente los estiramientos pasivos y los ejercicios de movilidad articular.

5. CONCLUSIÓN

La revisión bibliográfica previa nos ha ayudado a dirigir la planificación de la intervención en base a los tratamientos actuales mas eficaces, basándonos en este caso en miembro superior, AVD's, protección y economía articular y educación gestual.

Se debería reevaluar al paciente cuando tenga un brote para verificar si se cumple el propósito principal del trabajo para comprobar si los aprendizajes tienen un impacto importante cuando el paciente presente mayor incapacidad funcional.

La intervención desde TO ha ayudado a mejorar los aspectos anteriormente citados y ha sido percibida como beneficiosa por parte del paciente y sus familiares.

Aunque los resultados de este trabajo deben tomarse con precaución al tratarse de un caso único, creemos que ofrece información sobre objetivos recomendables en pacientes con AR y propuestas de actividades y programación de un plan desde TO.

Agradecimientos: a la familia y al paciente por prestarse desinteresadamente a colaborar en el trabajo con total disposición y ofreciendo su domicilio para elaborar la intervención, y a la tutora de este trabajo por ayudar en la dirección del trabajo, aportando sus conocimientos e ideas como terapeuta ocupacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1) Arthritis Foundation. [Internet]. National Health Council; 2013 [consulta 20 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.arthritis.org/conditions-treatments/disease-center/rheumatoid-arthritis/>

2) Spencer, Anne. Chapter 40. Occupational Therapy: diagnostic considerations in adult and older adult practice. Section II: upper Extremity Musculoskeletal Impairments. En: Occupational Therapy. 10ª ed. Philadelphia: Lippincott Williams y Wilkins; 2003. Pág. 801 y 803.

3) National Institute of Arthritis and Musculoskeletal and Skin Diseases (NIAMS). United States [Internet]; 2013 [consulta 20 de diciembre de 2012]. Disponible en: http://www.niams.nih.gov/Health_Info/Rheumatic_Disease/default.asp

4) News-Medical.Net. [Internet]; 2013 [consulta 20 de diciembre de 2012]. Disponible en: <http://www.news-medical.net/health/Rheumatoid-Arthritis-Epidemiology.aspx>

5) Carbonell J, Cobo T, Balsa A, Descalzo MA, Carmona L. The incidence of rheumatoid arthritis in Spain: results from a nationwide primary care registry. Rheumatology [Internet] 2008[28 de diciembre de 2012]; Jul;47(7):1088-92. [Abstract] Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18511475>

6) Actualización de la Guía de Práctica Clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España (Guipcar 2011). Biblioteca de guías de práctica clínica del sistema nacional de Salud. España. Pág. 128. Disponible en: <http://portal.guiasalud.es/web/guest/gpc-sns>

7) L. Carmona, V. Villaverde, C. Hernández-García, J. Ballina,

R. Gabriel, A. Laffon and the EPISER Study Group. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. Rheumatology [Internet] 2002 [28 de diciembre de 2012];41:88-95. Disponible en:

<http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/47/7/1088.full>

8) Steultjens EMJ, Dekker J, Bouter LM, van Schaardenburg D, van Kuyk MAH, van den Ende CHM. Terapia ocupacional para la artritis reumatoide (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de The Cochrane Library, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

9) Judy R. Feinberg, Kenneth D. Brandt. Allied Health Team Management of Rheumatoid Arthritis Patients (health care delivery, occupational therapy practice, patient care team). [(Am. J.Occup.Ther)].1984; 38 (9): 1.

- 10) F. Neira, J. L. Ortega. Tratamiento del dolor en la artritis reumatoide fundamentado en medicina basada en la evidencia. [(Rev. Soc. Esp. Dolor)].2006: 8: 3.
- 11) Ricardo Moreno Rodríguez. Análisis de los efectos de la intervención desde terapia ocupacional sobre la percepción del dolor crónico y la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide.[Tesis doctoral]. Madrid Universidad Rey Juan Carlos; 2012. Pag83
- 12) Batlle Gualda. E. capitulo 5: evaluación de la capacidad funcional y calidad de vida. En: Cañete Crespillo, Juan. D. Manual Ser de las enfermedades reumáticas. 5ª ed. Madrid: Editorial Medica Panamericana; 2008.173-174.
- 13) AEPROSER (Agrupación Española de Profesionales de la Salud para el estudio de las Enfermedades Reumáticas). La terapia ocupacional en reumatología. [PDF]
- 14) Diaz Petit. J. Introducción. En: rehabilitación en la artritis reumatoide. Barcelona: Masson; 2002. Pág. 5 y 197
- 15) Marco de trabajo para la práctica de Terapia Ocupacional: Dominio y Proceso [American Occupational Therapy Association] 2ªed. Madrid: Asociación Profesional Española de Terapeutas Ocupacionales],2010.
- 16) Sociedad Española de Reumatología (SER). España [Internet]. Madrid; 2013[consulta el 16 de enero de 2013]. Disponible en: http://www.ser.es/practicaClinica/GUIPCAR_2007/Evaluacion/Menu4_Evaluacion_AR_IV1.php
- 17) Guías de Práctica Clínica del Sistema Nacional de Salud. Anexo 2. Escalas. [Pdf]. Disponible en:http://www.guiasalud.es/egpc/cuidadospaliativos/completa/documentos/anexos/Anexo2_Escalas.pdf
- 18) Courtillon a., fourastier j., Noël d. et perdriger a. – Polyarthrite rhumatoïde de l'adulte. Rééducation fonctionnelle et stratégie de réadaptation. [Encycl. Méd. Chir]. 1993: 26 (290). 8-11.
- 19) Asociación Madrileña de Pacientes con Artritis Reumatoide (AMAPAR). Guía de Terapia Ocupacional para personas con artritis reumatoide. 50 actividades de la vida diario. Madrid. 43-145.
- 20) Ángel Sánchez Cabeza, José Luis Arana-Echevarría Morales. Bases científicas para el diseño de un programa de ejercicios para la mano del paciente con artritis reumatoide. Madrid. 2010. 5-7.
- 21) Luz Helena Lugo a., Jesús Alberto Arbelaez., Kelly Payares Alvarez, Luis Alberto Ramêrez Gîmez. Rehabilitación en artritis reumatoidea. Guías de práctica clínica basadas en la evidencia.ASCOFAME. Seguro Social Salud. 22
- 22) Chapinal Jimenez, Alicia. Capitulo 2: utilización de medios auxiliares de tratamiento. En: rehabilitación de las manos con artritis y artrosis en Terapia Ocupacional. Barcelona: Masson; 2005. 32-35.

ANEXOS
Anexo 1

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

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

El presente Trabajo de Fin de Grado es conducida por ANA ISABEL CARBONELL GARCÍA, de la Universidad de Zaragoza. Facultad de las Ciencias de la Salud. La meta de este Trabajo de Fin de Grado es LLEVAR A CABO UN PLAN DE INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN PACIENTE CON ARTRITIR REUMATOIDE.

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

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

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

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por ANA ISABEL CARBONELL GARCÍA. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es LLEVAR A CABO UN PLAN DE INTERVENCIÓN DESDE TERAPIA OCUPACIONAL EN UN PACIENTE CON ARTRITIR REUMATOIDE.

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

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

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

Nombre del Participante
(en letras de imprenta)

FERNANDO

Firma del Participante

Fecha

12-12-2018

Anexo 2

Versión Española del Health Assessment Questionnaire (HAQ)

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

	Durante la <u>última semana</u> , ¿ha sido usted capaz de...	Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo	
Vestirse y asearse	1) Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2) Enjabonarse la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Levantarse	3) Levantarse de una silla sin brazos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	4) Acostarse y levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comer	5) Cortar un filete de carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	6) Abrir un cartón de leche nuevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7) Servirse la bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 0.000
Caminar	8) Caminar fuera de casa por un terreno llano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 0.125
	9) Subir cinco escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 0.250
Higiene	10) Lavarse y secarse todo el cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 0.375
	11) Sentarse y levantarse del retrete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 0.500
	12) Ducharse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 0.625
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"/>	6 0.750
	14) Agacharse y recoger ropa del suelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 0.875
Prensión	15) Abrir la puerta de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 1.000
	16) Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 1.125
	17) Abrir y cerrar los grifos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 1.250
Otras	18) Hacer los recados y las compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 1.375
	19) Entrar y salir de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 1.500
	20) Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	13 1.625
						14 1.750
						15 1.875
						16 2.000
						17 2.125
						18 2.250
						19 2.375
						20 2.500

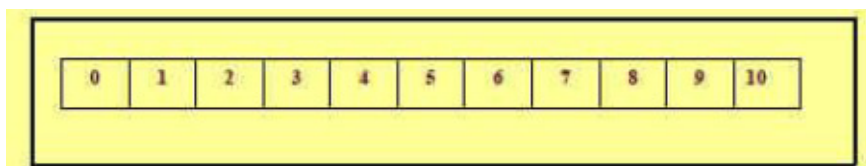
Señale para qué actividades necesita la ayuda de otra persona:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> .. Vestirse, asearse | <input type="checkbox"/> .. Caminar, pasear | <input type="checkbox"/> .. Abrir y cerrar cosas (prensión) |
| <input type="checkbox"/> .. Levantarse | <input type="checkbox"/> .. Higiene personal | <input type="checkbox"/> .. Recados y tareas de casa |
| <input type="checkbox"/> .. Comer | <input type="checkbox"/> .. Alcanzar | |

Señale si utiliza alguno de estos utensilios habitualmente:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> .. Cubiertos de mango ancho | <input type="checkbox"/> .. Abridor para tarros previamente abiertos |
| <input type="checkbox"/> .. Bastón, muletas, andador o silla de ruedas | |
| <input type="checkbox"/> .. Asiento o barra especial para el baño | |
| <input type="checkbox"/> .. Asiento alto para el retrete | |

Anexo 3



Anexo 4

ENTREVISTA INICIAL: PERFIL OCUPACIONAL-ANÁLISIS DEL DESEMPEÑO OCUPACIONAL

- 1. ¿Quién es el paciente? Averiguar su historia de vida que incluye preguntas a cerca de su vida personal y laboral pasada y presente.**

Fernando tiene 60 años, vive en Zaragoza tiene una hija y está casado. Tiene sobrepeso y es fumador. Vive en el mismo edificio que sus suegros y todos los días los visitan. Le gustan los deportes es socio del Zaragoza y del Cai. Tiene un apartamento en Salou y casa en un pueblo el cual visita frecuentemente en verano y fines de semana esporádicos, al igual que la playa.

Estudió hasta los 14 años(EGB) y al terminar entró a trabajar como aprendiz en una empresa de maquinaria agrícola en una oficina en la que estuvo 1 año, después trabajó en una peluquería de señoras, también de aprendiz, 4 años interrumpidos por la mili y luego siguió un par de años mas, después entró a trabajar a otra peluquería durante 3 años cobrando y luego se estableció como peluquero independiente montando una peluquería en su propiedad, allí a los 5 años tuvo un problema de visión en el ojo izquierdo (sangrado interior de ojo) fue al oculista, le dieron tratamiento antiinflamatorio y tuvo que estar en la cama un mes con los ojos cerrados, mientras

tenía 2 personas trabajando en su peluquería, le pasó más de una vez y cada vez transcurría igual. Después fue a un oculista privado y resultó ser alergia a los productos de peluquería. A consecuencia de esta enfermedad al cabo de 2 o 3 años (alternando bajas con trabajo) cerró la peluquería. Se casó en este periodo. Entonces se puso a trabajar en una peluquería de caballeros ya que no usaban productos que le producían alergia en la que estuvo 2 años. Le gustaba más peinar a las mujeres porque se entretenía más.

Después de todo esto, su último trabajo fue en la General Motors en el año 1981 trabajando de carretillero, en el 84-85 se dieron los primeros síntomas de la enfermedad de artritis.

Mientras trabajaba en la General Motors se sacó el título de entrenador nacional de fútbol sala y estuvo entrenando a varios equipos en Zaragoza de todas las edades. Estuvo haciéndolo durante 15 años.

Actualmente es amo de casa, se encarga de las cosas del hogar.

A raíz de la enfermedad cuenta que ha empeorado su carácter por los dolores y la incomodidad aunque es consciente de ello y quiere remediarlo.

2. ¿Por qué se le va a dar el servicio de Terapia ocupacional? Información a cerca de su enfermedad y de su historia clínica.

Además de su problema principal que es la artritis tiene una hernia discal, pérdida de audición en el oído izquierdo debido a la deformación de los huesos del oído por la artritis (ha llevado audífono pero se lo quitó porque le producía dolores de oído), tiene pérdida de visión por lo que lleva gafas. Refiere que tiene déficit de atención y memoria (deterioro cognitivo leve), problemas de sensibilidad en la cara (por ejemplo no percibe si tiene restos de comida alrededor de la boca cuando come), tiene tensión alta, el calor le sienta peor, su madre tenía artrosis.

Los primeros síntomas de artritis se dieron en el 84-85, era un dolor agudo en el hombro izquierdo trabajando que le impedía mover el

brazo, fue al médico de la empresa y le recetaron hielo y una inyección, al día siguiente no le dolía. A los 3 o 4 días se le bloqueó una muñeca sin dolor (no podía hacer el movimiento de flexo-extensión) que le duró otros 3 o 4 días hasta desaparecer, pasaban los días y los dolores transcurrieron a la otra muñeca y así pasaron 2 o 3 años con dolores intermitentes por todo el cuerpo. Hasta que se le produjo otro dolor muy grave en el hombro que le impedía moverlo, en ese momento estaba de vacaciones. Se le pasaba a otras partes del cuerpo, casi siempre en el hemicuerpo izquierdo, en el pueblo (que es donde estaba de vacaciones) fue a visitar a un médico conocido y le dijo que creía que era artritis reumatoide y le derivó a su médico de cabecera para cuando volviera a Zaragoza recetándole una aspirina diaria como tratamiento. El médico de la seguridad social le derivó al reumatólogo del clínico, le hicieron pruebas y le diagnosticaron artritis reumatoide, le pusieron tratamiento que fue variando y que le iba bien (cortisona, antiinflamatorios). Al tomar mucha cantidad de cortisona le produjo problema de pancreatitis por el cual le hospitalizaron 2 veces en el clínico y entonces le dijeron que tenía que dejar de tomar cortisona, al dejarla la enfermedad fue a peor (le dolía todo el cuerpo y no por segmentos), en esta fase fue a la empresa para ver como se conseguía la invalidez porque no podía realizar su trabajo correctamente, fue la trabajadora social quien le remitió a un médico de la empresa especializado en invalideces. Después de muchas pruebas le remitieron a un psicólogo que dictaminó que le estaba empezando a afectar psicológicamente en su vida familiar también. Le dieron la baja temporal.

Al cabo de 1 año de estar de baja le llamó el inspector de la seguridad social y a los 15 días le reclamaron para pasar el tribunal de valoración de dependencia. Mas o menos un mes mas tarde le llamaron para decirle que le concedían la invalidez en el grado de total, recurrió para solicitar la absoluta, entonces fue a un abogado y se la concedieron sin necesidad de ir a juicio (el solicitar la absoluta fue motivado porque si no se podía tomar la cortisona no estaba capacitado para trabajar).

Han pasado 4 años de esto desde la actualidad (2008). Actualmente está jubilado por enfermedad (se jubiló con 56 años) y lleva un tratamiento biológico a través de inyecciones con muchas contraindicaciones, al principio le fue muy mal pero desde hace un año no tiene dolores y también sigue tomando pastillas de cortisona (en menor concentración que antes).

A consecuencia de todo el tratamiento tiene problemas de erección y fue al urólogo.

Uno de los dolores más intensos es el de las mandíbulas en los brotes que le produce no poder comer.

3. ¿Cuales son sus preocupaciones actuales a cerca de su participación en sus ocupaciones y en las AVD?

Actualmente no tiene dolores y realiza todas las AVD satisfactoriamente aunque alguna con alguna ayuda técnica como el uso de calzador para ponerse los zapatos.

Se dedica a hacer la compra, cocinar, lavar la vajilla. Le ayuda su hija que está la mayor parte del tiempo en casa.

Bañarse lo hace solo actualmente, vestirse también.

Se cambió de coche porque no podía girar el volante, ahora tiene un coche de marchas automáticas porque a veces no podía cambiar de marchas y porque no podía pisar el embrague con el pie izquierdo.

Usa una máquina para liarse los cigarros.

4. ¿Cuáles son las áreas de ocupación exitosas y cuales no o se realizan con riesgos?

Llevar peso le produce inflamación y que se le produzcan pequeños derrames en las venas de las manos. A veces ha ido a comprar y no ha podido llegar a casa y ha tenido que llamar a su hija para que le fuera a buscar.

Actualmente puede realizar todas las AVD satisfactoriamente.

No puede abrocharse los zapatos de cordones y se tiene que comprar más grandes de su talla por la inflamación de los pies y que sean de velcro.

A veces no puede llevar reloj ni anillos por la inflamación de las muñecas y las manos. Cuando le ocurre esto no puede abrocharse los botones.

Le gustaba darse baños pero desde que empezó a tener problemas no se atreve a tumbarse en la bañera por miedo a no poder movilizarse ni incorporarse, ahora se ducha para lo que no necesita ayuda (únicamente no llega a lavarse la espalda ni los pies correctamente).

Subir y bajar escaleras y cuestas le cansa, se cayó en el campo de fútbol por las escaleras y ha tenido más de una caída en cuestas.

5. ¿Qué contextos o entornos cercanos al paciente apoyan o limitan la participación en las ocupaciones deseadas por él? Investigar a cerca del domicilio.

Los lugares que hay que andar mucho, esperar de pie y/o subir/bajar escaleras y cuestas le cansan o no puede llevarlo a cabo. Por ejemplo no puede hacer viajes programados porque necesita su tiempo de descanso contra la fatiga y el dolor y le gustaría poder realizarlos.

Vive en un 5º piso con ascensor, la entrada a su edificio tiene dos puertas, una con un gran escalón pero hay otra a ras de suelo que le permite acceder con facilidad. Su casa se compone de una cocina con terraza, salón con terraza, un baño y dos dormitorios. No tiene desniveles, columnas ni cualquier otro elemento que impida su accesibilidad.

En el baño, dentro de la bañera tiene un asidero para ducharse con facilidad y sentirse mas seguro, refiere que en los periodos de brote no puede o necesita la ayuda de alguien para acceder a la bañera.

6. ¿Cuál es su historial ocupacional? Esto incluye experiencias personales, valores, intereses, investigar a cerca de cómo

desempeñaba antes de su enfermedad las ocupaciones y las AVD y la importancia y prioridad que le da a éstas.

Le gusta ser independiente y que no le hagan las AVD, su prioridad es el autocuidado, antes (en los momentos de brote) no podía usar cuchara porque se le caía la sopa. No dormía bien por las noches por sus dolores. Invierte gran parte de su tiempo en usar el ordenador para jugar al poker, hablar con amigos, jugar a otros juegos de cartas, hacer collages y montajes fotográficos. Le gusta ir de compras, queda con los amigos para echar la quiniela.

Va a andar todos los días aproximadamente una hora, ahora que se encuentra bien. Le gusta salir con sus amigos, su mujer y su familia.

Va al pueblo y a la playa, se encuentra mucho mejor en el pueblo por el clima. Prefiere que la gente vaya a su casa en vez de ir a sitios ruidosos y con multitud.

Va al baloncesto con su familia y al fútbol con un amigo. Antes quedaba a jugar al guiñote.

Le corta el pelo a sus suegros con maquinilla y tijeras cuando no tiene problemas para usarlas.

Le da mucha importancia a su problema con la sexualidad.

7. ¿Cuáles son las prioridades del paciente en cuanto a objetivos de rehabilitación y que pretende conseguir después del tratamiento?

Mejorar la calidad de vida, mantener y mejorar su estado actual.

Le gustaría cortarse las uñas de los pies y las manos con precisión. Refiere que no llega a alcanzar todo lo que el querría por eso otro objetivo será aumentar el rango articular.

Alguna actividad del vestido y desvestido le gustaría hacerla con mayor facilidad.

Le gustaría poder hacerse los cigarros de liar sin necesidad de usar la máquina, es decir habilidad manual, coordinación y pinza.