

EVALUACIÓN DEL MENOSCABO POR **ARTROSIS**



CURSOS DE FORMACIÓN. UNIÓN PERICIAL SANITARIA S. L.

Araceli López-Guillen García
Araceli.lgg@gmail.com

EVALUACION DEL MENOSCABO POR ARTROSIS

BLOQUE 1: INTRODUCCIÓN

1. Introducción.	2
1.1 Causas y factores de riesgo.	3
1.2 Clínica.	3
2. Diagnóstico.	4
3. Tratamiento.	4
3.1 Efectos secundarios del tratamiento farmacológico de la Artrosis.	5
3.2 Tratamiento quirúrgico de la Artrosis.	5
4. Pronóstico de la Artrosis.	6

BLOQUE 2: PROTOCOLOS

2.1. Aspectos Personales.	7
2.2. Aspectos clínicos y terapéuticos.	7
2.2.1. Cuestionario womac-dolor (apartado a).	8
2.2.2. Cuestionario womac- rigidez (apartado b).	8
2.2.3. Cuestionario womac- capacidad funcional. (apartado c).	9
2.2.4. Valoración radiológica de la artrosis. Clasificación Kellgren y Laurence.	11
2.2.5. Aspectos terapéuticos.	12
2.2.6. Comorbilidades asociadas.	12
2.3. Aspectos laborales.	13
2.4. Aspectos sociales-calidad de vida.	14

BLOQUE 3: CASOS PRÁCTICOS

CASO 1	16
CASO 2	18

BLOQUE 1: INTRODUCCIÓN

EVALUACION DEL MENOSCABO POR ARTROSIS

1. INTRODUCCIÓN:

La artrosis es una enfermedad de las articulaciones que afecta a la movilidad y a la calidad de vida de quien la sufre. Aunque su aparición se asocia fundamentalmente con el envejecimiento también puede manifestarse en edades más tempranas. A pesar de que parezca contraproducente, la movilidad y el ejercicio son el mejor tratamiento para la artrosis.

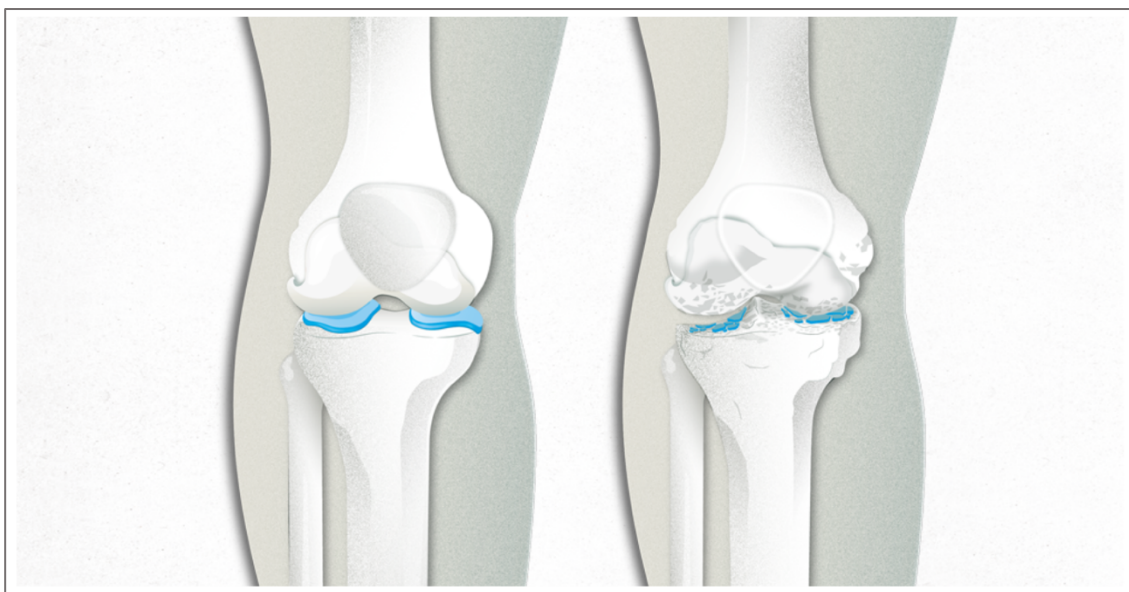
La artrosis afecta a las articulaciones y que provoca dolor articular, rigidez y disminución de la movilidad de manera lenta y progresiva. Produce el desgaste del cartílago que recubre las articulaciones debido a una compleja interacción de factores biomecánicos, genéticos y bioquímicos que además afectan al hueso y a la membrana que recubre la articulación.

La *artrosis* es la degradación progresiva del cartílago articular. Primero se vuelve frágil y quebradizo, después se adelgaza y, por último, desaparece y deja el hueso al descubierto.

A medida que el cartílago desaparece, el hueso se vuelve más denso, amplía su base de sustentación y crece por los extremos en forma de "pico de loro", los llamados osteofitos visibles en las radiografías.

La destrucción del cartílago también implica que las partículas desprendidas provoquen una inflamación en la membrana que recubre las articulaciones (membrana sinovial), que provoca dolor, hinchazón e impotencia funcional, y acelera la destrucción de la articulación.

Aunque la artrosis es un proceso generalizado que compromete a todas las estructuras que componen la articulación, el cartílago articular es el principal protagonista de esta patología.



1.1 CAUSAS Y FACTORES DE RIESGO.

Aunque la causa última de la artrosis es desconocida, existen una serie de factores que se relacionan de manera directa con el deterioro progresivo de la articulación:

- Edad. El desgaste por el uso de las articulaciones aumenta a medida que se envejece.
- Obesidad. El aumento del peso corporal es un factor importante en el desarrollo de la artrosis, especialmente en la columna lumbar, las caderas y las rodillas. A mayor peso, mayor sobrecarga de estas estructuras y mayor desgaste.
- Lesión o uso excesivo. Los atletas y las personas con trabajos que requieren hacer movimientos repetitivos, tienen un mayor riesgo de desarrollar artrosis. Es lo que les ocurre a los profesionales del fútbol que padecen de artrosis de rodilla, o los manipuladores de martillo neumático, de artrosis de codo y muñeca.
- Genética. Juega un papel en el desarrollo de la artrosis, especialmente en las manos, donde la sobrecarga mecánica no es tan evidente como en otras estructuras como las rodillas. Esto se manifiesta de muchas maneras. Las alteraciones hereditarias afectan la forma o la estabilidad de las articulaciones y pueden llevar al desarrollo de la artrosis. Así, las personas con rodillas en aro o en paréntesis, tienen más posibilidades de desarrollar una artrosis de rodilla, por el reparto anómalo de la carga sobre la articulación.
- Actividad física. Los estudios realizados de rodilla muestran que los ejercicios de fortalecimiento de los músculos del muslo (especialmente cuádriceps y musculatura isquiotibial) son importantes para reducir el riesgo de artrosis de rodilla.
- Otras enfermedades. Cualquier enfermedad que altere las articulaciones como la artritis, puede dañar el cartílago de manera precoz y producir una artrosis en la articulación de manera temprana.

1.2 CLÍNICA

- Dolor. Es el síntoma principal de la artrosis, denominado mecánico porque mejora o incluso desaparece en reposo y empeora con el ejercicio físico o los movimientos.
- Deformidad. En los casos avanzados puede aparecer deformidad y alteración en la alineación de las articulaciones.
- Inflamación y cúmulo de líquido sinovial. Aproximadamente, un tercio de los pacientes presenta episodios de hinchazón y cúmulo de líquido sinovial dentro de la articulación, que se denomina derrame articular. Esto es especialmente frecuente en la rodilla. El líquido articular de la artrosis tiene pocas células y es transparente y viscoso.
- Atrofia de los músculos contiguos. En casos avanzados se produce atrofia de los músculos contiguos, que contribuye a la inestabilidad de la articulación. En estas fases se pueden presentar diferentes grados de deformidad articular con una limitación de la movilidad y una pérdida progresiva de la función de la articulación.

2. DIAGNÓSTICO:

- Historia clínica y exploración física. La exploración física sirve para detectar la presencia de dolor al movilizar la articulación y, en ocasiones, cierto grado de inflamación (tumefacción) y derrame articular. En fases avanzadas, la articulación está deformada y presenta ruidos articulares (crepitaciones) cuando se moviliza.
- Datos de laboratorio. La artrosis habitualmente no produce alteraciones en los análisis de sangre. No obstante, en ocasiones, pueden ser de utilidad para excluir otros

procesos reumáticos. El líquido articular es de características fundamentalmente mecánicas, es decir, casi transparente y sin presencia de células.

- Radiografía. La utilización de la radiografía es imprescindible para confirmar el diagnóstico. Los signos radiológicos de la artrosis son muy característicos: crecimiento del hueso que sobresale de la articulación (osteofitos); disminución del espacio articular y un aumento de densidad (esclerosis) del hueso adyacente.
- Pruebas complementarias. En raras ocasiones, es preciso realizar otras exploraciones complementarias como una ecografía o resonancia magnética, etc. Cuando se utilizan, habitualmente, es para descartar otras causas de afectación de la articulación, como la artritis o las infecciones.

3. TRATAMIENTO:

El principal objetivo del tratamiento de la artrosis es mejorar el dolor y la incapacidad funcional sin provocar efectos secundarios. El primer paso es evitar todo lo que contribuye a lesionar las articulaciones como el sobrepeso, los movimientos repetitivos o el calzado. En segundo lugar, es importante practicar algún ejercicio moderado para mejorar la funcionalidad de las articulaciones. Y, por último, seguir el tratamiento farmacológico pautado para cada caso. Pese a que no existe ninguna terapia que impida la progresión de la artrosis, sí existen fármacos que alivian el dolor y la inflamación, y algunos que retrasan o enlentecen la degeneración de los cartílagos.

No existen medicamentos que curen la artrosis, pero se dispone de diversos fármacos que son útiles para controlar el dolor y mejorar la funcionalidad de los pacientes con artrosis:

- Analgésicos. Son los medicamentos más utilizados para reducir el dolor y mejorar la rigidez de la articulación. El analgésico más común es el paracetamol.
- Antiinflamatorios. Muchos de estos pacientes tienen dolor, a pesar del uso de analgésicos, y pueden ser tratados con los llamados antiinflamatorios no esteroideos (AINE), como el diclofenaco, el naproxeno, el ibuprofeno, el aceclofenaco, etc., especialmente cuando el dolor es más agudo. En los casos que no responden a analgésicos comunes o a antiinflamatorios no esteroideos, pueden utilizarse analgésicos más potentes como los opiáceos (por ejemplo, tramadol).
- Condroprotectores. En los últimos años se han comercializado unos fármacos llamados condroprotectores, que son sustancias constituyentes del cartílago articular y que pueden disminuir el dolor de la artrosis. Sin embargo, su eficacia no está aún ampliamente aceptada. Dentro de este grupo estarían la glucosamina y el condroitin sulfato. Otros fármacos como la diacereína tienen una eficacia similar.
- Terapia interarticular o infiltraciones. Muchos pacientes pueden beneficiarse de la administración dentro de la articulación de sustancias antiinflamatorias. Es la terapia interarticular o infiltraciones. En la mayoría de ocasiones se infiltran glucocorticoides, derivados de la cortisona, y más recientemente se está utilizando también el ácido hialurónico. Las infiltraciones se pueden realizar en el caso en el que el dolor no ceda con las medidas anteriores. Son especialmente útiles en aquellas articulaciones donde los signos inflamatorios, especialmente el derrame articular, son más evidentes. Siempre se deben tener en cuenta como medida puntual, y no realizarlas de manera repetitiva, ya que en ocasiones el empleo de corticoides puede ser contraproducente en dosis excesivas. Su uso ideal es en articulaciones donde aún es posible revertir determinados procesos. En cambio, en artrosis muy avanzadas, donde la cirugía es ya la única opción, su eficacia disminuye de manera notable.

3.1 EFECTOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO DE LA ARTROSIS

Habitualmente el empleo racional de los analgésicos e inflamatorios no esteroideos (AINE) no suele conllevar complicaciones a largo plazo para los pacientes, mejorando su calidad de vida. Los analgésicos como el paracetamol, usados en las dosis habituales, no tienen apenas efectos secundarios. Los opiáceos débiles tampoco suelen producir efectos secundarios importantes, si se utilizan bajo control médico. Su principal problema es la tolerancia, existiendo un pequeño porcentaje de pacientes que refieren pequeños síntomas gastrointestinales, como náuseas o estreñimiento asociados a su consumo. Su uso racional y en dosis crecientes minimizan estos efectos.

De los fármacos utilizados en artrosis, los AINE son los que pueden tener más efectos secundarios a largo plazo. Sin embargo, su uso racional, especialmente en las fases agudas donde el dolor es más intenso, disminuye notablemente su impacto. Gastritis, úlceras o hemorragias intestinales pueden aparecer, principalmente, en pacientes de riesgo como ancianos o aquellos tratados de manera simultánea con corticoides o anticoagulantes. Por ello deben realizar una protección gástrica con fármacos las personas mayores de 60 años, las que ya han padecido una úlcera previa, las que toman dosis muy elevadas, las que presentan enfermedades crónicas graves y las que toman simultáneamente anticoagulantes y/o corticoides y/o antiagregantes plaquetarios.

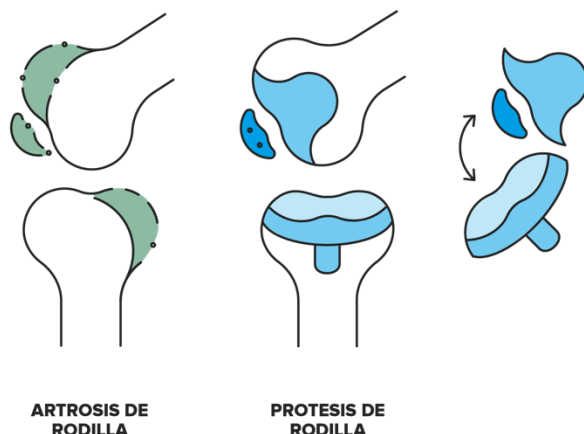
Además, los AINE consumidos a dosis altas durante años de manera continua se relacionan también con un mayor riesgo de hipertensión, enfermedades cardíacas y renales y alteraciones en el hígado.

Las terapias intraarticulares, realizadas por personal experto, no producen apenas efectos secundarios, siendo la infección algo excepcional y, lo más frecuente, una pequeña atrofia de la piel en la zona de inyección que suele revertir con el tiempo.

3.2 TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ARTROSIS

- Fases iniciales y casos seleccionados. Se puede frenar el curso de la enfermedad con cirugías que corrigen la orientación de la articulación con la realización de cortes en el hueso (osteotomías), o bien mediante la remodelación articular (como es el caso de las artroscopias en las que se pueden efectuar diferentes técnicas). En este campo, se están investigando diferentes opciones de reconstrucción de defectos muy localizados de cartílago con resultados variables.
- Artrosis avanzada. En los casos en los que la artrosis ha progresado durante mucho tiempo y no mejora con otros tratamientos, la cirugía más efectiva consiste en implantar una prótesis en la articulación dañada. Se pueden implantar prótesis en múltiples articulaciones: en la cadera, la rodilla, el hombro, el codo, la muñeca o el tobillo. Con una adecuada técnica y con una correcta indicación, son previsibles unos resultados excelentes para la mayoría de casos. Las prótesis pueden ir ancladas al hueso con cemento o bien realizar su anclaje a presión con su superficie metálica. En estos casos, el hueso crece en la superficie de la prótesis y en pocas semanas se produce un anclaje firme. En algunas ocasiones, se usan tornillos, para aumentar la fijación de la superficie metálica.

PRÓTESIS



4. PRONÓSTICO DE LA ARTROSIS

La artrosis es una enfermedad crónica, con una evolución y curso variables, que depende de diversas circunstancias. Una de las más importantes es si se ha realizado un diagnóstico o un tratamiento precoz de la enfermedad, así como de su localización.

Algunos pacientes presentan deformidad de las pequeñas articulaciones de las manos, prácticamente sin notar dolor, mientras que otros presentan un dolor importante en las fases iniciales del proceso, que van desapareciendo a medida que aparece la deformidad articular.

La localización más invalidante en la mano es la **artrosis** de la base del primer dedo (**rizartrrosis del pulgar**), ya que dificulta la realización de movimientos de presión de la mano.

En la artrosis de articulaciones de carga, como la rodilla o la cadera, el curso es casi siempre progresivo, aunque puede ser lento (varios años) en algunos pacientes. La progresión varía en función de las medidas higiénico-sanitarias que se lleven a cabo para protegerla (reducción de peso, evitar movimientos repetitivos, etc.).

El curso de la artrosis de columna vertebral (espondilosis o espondiloartrosis) es más impredecible. Algunos pacientes tienen una evolución crónica y progresiva, mientras que otros siguen un curso intermitente con periodos de remisión o exacerbación de los síntomas. Existen pacientes con signos radiográficos de **artrosis en la columna** que prácticamente no tienen ningún síntoma.

BLOQUE 2: PROTOCOLOS

RESOLUCION SBS N °4768-2017. OFICIO MULTIPLE 2525-2018 SBS.
 GUIA DE EVALUACIÓN DE LA ARTROSIS EN ARTICULACIONES DE DESCARGA.

2.1. ASPECTOS PERSONALES

Aspectos a valorar (Factores pronósticos)	Escalas	Marcar lo que corresponda
Edad	Menor o igual a 30 años	
	Mayor a 30 y menor a 50 años	
	Mayor o igual a 50 años	
Nivel de Formación	Estudios elementales	
	Estudios secundarios	
	Estudios superiores	
Situación económica ¹	Mala	
	Media	
	Buena	
Apoyo del entorno (familiar o de otro tipo) ²	Sin apoyo	
	Apoyo parcial	
	Apoyo completo/bueno	
Situación laboral: Desempleo, o si trabaja: tiempo de subsidio ³ en el último año	Desempleo	
	Sin subsidio	
	Menor a 3 meses	
	Mayor o igual a 3 y menor o igual a 5	
	Mayor a 5 meses	

COMENTARIOS:

Apoyo del entorno: crucial verificación en consulta vs declaración jurada de la situación real del paciente.

2.2 ASPECTOS CLINICOS Y TERAPEÚTICOS:

2.2.1. CUESTIONARIO WOMAC-DOLOR (Apartado A).

PREGUNTA: ¿Cuánto dolor tiene?

1. Al andar por un terreno llano.

☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo

2. Al subir o bajar escaleras.

☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo

3. Por la noche en la cama.

☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo

4. Al estar sentado o tumbado.

☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo

5. Al estar de pie.

☐ Ninguno ☐ Poco ☐ Bastante ☐ Mucho ☐ Muchísimo

COMENTARIOS

- IMPORTANTE: Se puntúa de 0 a 4
- Por lógica, el dolor debería de estar escalonado en función de la actividad que representa:
 1. Subir escaleras
 2. Andar por llano
 3. Estar de pie
 4. Estar sentado
 5. Por la noche en la cama

2.2.2 CUESTIONARIO WOMAC- RIGIDEZ (Apartado B).

1. ¿Cuánta **rigidez** nota **después de despertarse** por la mañana?

☐ Ninguna ☐ Poca ☐ Bastante ☐ Mucha ☐ Muchísima

2. ¿Cuánta **rigidez** nota durante **el resto del día** después de estar sentado, tumbado o descansando?

☐ Ninguna ☐ Poca ☐ Bastante ☐ Mucha ☐ Muchísima

2.2.3. CUESTIONARIO WOMAC- CAPACIDAD FUNCIONAL. (Apartado C).

1. Bajar las escaleras.

☐ Ninguna
 ☐ Poca
 ☐ Bastante
 ☐ Mucha
 ☐ Muchísima

2. Subir las escaleras

☐ Ninguna
 ☐ Poca
 ☐ Bastante
 ☐ Mucha
 ☐ Muchísima

3. Levantarse después de estar sentado.

☐ Ninguna
 ☐ Poca
 ☐ Bastante
 ☐ Mucha
 ☐ Muchísima

4. Estar de pie.

☐ Ninguna
 ☐ Poca
 ☐ Bastante
 ☐ Mucha
 ☐ Muchísima

5. Agacharse para coger algo del suelo.

☐ Ninguna
 ☐ Poca
 ☐ Bastante
 ☐ Mucha
 ☐ Muchísima

6. Andar por un terreno llano.

☐ Ninguna
 ☐ Poca
 ☐ Bastante
 ☐ Mucha
 ☐ Muchísima

7. Entrar y salir de un coche.

☐ Ninguna
 ☐ Poca
 ☐ Bastante
 ☐ Mucha
 ☐ Muchísima

8. Ir de compras.

☐ Ninguna
 ☐ Poca
 ☐ Bastante
 ☐ Mucha
 ☐ Muchísima

9. Ponerse las medias o los calcetines.

☐ Ninguna
 ☐ Poca
 ☐ Bastante
 ☐ Mucha
 ☐ Muchísima

10. Levantarse de la cama.

☐ Ninguna
 ☐ Poca
 ☐ Bastante
 ☐ Mucha
 ☐ Muchísima

11. Quitarse las medias o los calcetines.

☐ Ninguna ☐ Poca ☐ Bastante ☐ Mucha ☐ Muchísima

12. Estar tumbado en la cama.

☐ Ninguna ☐ Poca ☐ Bastante ☐ Mucha ☐ Muchísima

13. Entrar y salir de la ducha/bañera.

☐ Ninguna ☐ Poca ☐ Bastante ☐ Mucha ☐ Muchísima

14. Estar sentado.

☐ Ninguna ☐ Poca ☐ Bastante ☐ Mucha ☐ Muchísima

15. Sentarse y levantarse del retrete.

☐ Ninguna ☐ Poca ☐ Bastante ☐ Mucha ☐ Muchísima

16. Hacer tareas domésticas pesadas.

☐ Ninguna ☐ Poca ☐ Bastante ☐ Mucha ☐ Muchísima

17. Hacer tareas domésticas ligeras.

☐ Ninguna ☐ Poca ☐ Bastante ☐ Mucha ☐ Muchísima

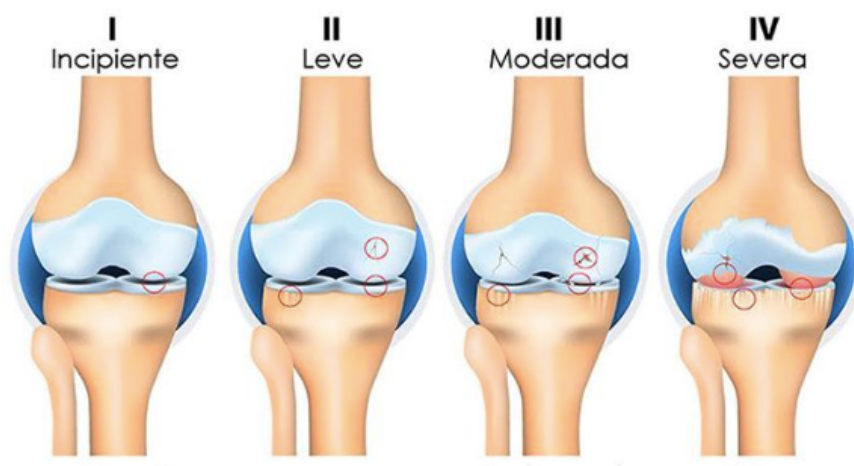
COMENTARIOS

- Hay tareas que, por su patología de base, representan mayor dificultad: Preguntas 1, 2, 3, 5, 7, 8, 13 y 15.
- Es importante verificar lo marcado en éstas vs las que representen menor dificultad.

2.2.4. VALORACIÓN RADIOLÓGICA DE LA ARTROSIS. CLASIFICACIÓN KELLGREN Y LAURENCE.

Clasificación Radiológica de la Artrosis (KELLGREN Y LAWRENCE)

- Grado 0: Normal
- Grado 1: Dudoso
 - Dudoso estrechamiento del espacio articular
 - Posible osteofitosis
- Grado 2: Leve
 - Posible estrechamiento del espacio articular
 - Osteofitos
- Grado 3: Moderado
 - Estrechamiento del espacio articular
 - Osteofitosis moderada múltiple
 - Leve esclerosis
 - Posible deformidad de los extremos de los huesos
- Grado 4: Grave
 - Marcado estrechamiento del espacio articular
 - Abundante osteofitosis
 - Esclerosis grave
 - Deformidad de los extremos de los huesos



VALORACIÓN RADIOLÓGICA DE LA ARTROSIS - Clasificación Kellgren y Lawrence		Marcar lo que corresponda
Grado 0	Puntuación 0	
Grado 1	Puntuación 1	
Grado 2	Puntuación 2	
Grado 3	Puntuación 3	
Grado 4	Puntuación 4	

2.2.5. ASPECTOS TERAPEÚTICOS.

ASPECTOS TERAPEÚTICOS			Marcar lo que corresponda
Valoración de la respuesta al tratamiento administrado	Buena Supresión del dolor y mejora de la funcionalidad	Leve	
	Regular: Alivio parcial del dolor y mejora parcial de la funcionalidad	Moderada	
	Mala: No mejora el dolor ni la funcionalidad	Severa	
Valoración de los efectos adversos de los tratamientos	Efectos gástricos e intestinales	Leve = 1 efecto adverso	
	Efectos sistémicos: hepáticos, renales, neurológicos...	Moderada = 2 ó 3 efectos	
	Otros: HTA, etc.	Severa > 3 efectos adversos	

** En caso de no llevar tratamiento, no se aplicará la valoración hasta que lo inicie y lleve al menos 3 meses con él.

COMENTARIOS:

Valoración de respuesta al tratamiento:

- Verificar que el paciente sigue las pautas de tratamiento y corroborar con WOMAC (apartado A) y anamnesis

Valoración de efectos adversos de los tratamientos

- Comprobar en antecedentes que no los presentaba antes de la enfermedad por la que aplicamos el protocolo (ejemplo: gastritis)

2.2.6. COMORBILIDADES ASOCIADAS.

COMORBILIDADES ASOCIADAS				Marcar lo que corresponda
Obesidad	Sí	No	Leve al menos 1 de las patologías asociadas	
Osteoporosis	Sí	No	Moderada al menos 2 o 3 de las patologías asociadas	
Otras: fracturas, conectivopatías	Sí	No	Severa Más de 3 patologías asociadas	

Comentario:

DEBEN estar diagnosticadas por un médico y no sirviendo solamente las referencias del paciente o notas de evolución de un médico general.

2.3 ASPECTOS LABORALES:

C.2 CHECK LIST-SITUACIÓN LABORAL					
Tareas Puntuación (entre 0 - 6)		No procede	1/3 jornada	2/3 jornada	Toda la jornada
Movilización manual de cargas	MMC ≤ 5 kg	0	1	2	3
	MMC 5-10 kg	0	2	3	4
	MMC > 10 y ≤ 25 kg	0	3	4	5
	MMC > 25kg	0	4	5	6
Movimientos repetitivos	MR Hombro elevación > 90º	0	2	4	6
	MR flexo-ext o pronó-sup. de muñeca	0	2	4	6
	Flex-ext. Tronco	0	2	4	6
Posturas prolongadas	Deambulación prolongada	0	2	4	6
	Sedestación continuada	0	2	4	6
	Bipedestación continuada	0	2	4	6
Organización del trabajo	Trabajo continuo y sin alternancia de tareas en su trabajo	0	2	4	6
	Realiza tareas repetitivas/monótonas	0	2	4	6
	Posturas fijas y sin alternancia de posiciones en su trabajo	0	2	4	6
	No puede realizar pausas para descansar durante el trabajo	0	2	4	6
	Es capaz de finalizar las tareas que le encomiendan en su trabajo	0	2	4	6
	Tiene trabajo a turnos/nocturno (valorar la jornada mensual)	0	2	4	6

Condiciones laborales	La carga de trabajo es inadecuada (excesiva, irregular, no adaptada a sus capacidades...)	0	2	4	6
	Las condiciones medioambientales de su trabajo (temperatura, humedad...) empeoran su cuadro clínico	0	2	4	6
	No dispone de elementos de apoyo en sus tareas (aparatos, instrumentos, máquinas...)	0	2	4	6
	Realiza trabajo en altura (>3 m)	0	2	4	6
Condiciones laborales	Realiza trabajo en espacios confinados (túnel, desagüe, foso...)	0	2	4	6
	Realiza trabajos eléctricos a tensión	0	2	4	6
	Tiene que conducir en su trabajo	0	2	4	6
	Maneja máquinas o herramientas de riesgo	0	2	4	6
	Maneja sustancias químicas peligrosas	0	2	4	6
	Está expuesto a contaminantes biológicos	0	2	4	6
	Realiza tareas que requieran atención/concentración alta	0	2	4	6
(Total puntuación máxima = 6 x 27 = 162)					
Puntuación en el caso valorado:					

C.1 ASPECTOS LABORALES (máx. 5%)		
Puntuación	Porcentaje	Incapacidad
0 - 54	1%	Leve
55 - 108	3%	Moderado
109 - 162	5%	Severo
Puntuación final =	Porcentaje de menoscabo =	Grado =

COMENTARIOS:

Comprobar en la declaración jurada y preguntar al paciente en la evaluación, en que trabaja y en que consiste un día laboral en su profesión, antes de realizar el check list laboral.

2.4. ASPECTOS SOCIALES-CALIDAD DE VIDA.

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?	☐	☐	☐	☐
	2) Enjabonarse la cabeza?	☐	☐	☐	☐
Levantarse	3) Levantarse de una silla sin brazos?	☐	☐	☐	☐
	4) Acostarse y levantarse de la cama?	☐	☐	☐	☐
Comer	5) Cortar un filete de carne?	☐	☐	☐	☐
	6) Abrir un cartón de leche nuevo?	☐	☐	☐	☐
	7) Servirse la bebida?	☐	☐	☐	☐
Caminar	8) Caminar fuera de casa por un terreno llano?	☐	☐	☐	☐
	9) Subir cinco escalones?	☐	☐	☐	☐
Higiene	10) Lavarse y secarse todo el cuerpo?	☐	☐	☐	☐
	11) Sentarse y levantarse del retrete?	☐	☐	☐	☐
	12) Ducharse?	☐	☐	☐	☐
Alcanzar	13) Coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?	☐	☐	☐	☐
	14) Agacharse y recoger ropa del suelo?	☐	☐	☐	☐
Prensión	15) Abrir la puerta de un coche?	☐	☐	☐	☐
	16) Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?	☐	☐	☐	☐
	17) Abrir y cerrar los grifos?	☐	☐	☐	☐
Otras	18) Hacer los recados y las compras?	☐	☐	☐	☐
	19) Entrar y salir de un coche?	☐	☐	☐	☐
	20) Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?	☐	☐	☐	☐

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

Señale para qué actividades **necesita la ayuda de otra persona**:

- ☐.. Vestirse, asearse

☐.. Caminar, pasear

☐.. Abrir y cerrar cosas (prensión)

☐.. Levantarse

☐.. Higiene personal

☐.. Recados y tareas de casa

☐.. Comer

☐.. Alcanzar

Señale si utiliza alguno de estos **utensilios** habitualmente:

- ☐.. Cubiertos de mango ancho

☐.. Abridor para tarros previamente abiertos

☐.. Bastón, muletas, andador o silla de ruedas

☐.. Asiento o barra especial para el baño

☐.. Asiento alto para el retrete

COMENTARIOS:

La puntuación del cuestionario de discapacidad HAQ se obtiene de la siguiente forma:

1. En cada una de las áreas (vestirse y asearse, levantarse, comer, ...) del cuestionario escoger la puntuación más alta de los 2 o 3 ítems que la componen, por lo que se obtienen 8 puntuaciones. Así los 20 ítems quedan reducidos a 8. **En todas las áreas donde se obtenga 2 o 3, no es necesario mirar las preguntas correctoras.**
2. Mirar las preguntas correctoras tiene la finalidad de evitar puntuaciones demasiado bajas que se producen si la enferma responde que hace sus actividades sin dificultad [0] o con alguna dificultad [1], pero reconoce que precisa ayuda de otra persona o algún tipo de utensilio o ayuda técnica para realizar esas mismas actividades. De modo que si en un área se obtiene una puntuación de [0] o [1], se deberá corregir la puntuación si la enferma contestó que precisaba de la ayuda de otra persona o de algún utensilio para realizar cualquiera de las actividades incluidas en dicha área – basta con que sólo sea una-. En ese caso la puntuación inicial del área de [0] o [1] se convierte en [2], pero nunca en [3].
3. Calcular la media. Hallar la media de los 8 valores correspondientes a las 8 áreas descritas, y esa será la puntuación final del cuestionario de capacidad funcional HAQ.
4. La puntuación del HAQ puede oscilar entre 0 (no incapacidad) y 3 (máxima incapacidad). En el caso de no contestar algún ítem se asigna el valor más alto de los restantes ítems que formen dicha área. Si hubiera una o dos áreas completas sin respuesta la suma de las 7 u 6 áreas restantes se dividiría por 7 u 6, respectivamente, para obtener el valor medio que estará entre 0 y 3. Un cuestionario con menos de 6 áreas carece de validez.

D.1 ASPECTOS SOCIALES-CALIDAD DE VIDA-HAQ (máx. 10%)		
Puntuación HAQ	Grado de limitación	Porcentaje asignado
0 – 0.625	No limitación/incapacidad	0%
0.75 – 1.25	Leve limitación/incapacidad	4%
1.375 – 1.875	Moderada limitación/incapacidad	6%
> 2	Severa limitación/incapacidad	10%
Puntuación obtenida =		Porcentaje de menoscabo en el caso valorado =

BLOQUE 3: CASOS PRÁCTICOS

CASO 1:

Varón de 39 años, conviviente, grado de instrucción secundaria y en situación de desempleo como ayudante de mecánica en una empresa de la construcción, por enfermedad en octubre de 2018.

Anamnesis:

El paciente refiere que comenzó con dolor lumbar a la hora de levantarse en 2017, que se fue haciendo cada vez más intenso y permanente, extendiéndose a caderas, rodillas, codos y muñecas, limitando sus movimientos y adoptando posturas de semiflexión. En 2018, el dolor le impedía moverse y le diagnosticaron de discopatía lumbar, coxartrosis y condromalacia de rodillas. Evaluado por traumatología la coxartrosis, que le indican cirugía pero el paciente prefiere tratamiento conservador.

Enfermedad actual:

El dolor lumbar le dificulta la marcha, por lo que ahora presenta cojera y parestesias en ambos miembros inferiores. Refiere flacidez muscular y atrofia de los cuádriceps. El paciente camina con mucha dificultad y necesita ayuda para vestirse y asearse. Cuando acude a consulta, el paciente llega sin acompañante y con marcha claudicante y con dificultad.

Tratamiento actual:

Etoricoxib 1 al día. (AINE)

(En ausencia de respuesta al tratamiento deben de considerarse otras opciones terapéuticas).

Exploración:

Talla: 1.49mt, Peso: 68,8kg.

Pulso: 98, Frecuencia Respiratoria: 18, TA: 140/98.

Tipo constitucional: Normosómico.

ABEG, BEN, BEH.

Piel: Normal

TCSC: Adecuada distribución para edad y género.

Ganglios: No palpables.

Cabeza y Cuello: Normocefala

Aparato Respiratorio: Normal.

Cardiovascular: Normal.

Abdomen: Blando, depresible, no doloroso. Hígado y bazo normales.

Génito-Urinario: Diferido

Neurológico: LOTE, Marcha claudicante por dolor con las rodillas semiflexionadas. Función motora: fuerza muscular, tono y coordinación normales. Reflejos profundos simétricos y función sensitiva normal.

Musculoesquelético: dolor en las caderas y rodillas de predominio derecho. Valgo de rodillas con atrofia muscular de las pantorrillas y déficit de la extensión. Refiere dolor a la movilización

de la columna dorso-lumbar con apofisalgia y palpación de contracturas. Refiere dolor. No radiculopatías.

- Caderas: Articulacion coxo-femoral derecha en flexión retenida hasta 40º, extensión retenida hasta 10º, abducción 20º, aducción 10º, rotación externa 10º, rotación interna 20º. Articulacion coxo-femoral izquierda en flexión activa retenida hasta 60º, extensión retenida hasta 0º, abducción 20º, aducción 10º, rotación externa 30º, rotación interna 30º.
- Rodillas: Rodilla derecha: Flexión 120º, extensión 0º. Rodilla izda: Flexión 140º, extensión 0º.
- Columna lumbar Flexión 10º, Extensión 10º.

Pruebas complementarias:

- Electromiografía: EMG MMSS y MMII sin radiculopatías, EMG normal.

Radiografías de rodillas comparativas (17-01-2019):



HALLAZGOS

RODILLA DERECHA

Fémur: Muestra morfología normal, bordes definidos sin evidencia de fracturas, lesiones líticas ni blásticas.

Bursa suprapatelar: Con radiotransparencia habitual sin evidencia de colecciones.

Espacio articular femorotibial: Se muestra conservado.

Rótula: De morfología normal y de localización habitual.

Tibia: Muestra espinas tibiales y platillos de morfología habitual sin evidencia de fracturas.

Peroné: Muestra morfología habitual sin evidencia de fracturas.

RODILLA IZQUIERDA

Fémur: Muestra morfología normal, bordes definidos sin evidencia de fracturas, lesiones líticas ni blásticas.

Bursa suprapatelar: Con radiotransparencia habitual sin evidencia de colecciones.

Espacio articular femorotibial: Se muestra disminuido a predominio del compartimento lateral.

Rótula: De morfología normal y de localización habitual.

Tibia: Muestra espinas tibiales y platillos de morfología habitual sin evidencia de fracturas.

Peroné: Muestra morfología habitual sin evidencia de fracturas.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA:

El estudio radiográfico muestra espacios femorotibiales de ambas rodillas disminuidos a predominio de los compartimentos laterales. No se evidencian trazos de fractura ni lesiones focales

Radiografías de columna lumbar (17-01-2019):



HALLAZGOS

Perdida de la lordosis. Leve Escoliosis lumbar de concavidad izquierda. No se evidencian signos en relación a listesis.

Cuerpos vertebrales, pedículos y apófisis espinosas son de morfología normal.

Pinzamiento posterior L5-S1. Resto de espacios intervertebrales muestran conservados.

Agujeros de conjunción con espacios conservados.

Canal medular de calibre conservado, no se evidencian tumoraciones en su interior.

Densidad ósea conservada, no se evidencian trazos de fractura.

Partes blandas adyacentes sin aparente alteración.

Espacio prevertebral sin alteraciones.

IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA

El estudio radiográfico muestra pinzamiento posterior L5-S1. Pérdida de la lordosis. Leve Escoliosis lumbar de concavidad izquierda.

CASO 2:

Varón de 58 años, casado, grado de instrucción secundaria, en situación de desempleo por enfermedad desde noviembre de 2018.

Anamnesis:

El paciente refiere inicio de dolor en cadera derecha (en el año 2012) por lo que acudió a reumatología, iniciando tratamiento farmacológico con analgésicos y antiinflamatorios. En el año 2016, el dolor se intensificó a pesar de tratamiento, por lo que es remitido a traumatología y le diagnosticaron subluxación de cadera derecha con coxartrosis de cadera izquierda.

En enero de 2018, fue intervenido para artroplastia total de cadera izquierda no cementada y derivada a terapia física hasta cirugía de la cadera derecha.

Enfermedad actual:

El paciente refiere continuar con dolor en cadera y rodilla derecha, y con buena evolución de la cadera izquierda. Acude a terapia física de la cadera izquierda y está pendiente de cirugía de cadera derecha. Refiere que se baña, viste y aseaa con ayuda. No puede subir ni bajar escaleras. No puede estar sentado ni parado por mucho tiempo. Camina con muletas desde su operación en enero 2018.

Tratamiento actual:

Tramadol 1 comp cada 12 horas.

Exploración física:

Talla: 1.65mt, Peso: 70kg.

Pulso: 60, Frecuencia Respiratoria: 16, Tipo constitucional: Normosomica

ABEG, BEN, BEH. Entra en la consulta por sus propios medios apoyado en 2 muletas.

Piel: Normal. Herida quirúrgica en cara lateral de 20 cm que corresponde con la cirugía de cadera. Sube a camilla y acuesta con dificultad.

TCSC: Adecuada distribución para edad y género.

Ganglios: No palpables.

Cabeza y Cuello: Normocefala

Aparato Respiratorio: Conservado.

Cardiovascular: Ruidos cardiacos rítmicos.

Abdomen: Blando, depresible RHA conservados

Génito-Urinario: Diferido

Neurológico: LOTEPE.

Musculo Esquelético: Masa, tono y fuerza muscular MMSS, conservados. Hipotrofia muscular en ambos miembros inferiores. Acortamiento de miembro inferior derecho de 7 cm con respecto a contralateral.

Mensuración: Muslo D: 42 cm. Muslo I: 45 cm. Pantorrilla D: 35 cm. Pantorrilla I: 35.5 cm

Rodilla D: 36.5 cm. Rodilla I: 37 cm Acortamiento: 5.5 cm.

Pruebas complementarias:

- Radiografía de pelvis (Junio/2018): Muestra prótesis completa de cadera izquierda, sin signos de aflojamiento. Proyección de la prótesis acetabular en cuerpo ilíaco derecho. Signos de coxartrosis severa derecha asociada a subluxación.



CURSOS DE FORMACIÓN. UNIÓN PERICIAL SANITARIA S. L.