



UNSAM
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE
SAN MARTÍN

Instituto de Ciencias de la Rehabilitación y el Movimiento

Lic. en Terapia Ocupacional

Diseño de Trabajo Final

Prof. Adj. a cargo: Mariela Nabergoi.

JTP: Natalia Spallato y J. Manuel Zorzoli.

ATP: Mariana Amaro y Florencia Itovich.

Intervenciones de Terapia Ocupacional en Síndrome Doloroso Regional Complejo

Trabajo Final Integrador

Alumnas: Grupo n° 13

Costantini, Noelia Iris – DNI 34781750

Email: Costantininoe@gmail.com

Gorosito, Carolina Alejandra – DNI 34571761

Email: caro.agorosito@gmail.com

Fecha de entrega: 31 de Julio 2018

ÍNDICE

Tema -----	2
Palabras claves -----	2
INTRODUCCIÓN	
Planteamiento del problema -----	3
Pregunta de investigación -----	5
Relevancia y Justificación -----	5
Hipótesis -----	6
Objetivos -----	6
DESARROLLO	
Marco teórico -----	7
Metodología	
Tipo de diseño -----	18
Universo y muestra -----	18
Definiciones operacionales -----	20
Fuentes e instrumentos -----	26
Análisis de los datos -----	27
RESULTADOS -----	31
CONCLUSIONES -----	41
BIBLIOGRAFÍA -----	45
ANEXO	
Anexo 1 – Instrumento de recolección de datos -----	46
Anexo 2 – Red Conceptual -----	48
Anexo 3 – Consentimiento Informado -----	49
Anexo 4 – Encuestas -----	50

TEMA:

Intervenciones de Terapia Ocupacional en Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC) en miembro superior. Estudio sobre las intervenciones de Terapia Ocupacional más frecuentes dentro del Uso Terapéutico de las Ocupaciones y las Actividades del Marco de Trabajo en SDRC en pacientes adultos con lesión en miembro superior en CABA y GBA en el año 2016.

ÁREA: Rehabilitación física.

PALABRAS CLAVES:

Síndrome Doloroso Regional Complejo – Terapia Ocupacional – Intervención profesional – Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional – Miembro Superior.

INTRODUCCIÓN

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA CIENTÍFICO

Según plantea la T.O Cynthia A. Phillips, en Trombly (1990), la distrofia simpática refleja (luego llamada Síndrome Doloroso Regional Complejo) es el resultado de una respuesta anormal del Sistema Nervioso Autónomo a la lesión del miembro. A partir del cual, se despliegan síntomas como dolor, inmovilidad, hinchazón y vaso espasmos; los cuales dan como resultado una mano rígida no funcional.

A su vez, los autores Kirkpatrick, Nuñez Gudas, y Román (2003), sostienen que a través del tiempo se han arrojado diversas hipótesis de las posibles causas de Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC). El SDRC se asocia más comúnmente con un trauma, sin que exista correlación entre la severidad de la lesión y la gravedad de la enfermedad. Aunque no se han realizado suficientes estudios controlados, los autores manifiestan que hay diferentes factores clínicos que pueden predisponer el desarrollo de un SDRC, como: predisposición genética, lesiones del sistema nervioso central, estimulación nociva repetida, miedo, ansiedad, factores psicológicos, entre otros.

La incidencia del síndrome, según una de las últimas actualizaciones realizadas en el año 2010 por Ramos (2010) es del 1-2% después de fracturas variadas, del 2-5% después de lesiones de nervios periféricos, del 7-35% después de fracturas de Colles (muñeca), 5% en pacientes con IAM (Infarto Agudo al Miocardio), tras lesiones por congelación y tras revascularización de extremidades isquémicas. En un 10-26% de los pacientes no se ha encontrado el factor desencadenante. El 40% de pacientes que requieren la colocación de tutores externos presentan SDRC posteriormente. El 38% de los pacientes con material de osteosíntesis desarrollan también la enfermedad.

Un estudio descriptivo y prospectivo de 171 pacientes con SDRC realizado por Buscas Izu, Chesús, y Jimenez (2009) arrojan diversos resultados de gran interés. Con respecto a los factores desencadenantes, un 25,1% corresponde al terreno ansioso-depresivo. Los factores más predisponentes son traumatismos (45%) e inmovilización por yeso (24,6%). En los traumatismos, la localización en mano-muñeca es de un 73,1% y en pie-tobillo un 47,3%. De los 171 pacientes estudiados, un 84,8% presenta edema, y un 76% limitación de la movilidad articular. En mano-muñeca la presencia de edema es de un 92,3 %. Según el estudio, la media de recuperación es de 154,4 días, aunque en algunos casos las secuelas son permanentes.

A lo largo de la realización de las prácticas clínicas con pacientes adultos, en el Hospital Británico de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y el Hospital de Rehabilitación Dr. A. Drozdowski del partido de Malvinas Argentinas de la Provincia de Buenos Aires, se pudo observar cómo afectaba las distintas áreas ocupacionales el SDRC en la persona que lo sufre. Este síndrome genera una alteración holística de la persona, modificando sus áreas ocupacionales. Así lo manifiesta la T.O Phillips (1990), la vida de la persona puede resultar permanentemente cambiada.

Al evitar ciertos movimientos o situaciones por el dolor o la situación a la que se encuentra expuesta, la persona comienza a desempeñarse de otra manera frente a las necesidades de su vida diaria. Tal como lo menciona Ramos (2010), el paciente prefiere no mover el miembro por causa del dolor intenso, lo cual genera más edema al producirse el estasis venoso y este edema conlleva a mayor limitación de las amplitudes del movimiento articular y a mayor impotencia funcional.

En dichos Hospitales no se trabaja con protocolos estandarizados con respecto al Síndrome en conjunto, sino que se interviene sobre los síntomas individuales (por ejemplo: edema), tratados en los métodos preparatorios, sin involucrar muchas veces actividades basadas en la ocupación.

La Terapia Ocupacional, tal como la define la OMS (2001), es *"el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social"* (pág. 127). Para esto es necesario tener en cuenta todos los aspectos que atraviesan al individuo: factores sociales, culturales, personales, entre otros. Un Síndrome como el que seleccionamos para este trabajo, atraviesa a la persona de manera tal que influye en su desempeño en las distintas ocupaciones. Como establece Ramos (2010) la rehabilitación de Terapia Ocupacional es de vital importancia en la resolución del SDRC; ya que por causa del dolor intenso, el paciente con esta patología anula el miembro afectado, dejando de moverlo y usarlo en sus actividades cotidianas.

La escasa investigación científica planteada desde nuestra disciplina en el tema, nos llevó a cuestionarnos el modo en el que se desarrollan los planes de tratamiento en pacientes con SDRC. A lo largo de nuestra historia como estudiantes de Terapia Ocupacional, hemos podido observar la escasez de bibliografía y/o investigaciones en Argentina sobre las distintas implicancias de la Terapia Ocupacional, por lo que nos pareció importante comenzar a desarrollar teóricos que respalden la práctica cotidiana del terapeuta.

Por este motivo nos resultó imprescindible conocer qué tipo de intervenciones utilizan más frecuentemente los terapeutas ocupacionales en personas con SDRC en miembro superior.

El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (AOTA, 2010), es un documento oficial de la Asociación Americana de Terapia Ocupacional, y contiene los lineamientos que guían la práctica profesional. Allí se plantea el proceso de intervención, y clasifica el uso terapéutico de las ocupaciones y de las actividades en:

Intervención basada en la ocupación

Actividades con propósito

Métodos preparatorios.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

El interrogante que pretendimos responder durante nuestra investigación fue: *¿Cuáles son los tipos de intervención que más utilizan los terapeutas ocupacionales, dentro del Uso Terapéutico de las Ocupaciones y de las Actividades según el Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional, en pacientes adultos con lesión de miembro superior con Síndrome Doloroso Regional Complejo en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires en el año 2016?*

RELEVANCIA Y JUSTIFICACIÓN

RELEVANCIA TEÓRICA

Durante el rastreo del arte hemos podido observar la escasa bibliografía respecto al Síndrome Doloroso Regional Complejo en Terapia Ocupacional, por lo que consideramos que este trabajo de investigación pretende contribuir a aumentar la información existente sobre las intervenciones de terapia ocupacional más y menos frecuentes en pacientes con SDRC.

Creemos que la presente investigación debe ser considerada como una fuente de consulta informativa, ya que no puede ser tomada como una investigación exhaustiva dado su bajo número muestral.

RELEVANCIA PRÁCTICA

En cuanto a la relevancia práctica, el presente trabajo pretende contribuir con una base de datos para consultas sobre las distintas intervenciones de terapia ocupacional en pacientes con SDRC más frecuentes y con mejores resultados, en la muestra seleccionada y en el territorio analizado considerando la mejor estrategia de tratamiento dependiendo de cada caso. Así también, los profesionales de otras disciplinas (Kinesiología, Médicos traumatólogos, Psicólogos, entre otros) pueden interiorizarse en el quehacer de la Terapia Ocupacional con respecto a dicho síndrome, favoreciendo la comunicación y relación dentro del equipo interdisciplinario; como así también favorecer que los pacientes lleguen antes a la consulta de terapia ocupacional.

RELEVANCIA SOCIAL

Consideramos que los destinatarios potenciales de nuestra investigación son los profesionales de Terapia Ocupacional, como así también profesionales del equipo interdisciplinario (kinesiólogos, psicólogos, médicos, entre otros) quienes tengan la intención de ampliar sus conocimientos sobre las intervenciones de terapia ocupacional en pacientes con SDRC.

Sin dudas, la mayor información que manejen los terapeutas como el equipo interdisciplinario favorece directamente a la persona que padece SDRC e indirectamente a su contexto cercano. El síndrome afecta a la persona en su

integridad, y ser tratado por un profesional que se actualiza con respecto a las intervenciones más utilizadas provocaría un aspecto positivo para con la persona.

HIPÓTESIS

Las intervenciones que utilizan con mayor frecuencia los Terapistas Ocupacionales de CABA y GBA en pacientes adultos con lesión de miembro superior y Síndrome Doloroso Regional Complejo en el año 2016, son los métodos preparatorios; y con menor frecuencia intervenciones basadas en la ocupación.

OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar los tipos de intervención más utilizados por los terapeutas ocupacionales en pacientes adultos con SDRC en miembro superior de acuerdo al Marco de Trabajo, en CABA y GBA en el año 2016.

Objetivos específicos:

- Identificar las intervenciones de los profesionales de Terapia Ocupacional en pacientes adultos con lesión de miembro superior con SDRC en CABA y GBA en el año 2016.
- Relacionar las zonas del miembro superior afectadas con los tipos de intervención utilizados.

DESARROLLO

MARCO TEÓRICO

Antecedentes y definiciones

Rene Cailliet (1994) manifiesta la falta de homogeneidad tanto en la definición operacional de la Distrofia Simpática Refleja (DSR) como en la unificación de criterios de diagnóstico.

Realiza una breve introducción con los antecedentes históricos de dicha patología, tomando como definición la utilizada por el Sexto Congreso Mundial sobre Dolor realizado en Adelaida (Australia) en 1990:

“La DSR es un término descriptivo que se refiere a un trastorno o grupo de trastornos complejo que puede desarrollarse como consecuencia de un traumatismo que afecta las extremidades, con o sin lesión de nervios obvia. La DSR también puede desarrollarse después de enfermedades viscerales y lesiones del sistema nervioso central o, infrecuentemente, sin un antecedente obvio. Consiste en dolor y anormalidades sensitivas relacionadas en el sistema motor, así como cambios en la estructura de los tejidos tanto superficiales como profundos (cambios “tróficos”). No es necesario que estén presentes todos los componentes. Hay acuerdo en que el nombre “distrofia simpática refleja” se use en sentido descriptivo, y no implica mecanismos específicos de fondo”. (Pág. 135).

El cuadro clínico fue descrito por primera vez por el cirujano francés Paré en el siglo XVI. Durante la segunda mitad del siglo XIX, el neurólogo norteamericano Mitchell descubre un síndrome doloroso en soldados con heridas por arma de fuego y le da el nombre de *causalgia*. Alrededor de 1900 el cirujano alemán Südeck describió la atrofia ósea aguda con descalcificación en parches. Fue Leriche, neurocirujano francés, quien en 1917 estableció una relación entre *causalgia* y el sistema nervioso simpático. En los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial, John Bonica le da por primera vez el nombre de Distrofia Simpática Refleja.

Según el trabajo de investigación final de la Lic. TO Lucrecia Randazzo (2006) en 1993, en un encuentro organizado por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) en Estados Unidos, se acordó redefinir el término de Distrofia Simpática Refleja, ya que la idea era no encasillar desde el mismo nombre los mecanismos ni el sistema nervioso simpático. Fue entonces que se decidió cambiar por el término de Síndrome Doloroso Regional Complejo tipo I.

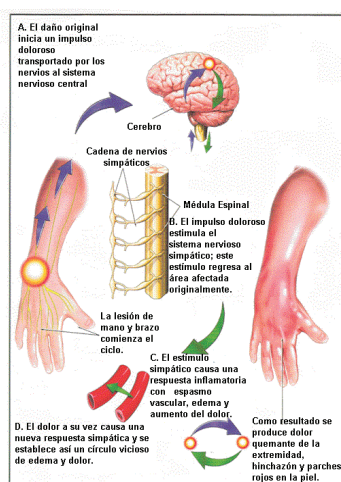
Otra definición, más actual, es la planteada por el National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2015), quienes definen el síndrome de dolor regional complejo (SDRC) como un trastorno de dolor crónico que se cree es el resultado de una disfunción en el sistema nervioso central o periférico. Las características típicas incluyen cambios dramáticos en el color y la temperatura de la piel en la extremidad o parte del cuerpo afectada, acompañados por un dolor candente severo, sensibilidad de la piel, sudoración e inflamación.

Causas

Kirkpatrick, Nuñez Gudas y Román (2003) sostienen que a través del tiempo se han arrojado diversas hipótesis de las posibles causas de SDR. El SDR se asocia más comúnmente con un trauma, sin que exista correlación entre la severidad de la lesión y la gravedad de la enfermedad. Aunque no se han realizado suficientes estudios controlados, los autores manifiestan que hay diferentes factores clínicos que pueden predisponer el desarrollo de un SDR, como: predisposición genética, lesiones del sistema nervioso central, estimulación nociva repetida, miedo, ansiedad, factores psicológicos, entre otros.

Según Kirkpatrick et al (2003), los mecanismos que causan este síndrome se deben a la activación del sistema nervioso simpático después de un trauma o un estímulo, como parte de la respuesta refleja de nuestro organismo ante una situación de emergencia. Esta acción-reacción es muy importante para la sobrevivencia del ser humano. Por ejemplo, la descarga que se produce en los nervios a causa de este estímulo hace que se produzca una contracción de los vasos sanguíneos de la piel, desviando, de esta manera la sangre hacia los músculos lo que permite que la víctima reaccione y escape de mayores daños. Además, la disminución de la irrigación sanguínea a nivel de la piel hace que las heridas producidas superficialmente no sangren. Por lo general, el sistema nervioso simpático cesa su función en los minutos u horas que siguen a su activación. Por razones que se desconocen, según plantean los autores, en los individuos que desarrollan DSR/SRDC, su sistema simpático se mantiene activo todo el tiempo (hiperactivo). Teóricamente, esta actividad sostenida del simpático, en el lugar de la lesión, causa una respuesta inflamatoria que hace que los vasos sanguíneos tengan espasmos continuos, produciéndose así más inflamación y dolor. Estos eventos pueden llevar a que el dolor aumente, convirtiéndose en un círculo vicioso.

La siguiente imagen resume en forma esquemática lo antes mencionado:



Fuente: RSDSA Review-Reflex Sympathetic Dystrophy Syndrome Association.

Por su parte, Luisa Plantelech (2003) reconoce que aún no se ha establecido la patogenia de esta enfermedad. Sus mecanismos causales se atribuyen al sistema nervioso simpático. La autora plantea que según antiguas teorías, el SDRC presenta alteraciones a nivel de la microcirculación arteriola-capilar-vénula, regidas por el sistema nervioso autónomo. Luego de la injuria, los receptores nociceptivos, transmiten la señal por las fibras aferentes sensitivas al ganglio espinal, y se hace sinapsis con las neuronas del cuerno dorsal de la médula; el impulso se transmite al SNC-el tálamo y la corteza cerebral-, por una parte, y también por la vía eferente del arco reflejo se propaga hacia el asta anterior de la médula y de allí al ganglio simpático; las fibras eferentes transmiten el impulso vasomotor simpático provocando vasoconstricción-vasodilatación de la arteriola, la vénula y capilares, generando edema, dolor, cambios óseos (osteoporosis moteada). La rémora circulatoria capilar también condiciona la acidosis tisular y la hipoxia que, finalmente, favorecen la proliferación de fibroblastos. En el estadio final, predominan la fibrosis intersticial y el dolor.

Otra posición es la planteada por la T.O Cynthia A. Phillips, en Trombly (1990), quien establece que las causas del Síndrome no necesariamente son el resultado de una lesión nerviosa. Puede ser producido por compresión del túnel carpiano, liberación de una contractura de Dupuytren, una lesión, o fracturas. También puede ser producto de una lesión leve, o una complicación de la fractura de Colles.

Anatomía del miembro superior

Según Rouvière y Delmas (1999) los miembros son apéndices del tronco que se disponen en sentido lateral, y se dividen en miembro superior e inferior. El miembro superior se caracteriza por su movilidad y capacidad para manipular y sujetar; se divide en cuatro grande sectores articulares: hombro; codo; muñeca; y mano.

El **hombro** une el miembro superior al tórax. En la parte superior está limitado por la clavícula y el borde superior de la escápula; inferiormente con el pectoral mayor; posteriormente con la escápula; y anterior con la región mamaria. El hombro comprende tres regiones: axilar, escapular y deltoidea, que están dispuestas alrededor de la articulación del mismo (articulación escapulohumeral). La articulación del hombro tiene gran capacidad de movimiento en todas direcciones: flexión; extensión; abducción; aducción; rotación interna y externa.

La articulación del **codo**, según los autores, está compuesta a su vez por tres articulaciones: humerocubital, humeroradial, y radiocubital proximal. Los movimientos que puede realizar la articulación son extensión; flexión; supinación; y pronación.

La articulación radiocarpiana (**muñeca**) une el antebrazo y la mano. Considerada en conjunto, es una articulación condilea, ya que permite realizar movimientos en un eje transversal y en un eje anteroposterior. Efectúa movimientos de flexión y extensión; movimientos de inclinación radial o cubital; y de la suma de los movimientos realiza la circunducción. No es posible realizar rotación.

Los autores establecen que la **mano** se halla a continuación de la muñeca y termina en la extremidad inferior de los dedos. Se divide en dos regiones: palmar y dorsal. Es el principal órgano para la manipulación física del medio. La punta de los dedos contiene algunas de las zonas con más terminaciones nerviosas del cuerpo humano; son la principal fuente de información táctil sobre el entorno, por eso el sentido del tacto se asocia inmediatamente con las manos.

Pérez Caballer (2004) sostiene que entre las patologías más frecuentes en miembro superior se encuentran: fracturas; luxaciones; lesiones musculares; lesiones ligamentosas; lesiones tendinosas; y lesiones de nervios periféricos.

Las *fracturas* se definen como soluciones de continuidad del tejido óseo, que puede presentarse de diferentes maneras, dependiendo de la línea fracturaría; si existe o no separación de fragmentos, en caso afirmativo la cantidad de los mismos; a cuántos componentes del hueso ha afectado (periostio, endiostio, médula ósea, entre otros).

Las *luxaciones* se diferencian de las fracturas, debido a que se trata de pérdidas parciales (subluxación) o totales (luxación), de la congruencia articular entre los extremos óseos. Así como también tal como lo menciona el autor, puede presentarse una combinación de ambas patologías traumáticas, la cual se denomina fractura-luxación.

Los mecanismos de producción pueden ser de origen directo o indirecto, el primero involucra situaciones donde el agente traumático impacta directamente sobre hueso (por ejemplo: caídas de propia altura, heridas de arma de fuego, entre otros). Mientras que el segundo se refiere a movimiento incoordinado articular, con o sin caída, que producen fuerzas que exceden los límites de resistencia del hueso.

Con respecto a las *lesiones musculares*, existen tres tipos de mecanismos de producción más habituales en las lesiones musculares, según plantea el autor, los dos primeros coinciden con los mecanismos que se establecen en las fracturas y luxaciones, son el mecanismo directo y el indirecto; el tercer grupo es el de sobrecarga o sobreuso crónico o repetido de la musculatura afectada.

Desde el punto de vista anatomopatológico entre los tipos más frecuentes de lesiones musculares se encuentran: la contusión muscular; contractura muscular, distensión muscular, elongación muscular; desgarramiento-rotura fibrilar; rotura masiva o total del músculo; hematoma muscular; lesiones musculares cerradas (sin herida cutánea); lesiones musculares abiertas (con herida cutánea que avanza hasta el músculo).

Las *lesiones ligamentosas*, según describe el autor, se genera, en su mayoría por mecanismos indirectos, y fundamentalmente dan como resultado heridas cerradas, lo que se denomina esguince. Los esguinces pueden clasificarse en tres pequeños grupos: el primero de ellos consta de la elongación de las fibras sin desgarramiento o rotura; el grado dos se caracteriza por la rotura o desgarramiento parcial del ligamento; y por último el tercer grupo es la rotura total del ligamento.

En las *lesiones tendinosas* los mecanismos de producción, según plantea el autor, son similares a los de las lesiones musculares; estos son directos, indirectos y por microtraumas por sobrecarga o sobreuso repetido. Desde el punto de vista

anatomopatológico, el autor divide a las lesiones tendinosas en: Tendinitis (presencia de inflamación en el cuerpo del tendón); entesitis (inflamación exclusiva de la unión o inserción tendón-hueso) , por ejemplo epicondilitis, epitroclitis, entre otras; tenosinovitis (inflamación del tendón y su vaina); tendinosis (presencia de fenómenos degenerativos en el tendón); calcificación tendinosa (más frecuente en hombro); roturas o secciones tendinosas (abiertas o cerradas).

En relación a las *lesiones de nervios periféricos*, el autor plantea que existen dos tipos principales de lesiones nerviosas: lesiones nerviosas abiertas, las cuales se generan por cortes casuales, heridas por arma blanca y de fuego; y las lesiones nerviosas cerradas, las cuales se encuentran asociadas a fracturas y luxaciones, sin heridas cutáneas. Según la intensidad del traumatismo y su localización pueden aparecer diferentes síntomas motores, sensitivos y/o vegetativos.

Los síndromes de compresión nerviosa, pueden generarse por dos vías. La primera que el autor describe, es la compresión extrínseca, la cual tiene carácter temporal; la segunda en cambio es la compresión intrínseca, de carácter permanente. Dependerá del nervio afectado el tipo de síntomas que aparecerán. Por ejemplo, el denominado Síndrome del túnel carpiano, es la compresión del nervio mediano, en la zona del ligamento transversal o anular del carpo; este puede ser secundario a fracturas de radio, enfermedades reumáticas, entre otras.

La compresión del nervio cubital, puede generarse en el canal de Guyón, el canal epitrocleo olecraneano, o en la zona de salida cervical del nervio. Genera síntomas como dolor, hipoestesia, parestesia, paresia en territorio cubital del antebrazo y mano. Como último ejemplo de los muchos nervios que el autor establece que pueden sufrir compresión, se plantea la compresión del nervio radial, la cual puede localizarse en la diáfisis humeral, zona epicondílea del codo, o en la zona cervical escapular por compresión continuada.

Las parálisis nerviosas del miembro superior son las que afectan al plexo braquial, las cuales pueden ser de origen adquirido o congénito. Se clasifican en posteriores o anteriores, según las ramas del plexo afectadas, y de allí las alteraciones que se produzcan como resultado de las mismas.

Estadios del SDRC

Según Kirkpatrick et al (2003), la división del SDRC en varios estadios es un concepto en vía de desaparición. El curso de la enfermedad es tan imprevisible y cambia tanto de un paciente al otro que esta división en estadios no brinda ayuda en el manejo del paciente.

Los autores plantean que no es necesario que todas las características mencionadas en cada estadio estén presentes. También establecen que la sintomatología de los estadios I y II comienza alrededor del primer año, algunos de estos pacientes no progresan hasta el estadio III.

El Estadio I se caracteriza por: aparición de dolor severo en el lugar de la lesión; aumento de la sensibilidad de la piel al tacto y a la presión suave (hiperestesia);

inflamación localizada; espasmos musculares; rigidez y limitación del movimiento. Al principio, la piel puede presentarse caliente, roja y reseca, para más tarde cambiar a un color azulado (cianótica) en apariencia, fría y sudorosa a la palpación; y un aumento en la sudoración (hiperhidrosis). Casos leves en este estadio pueden recuperarse en unas semanas de manera espontánea, o responder rápidamente al tratamiento.

En el Estadio II, el dolor se hace más severo y difuso. La inflamación tiende a diseminarse y el edema puede cambiar de suave a duro. El pelo puede tornarse grueso y más tarde hacerse fino y escaso, las uñas pueden tener un crecimiento rápido y más tarde lento, para después quedar quebradizas y con surcos profundamente delineados. Existe desgaste de los huesos (osteoporosis), puede ocurrir temprano en la enfermedad, para luego convertirse en severo y difuso. La atrofia muscular comienza a aparecer.

En el Estadio III el adelgazamiento marcado de la piel (atrofia) llega a ser irreversible. Para algunos de estos pacientes el dolor llega a ser insoportable, tomando casi toda la extremidad. Un porcentaje pequeño de pacientes desarrolla SDRC generalizado, afectando todo el cuerpo.

Síntomas – Diagnóstico

Según explica Cailliet (1994) cuando se supone que se ha realizado un diagnóstico de SDRC, el protocolo de tratamiento se basa en la patomecánica del síndrome. Algunos de los ítems de dicho protocolo son: explicación significativa al paciente y la familia sobre el significado de los síntomas y los hallazgos; participación terapéutica temprana; aplicación local de hielo o calor; movimientos activos y pasivos en todas las articulaciones de la extremidad; elevación frecuente de la extremidad afectada; entre otros. En dicho protocolo, se considera tanto el dolor como todos los cambios distróficos. Considerar solo el dolor e ignorar los cambios tisulares llevan a un fracaso en el tratamiento según el autor.

El National Institute of Neurological Disorders and Stroke – NINDS (2015), distingue los principales síntomas que se generan en el Síndrome de Dolor Regional Complejo, dentro de los cuales resalta como síntoma principal un dolor continuo e intenso, desproporcionado a la severidad de la herida (si es que la hubiese), que con el tiempo empeora en vez de mejorar. El SDRC a menudo afecta una de las extremidades (brazos, piernas, manos o pies) y también frecuentemente está acompañado por: dolor candente; mayor sensibilidad de la piel; cambios en la temperatura de la piel: más caliente o más frío en comparación con la extremidad opuesta; cambios en el color de la piel: manchada, púrpura, pálida, o roja; cambios en la textura de la piel: brillante y delgada, y a veces con excesiva sudoración; cambios en los patrones de crecimiento de las uñas y del vello; inflamación y rigidez en las articulaciones afectadas; incapacidad motora, con menos capacidad para mover la parte del cuerpo afectada.

Las diferentes etapas que se producen en el SDRC, se encuentran marcada por cambios progresivos en la piel, los músculos, las articulaciones o coyunturas, los ligamentos y los huesos del área afectada.

La primera etapa, según los autores dura de 1 a 3 meses y está caracterizada por un dolor candente severo, acompañado de espasmos musculares, rigidez en las articulaciones, crecimiento excesivo del vello, y alteraciones en los vasos sanguíneos que hacen que la piel cambie de color y temperatura.

La segunda etapa dura de 3 a 6 meses y está caracterizada por la intensificación del dolor, inflamación, disminución del crecimiento del vello, uñas rajadas, quebradizas, acanaladas o manchadas, huesos debilitados, articulaciones rígidas y un tono muscular débil.

En la tercera etapa, el síndrome progresa al punto en que los cambios en la piel y los huesos del paciente ya no se pueden revertir. El dolor es incesante y puede involucrar toda la extremidad o el área afectada. Hay un deterioro muscular marcado (atrofia), una movilidad severamente limitada, y contracciones involuntarias de los músculos y tendones que flexionan las articulaciones. Las extremidades se pueden contorsionar.

Tratamiento

Según Kirkpatrick et al (2003), no existe una cura, por lo cual el fin del tratamiento es aliviar los síntomas dolorosos para que los pacientes puedan reanudar sus vidas normales.

Los autores sostienen que el tratamiento de los pacientes con SDRC en estado avanzado es difícil y complejo; y es una tarea que requiere dedicación, tiempo y un equipo interdisciplinario. Según sus visiones, el tratamiento más importante para los pacientes con SRDC es la educación sobre esta dolencia.

El protocolo de tratamiento que plantean Kirkpatrick et al para rehabilitar a la persona afectada se basa en: educación, aspectos psicosociales, tratamiento farmacológico, terapia ocupacional y física, bloqueo simpático, simpatectomía, y placebo.

El tratamiento más sencillo e importante para los pacientes con SDRC es educarlos sobre esta dolencia. El consentimiento informado del paciente sobre las opciones de tratamiento debe ser el foco de la educación. Se debe definir los beneficios, riesgos, alternativas y costos de las terapias. Para comenzar, los autores sostienen que al paciente se le deben definir las metas terapéuticas: educación sobre metas terapéuticas; estimular al paciente a que use la extremidad lesionada; minimizar el dolor; determinar cuánto contribuye el sistema simpático al dolor.

Con respecto a los aspectos psicosociales, es importante que el médico y otros miembros del equipo encargados del manejo del dolor le planteen al paciente con SDRC avanzado una expectativa realista acerca de lo que se puede esperar del tratamiento. Una disminución del 50% del dolor debe considerarse excelente. Los pacientes deben ser informados que el otro 50% dependerá del deseo que ellos tengan de continuar en la lucha, a pesar de la tendencia natural a dejarse vencer por el dolor, la disfunción, la angustia y la incapacidad. Los autores remarcan que el paciente debe aprender a reemplazar esos sentimientos por saludables conductas funcionales. Con las formas disponibles de tratamientos para el SDRC avanzado, el tratar de lograr un estado 100% libre de dolor pudiera resultar en serios efectos secundarios o en complicaciones adversas. Estos pacientes requieren una estrecha

colaboración de trabajo y un enfoque multidisciplinario, incluyendo psiquiatras o psicólogos. Esto es de crucial importancia para la rehabilitación. La mayoría de los pacientes con SDRC avanzado sufren a causa de una mezcla de factores físicos y psicológicos; por esta razón, el tratamiento debe reforzar tanto los aspectos físicos como los mentales.

Los medicamentos se recetan de acuerdo a las siguientes características del dolor: dolor; constante; dolor que cause problemas con el sueño; dolor inflamatorio o relacionado con algún tipo de lesión en la piel; sensación punzante espontánea (disestesias paroxísticas o dolor lancinante); estimulación simpática constante que ocasiona dolor (DSD- dolor simpático-dependiente); espasmos musculares.

En el tratamiento de terapia ocupacional y física, tal como establecen Kirkpatrick et al (2003), se debe educar a los pacientes en cómo utilizar en la vida diaria las partes afectadas de su cuerpo. Por ejemplo, la Hidroterapia generalmente se usa para dolores musculares y para los espasmos. La aplicación de presión (masajes) con o sin calor húmedo puede en algunos casos aliviar aún los espasmos musculares muy severos. La terapia en una piscina puede ser de mucha ayuda para los pacientes que tienen dificultad para el movimiento. Los autores establecen que el objetivo del Terapeuta Ocupacional debe ser el de educar al paciente y lograr que pueda independizarse del sistema de salud en el menor tiempo posible. Aprender que "el dolor no daña" es difícil. Toma tiempo entender que a causa del SDRC no hay protección alguna del dolor. A los pacientes inhabilitados para el movimiento es imperativo ofrecerles la oportunidad de saber qué tan involucrado está su sistema nervioso simpático en la causa del dolor.

Existen tres razones por las que se debe considerar el uso de bloqueo simpático para el manejo de la SDRC. Primeramente, el bloqueo simpático puede curar o disminuir parcialmente la SDRC. Segundo, bloqueando el simpático selectivamente, tanto el paciente como el médico obtienen información diagnóstica acerca de la causa del dolor. El bloqueo simpático de cierto modo ayuda a determinar qué porcentaje del dolor del paciente se debe en sí al efecto simpático. Tercero, la respuesta del paciente hacia el bloqueo orienta sobre el pronóstico con relación al uso de otros tratamientos. Los autores Kirkpatrick et al manifiestan que un buen bloqueo debe producir un aumento de la temperatura de la extremidad sin producir un aumento de la debilidad ni adormecimiento de la misma. El máximo beneficio se observará después de 3-6 bloqueos.

Si se confirma la disminución del dolor después del bloqueo, se dice que el paciente tiene dolor simpático dependiente (DSD). De no ocurrir esto el paciente tendrá un dolor tipo simpático-independiente (DSI). Sólo los pacientes con (DSD), deben considerar la simpatectomía.

El efecto placebo (disminución del dolor con una droga inactiva) debe considerarse en el tratamiento del SDRC.

Por su parte, la T.O Cynthia A. Phillips (1990), hace hincapié en la característica de la mano rígida no funcional, y cómo afecta en el desempeño ocupacional de la persona.

En las implicancias psicológicas que plantea en su apartado, refiere que los pacientes deben realizar diversos ajustes psicológicos teniendo en cuenta su capacidad al momento de la lesión; la vida cotidiana del paciente se altera junto con su funcionalidad.

También agrega que la mayoría de los pacientes manifiestan problemas psicosociales: se muestran irritables y temerosos, no siempre son capaces de cooperar en su tratamiento, tienden a exigir mayor atención por parte de los profesionales tratantes, requiriendo también una gran cantidad de apoyo emocional. Por estos motivos, la autora plantea que el tratamiento debe ser interdisciplinario, bien coordinado y sin discrepancias.

Las implicancias del Terapeuta Ocupacional tratante en estos casos, según plantea Phillips, se basarán en establecer junto con el paciente objetivos realistas proporcionándole la información necesaria para los mismos, para luego poder realizar lo que la autora denomina "Terapia para la mano".

El programa de Terapia para la mano debe estar enfocado, en un primer momento, en reducir el dolor. La autora sugiere llegar a este objetivo con compresas de parafina, como método preparatorio. Una vez disminuido el dolor, se apunta a mejorar el movimiento. Las intervenciones realizadas se harán dentro del umbral de tolerancia del paciente. La autora afirma que cualquier terapia que aumente el dolor resultará contraproducente aumentando la ansiedad en el paciente.

Las intervenciones mencionadas por la autora se basan en: programa de ferulaje para evitar la deformidad y mejorar los movimientos; disminución del edema con elevación y masajes retrógrados; programa de desensibilización progresiva; y actividades funcionales, las cuales deben iniciarse lo más pronto posible. Éstas últimas, según refiere la autora, consisten en actividades grupales que fomenten la participación social y la reinserción en la comunidad, ya que dicha población suele aislarse de su contexto social.

Para el desarrollo del presente trabajo de investigación, se tomó como guía las bases planteadas en el Marco de Trabajo para la práctica (2010) de la American Occupational Therapy Association - AOTA. En la segunda sección del mismo, se describe el proceso de Terapia Ocupacional el cual está formado por: evaluación, intervención y seguimiento de resultados; los cuales interactúan durante todo el proceso.

Según el Marco de Trabajo, la implementación de la intervención se lleva a cabo con la puesta en marcha del plan de acción, lo que implica un complejo proceso de alterar las características de la persona, la actividad, el contexto y el entorno, con el objetivo de producir cambios positivos en la persona respecto a la ocupación, la salud y la participación.

Según los autores, el proceso de intervención consiste en facilitar la participación de la persona en la ocupación, relacionada con la salud, a través de medidas que los profesionales de Terapia Ocupacional crean adecuadas teniendo en cuenta las características de la persona, y en colaboración de la misma.

La planificación de la intervención incluye diferentes pasos. Primero se desarrolla el plan, en conjunto con la persona. Éste incluirá metas, las cuales tendrán que ser objetivas y medibles; enfoques, como crear o promover, establecer o restaurar, mantener, modificar, prevenir; y mecanismos para la prestación del servicio, referente a la frecuencia y duración de las sesiones, los tipos de intervenciones que se realizarán y los profesionales y no profesionales involucrados en la intervención.

En un segundo punto, los autores plantean dentro de la planificación de la intervención, la consideración de las necesidades y planificación para una posible alta de la persona del servicio de Terapia Ocupacional. Por último en un tercer momento, se seleccionarán los instrumentos para medir los resultados.

En la implementación de la intervención propiamente dicha, los autores diferencian dos momentos. El primero se refiere a seleccionar y llevar a cabo el tipo de intervención o intervenciones que serán utilizados. Existen cuatro tipos de intervenciones: *el uso terapéutico del yo*, esta intervención plantea el uso introspectivo del juicio de cada profesional de Terapia Ocupacional; *Uso terapéutico de las ocupaciones y actividades*, estas intervenciones se basarán en las características particulares de cada paciente, utilizando las mismas como medios para lograr objetivos terapéuticos, en esta clasificación los autores plantean tres subtipos: Intervención basada en la ocupación, donde el paciente participa en aquellas ocupaciones que son relevantes para su tratamiento; Actividades con propósito, las cuales se abocan a desarrollar habilidades que les permitan mejorar su desempeño; Métodos preparatorios, aquí es el profesional de Terapia Ocupacional quien se encarga de seleccionar métodos y técnicas para preparar al paciente para su desempeño ocupacional. Se utilizan antes o en conjunto con alguno de los dos subtipos anteriormente mencionados. *Proceso de asesoría*, se refiere al uso por parte de los terapeutas del conocimiento y la experiencia para colaborar con el paciente a identificar problemas y soluciones eficaces, que luego son implementados fundamentalmente por las personas; *Proceso de educación*, don el objetivo de impartir al paciente el conocimiento y la información, sobre la ocupación y la actividad. y por último *Autogestión*, donde se promoverá la justicia ocupacional y el apoderamiento de los pacientes, para obtener herramientas que le permitan una mejor participación en sus ocupaciones.

El Marco nos permitió clasificar, detallar y organizar los tipos de intervenciones que se recolectaron en el trabajo de campo; esto permitió la unificación de criterios de clasificación. Según Crepau, Cohn y Schell (2005), para las intervenciones de Terapia Ocupacional deben tenerse en cuenta los resultados de las evaluaciones seleccionadas para cada caso en particular, el perfil ocupacional del paciente, los intereses personales del mismo y considerar el abanico de opciones de las intervenciones disponibles a partir de esto, para poder llegar a los resultados deseados. Así también afirman que: *“La realización de actividades ocupacionales y con propósito durante la intervención tiene la doble finalidad de aprovechar los valores y los intereses de la persona, e ilustrar la contribución singular de la Terapia Ocupacional a la asistencia de la salud”* (pág. 459).

Duración de tratamiento y pronóstico

Según Neira y Ortega (2007), si el tratamiento se inicia precozmente, en los tres primeros meses de su aparición, se puede obtener una buena evolución de este cuadro clínico. Sin embargo si se demora, el trastorno se puede extender a toda la extremidad y los cambios óseos y musculares pueden llegar a ser irreversibles.

A largo plazo, en general el pronóstico es favorable, siendo la sintomatología más prolongada en los miembros superiores. Sin embargo, su evolución es imprevisible, pudiendo afectar la calidad de vida de estos pacientes. Las secuelas se presentan en el 20-40% de los casos, aunque son de escasa relevancia, pero molestas para el paciente como dolor y edema residuales, y en casos más severos pueden ocasionar trastornos vasculares y retráctiles, que pueden ser subsidiarios de diversas intervenciones quirúrgicas y/o amputaciones.

METODOLOGÍA

TIPO DE DISEÑO

El diseño de la presente investigación es *descriptivo* según el grado de conocimiento sobre el objeto, ya que existe una base teórica sobre el SDRC pero se busca identificar los tipos de intervención que realizan los Terapistas Ocupacionales en personas con dicho síndrome en CABA y GBA en el año 2016. Este tipo de diseño se utilizó para describir, relacionar y definir el fenómeno estudiado; en el presente trabajo se basó en describir las intervenciones de Terapia Ocupacional en pacientes con SDRC, relacionándolo con la zona de lesión en miembro superior.

Según la posición de las investigadoras es de tipo *observacional*, el objeto de estudio no fue asignado por las mismas sino que estas se limitaron a observar, medir y analizar determinadas variables, sin ejercer un control directo de la intervención.

Según el tipo de trabajo a realizar, dicho trabajo de investigación es *de campo*. Las investigadoras extrajeron los datos de la realidad mediante técnicas de recolección de datos (encuesta) a fin de alcanzar los objetivos planteados en su investigación.

Según el movimiento del objeto es de tipo *transversal*, ya que se estudió en un momento particular y grupo determinado (Terapistas Ocupacionales que intervienen con pacientes con SDRC en miembro superior en el año 2016).

Según la temporalidad de los datos es de tipo *prospectivo*, ya que las investigadoras recolectaron los datos al momento del inicio de la investigación.

Por último, el enfoque metodológico es *cuantitativo*, ya que a través del instrumento utilizado (encuesta) se mencionaron los tipos de intervención según el Marco de Trabajo con respuestas predeterminadas, para así poder identificar los más utilizados por los terapeutas ocupacionales de Gran Buenos Aires y Ciudad Autónoma de Bs.As.

UNIVERSO Y MUESTRA

Universo: Todos los terapeutas ocupacionales que intervienen con personas con Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC) con lesión de miembro superior, en Ciudad Autónoma de Buenos Aires y Gran Buenos Aires, desde el 2006 al 2016.

Muestra:

Para el presente trabajo de investigación se realizó una muestra conformada por terapeutas ocupacionales que intervienen con personas con SDRC con lesión de miembro superior en CABA y GBA en el año 2016.

Tipo y subtipo de muestra

Según Padua (1994), la muestra es *no probabilística* de subtipo *intencional*. Se envió la invitación a participar de la encuesta, indicando los criterios de inclusión, vía grupo

de mail (e-listas), en el cual participan profesionales de Terapia Ocupacional de todo el país.

Es no probabilística porque no todos los profesionales de Terapia Ocupacional que intervienen con personas con SDRC con lesión de miembro superior tienen la misma posibilidad de ser elegidos para formar parte de la muestra, sino que se reduce al porcentaje de Terapistas Ocupacionales que participen de la lista de mails de Terapia Ocupacional. Otra característica de la elección de este subtipo fue que los investigadores pueden utilizar una muestra intencional ya que los encuestados cumplen con una descripción o propósito específico que es necesario para realizar la investigación.

Procedimiento muestral:

Se utilizó el subtipo *intencional* para convocar a través de un mail a listas de grupos de profesionales de Terapia Ocupacional de CABA (Ciudad Autónoma de Buenos Aires) y GBA (Gran Buenos Aires), que hayan trabajado con personas con SDRC en miembro superior; que hayan utilizado las intervenciones según el marco de trabajo; y estuvieran dispuestos a realizar la encuesta. El Marco de Trabajo para la Práctica de Terapia Ocupacional (AOTA; 2010), plantea el proceso de intervención, y clasifica el uso terapéutico de las ocupaciones y de las actividades en: Intervención basada en la ocupación; Actividades con propósito; y Métodos preparatorios.

Una vez finalizada esta etapa, se enviaron las encuestas pertinentes y el consentimiento informado a los Terapistas que hayan aceptado ser parte de esta muestra; se esperó las respuesta de los mismos para luego recopilar los datos manualmente para su posterior análisis. Se imprimió cada encuesta, se le denominó un número a cada encuesta y a cada pregunta. Se decodificaron las respuestas cuantitativas; y se tradujeron las respuestas cualitativas (el procesamiento y sistematización de dichos datos se encuentra en el apartado 'Análisis de los Datos', página 27 del presente trabajo).

Criterios de inclusión

- Profesionales de Terapia Ocupacional que intervienen en la rehabilitación de personas con SDRC con lesión de miembro superior en CABA y GBA en el año 2016.
- Profesionales que realizan sus intervenciones según el Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional.
- Que acepten realizar encuesta.

Criterios de exclusión

- Profesionales que no realizan sus intervenciones dentro del Uso Terapéutico de las Ocupaciones y de las Actividades, según el Marco de Trabajo.

DEFINICIONES OPERACIONALES

Se detallan a continuación de cada variable.

Unidad de análisis (UA): “Cada uno de los profesionales de Terapia Ocupacional, de CABA y GBA, que realicen intervenciones según el Marco de Trabajo para la Práctica de TO a pacientes adultos con lesión de miembro superior y Síndrome Doloroso Regional Complejo en el año 2016”.

Variable 1 (V): Uso terapéutico de las ocupaciones y las actividades: ocupaciones y actividades seleccionadas por los profesionales en conjunto con los pacientes que cumplen objetivos terapéuticos.

R1:

- Métodos preparatorios
- Actividades con propósito
- Intervención basada en la ocupación
- Métodos preparatorios y Actividades con propósito.
- Actividades con propósito e Intervención basada en la ocupación.
- Métodos preparatorios e Intervención basada en la ocupación.
- Métodos preparatorios, actividades con propósito e intervención basada en la ocupación.

Tipo de variable: Cualitativa, politómica – Necesaria, Simple.

Nivel de medición: Nominal.

Indicador: El procedimiento de medición se realizó a través de una encuesta (pregunta N°11), donde el terapeuta ocupacional indicó qué intervención/es utiliza/ha utilizado más frecuentemente con los pacientes. Se basó en la definición que brinda el Marco de Trabajo para clasificarlas y se marcó con una cruz la opción correspondiente. Por ejemplo, si el terapeuta responde que utilizó más frecuentemente baños de contraste con los pacientes, las encuestadoras lo encasillaron en métodos preparatorios.

Considerando que Intervención basada en la ocupación son aquellas en las que la persona participe en ocupaciones de acuerdo a los objetivos de intervención identificados; Actividades con propósito, la persona participa en actividades seleccionadas específicamente para permitirle desarrollar habilidades que promuevan la participación ocupacional; Métodos preparatorios, el terapeuta ocupacional selecciona métodos y técnicas que preparan a la persona para su desempeño ocupacional.

V2: Zona de miembro superior afectada: localización del área del miembro superior más frecuentemente afectada, según los terapeutas ocupacionales encuestados.

R2:

- Mano-Muñeca.

- Codo-Hombro.
- Otros

Tipo de variable: Cualitativa, politómica – Necesaria, simple.

Nivel de medición: Nominal.

Indicador: Se dividieron las zonas de lesión del miembro superior en dos grupos: mano-muñeca y codo-hombro, para obtener datos de forma sistematizada. El procedimiento de medición se realizó a través de una encuesta (pregunta N°10), donde el terapeuta ocupacional indicó sobre la localización más frecuente de la lesión en cada uno de los pacientes. Así, se marcó con una cruz si la lesión de miembro superior se corresponde al complejo mano-muñeca, codo-hombro, o bien si la lesión es en todo el miembro o distinta combinación de articulaciones (otros).

V3: Lugar de atención: referido a la zona de localización de las instituciones donde trabajan los profesionales de Terapia Ocupacional encuestados.

R3:

- Partidos del Gran Buenos Aires
- Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Tipo de variable: Cualitativa, dicotómica – Suficiente, simple.

Nivel de medición: Nominal.

Indicador: El procedimiento de medición se realizó a través de una encuesta (pregunta N° 1). El encuestado indicó sobre el barrio al cual pertenece la Institución, para luego clasificarla en Ciudad Autónoma de Buenos Aires o Gran Buenos Aires.

Para los partidos de Gran Buenos Aires, se tomó la clasificación brindada por el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos de la República Argentina): Almirante Brown; Avellaneda; Berazategui; Esteban Echeverría; Ezeiza; Florencio Varela; General San Martín; Hurlingham; Ituizangó; José C. Paz; La Matanza; Lanús; Lomas de Zamora; Malvinas Argentinas; Merlo; Moreno; Morón; Quilmes; San Fernando; San Isidro; San Miguel; Tigre; Tres de Febrero; y Vicente López.

Para la Ciudad Autónoma de Buenos Aires se tomó la clasificación en barrios del Gobierno de la Ciudad: Agronomía; Almagro; Balvanera; Barracas; Belgrano; Boedo; Caballito; Chacarita; Coghlan; Colegiales; Contitución; Flores; Floresta; La Boca; La Paternal; Liniers; Mataderos; Monte Castro; Monserrat; Nueva Pompeya; Nuñez; Palermo; Parque Avellaneda; Parque Chacabuco; Parque Chas; Parque Patricios; Puerto Madero; Recoleta; Retiro; Saavedra; San Cristobal; San Nicolás; San Telmo; Versalles; Villa Crespo; Villa Devoto; Villa General Mitre; Villa Lugano; Villa Luro; Villa Ortúzar; Villa Pueyrredón; Villa Real; Villa Riachuelo; Villa Santa Rita; Villa Soldati; Villa Urquiza; Villa del Parque; y Vélez Sarsfield.

V4: Dependencia de los hospitales: dependencia económica – administrativa de las Instituciones donde trabajan los terapeutas ocupacionales encuestados.

R4:

- Estatal
- Privado
- Otros

Tipo de variable: Cualitativa, politómica- Suficiente, simple

Nivel de medición: Nominal

Indicador: El procedimiento de medición se realizó a través de una encuesta (pregunta N°2), donde los encuestados colocaron una cruz según la dependencia económica-administrativa de las instituciones; sea Estatal, Privado u otro tipo de dependencia como una ONG, o que trabaje en varias instituciones con dependencia mixta.

Por estatal se entiende, según la Real Academia Española, que es perteneciente o relativo al Estado. Y por privado, que no es propiedad pública o estatal sino que pertenece a particulares.

V5: Estimación de la duración del tratamiento en pacientes con SDRC: duración aproximada del tratamiento en pacientes con SDRC que consideran los terapeutas ocupacionales encuestados.

R5:

- 0 a 5 meses
- 6 a 11 meses
- 12 meses o más

Tipo de variable: Cuantitativa, discreta - Suficiente, simple.

Nivel de medición: De razón

Indicador: En la encuesta (pregunta N° 7), el terapeuta ocupacional encuestado indicó su estimación sobre el tiempo de tratamiento de TO que normalmente tienen los pacientes con SDRC. Luego las encuestadoras marcaron con una cruz el intervalo al que corresponde: de 0-5 meses; de 6-11 meses; o bien de 12 meses en adelante.

V6: Existencia de tratamiento con equipo interdisciplinario: consideración de los terapeutas ocupacionales encuestados, en relación a la existencia de trabajo interdisciplinario en pacientes con SDRC.

R6: existencia de trabajo en conjunto con otras disciplinas, teniendo como objeto en común la rehabilitación del paciente.

- Sí
- No

Tipo de variable: Cualitativa, dicotómica – Suficiente, simple.

Nivel de medición: Nominal.

Indicador: El procedimiento de medición se realizó a través de la encuesta (pregunta N°8), marcando con una cruz en <Sí>, si el profesional considera que existe el trabajo

interdisciplinario en pacientes con SDRC. Se marcó con una cruz en <No> si considera lo contrario.

V7: Factores más predisponentes: características que consideran los terapeutas ocupacionales de los pacientes, que influyen en el desarrollo del SDRC.

R7:

- Factores emocionales
- Factores físicos
- Factores cognitivos
- Otros

Tipo de variable: Cualitativa, politómica – Suficiente, simple.

Nivel de medición: Nominal.

Indicador: El procedimiento de medición se realizó a través de la encuesta (pregunta N°5). El TO marcó con una cruz la opción que mencione como el factor predisponente más relevante un SDRC; sean factores emocionales, físicos, cognitivos u otros. Solo se podía seleccionar una opción.

V8: Tipos de evaluaciones: evaluaciones que utilizan los terapeutas ocupacionales en pacientes con SDRC.

R8:

- Estandarizadas
- No estandarizadas
- Estandarizadas y No estandarizadas
- Otras

Tipo de variable: Cualitativa, politómica – Suficiente, simple.

Nivel de medición: Nominal

Indicador: El procedimiento de medición se realizó a través de la encuesta (pregunta N°6), el terapeuta encuestado indicó qué evaluaciones ha utilizado más frecuentemente con los pacientes. Luego las encuestadoras lo encasillaron según correspondan en Estandarizadas, No estandarizadas, Estandarizadas y No estandarizadas u Otras. Considerando que las evaluaciones estandarizadas se refieren a aquellas que están validadas y tienen instrucciones claras para su aplicación de forma que los resultados son invariables independientemente de quién sea el evaluador. Las evaluaciones no estandarizadas, no están validadas.

V9: Especialización del Terapeuta Ocupacional sobre SDRC: realización de especializaciones en SDRC por parte de los terapeutas ocupacionales (Cursos, Posgrados).

R9:

- Sí

- No

Tipo de variable: Cualitativa, dicotómica – Suficiente, simple.

Nivel de medición: Nominal.

Indicador: El procedimiento de medición se realizó a través la encuesta (pregunta N° 3) donde se marcó con una cruz <Sí> si el terapeuta ocupacional ha realizado algún tipo de especialización académica sobre el síndrome; o la opción <No> si el terapeuta no ha realizado ninguna especialización sobre el tema.

V10: Percepción sobre la existencia de suficiente bibliografía en Terapia Ocupacional sobre SDRC: existencia de información bibliográfica sobre SDRC en terapia ocupacional.

R10:

- Sí
- No

Tipo de variable: Cualitativa, dicotómica – Suficiente, simple.

Nivel de medición: Nominal.

Indicador: El procedimiento de medición se realizó a través de la encuesta (pregunta N°9). Se marcó <Sí>, si el terapeuta cree que la bibliografía en la disciplina sobre el SDRC es suficiente; o la opción <No>, si el terapeuta cree que la información bibliográfica es insuficiente.

V11: Resultado de las intervenciones: valoración de los resultados de la intervención del terapeuta ocupacional con el paciente con SDRC.

R11:

- Poco satisfactorio
- Satisfactorio
- Muy satisfactorio.

Tipo de variable: Cualitativa, politómica – Suficiente, simple

Nivel de medición: Ordinal.

Indicador: El procedimiento de medición se realizó a través de la encuesta (pregunta N°12). El Terapeuta indicó acerca de cómo son generalmente los resultados del tratamiento, marcando con una cruz según su respuesta. Teniendo en cuenta que se considera <poco satisfactorio> cuando el paciente abandonada el tratamiento, o se interrumpe por diversas situaciones; <satisfactorio> cuando el paciente logra finalizar el tratamiento, pero no se cumplen con todos los objetivos; y <muy satisfactorio> cuando se logran cumplir con los objetivos pautados.

V12: Frecuencia de atención de pacientes con SDRC: cantidad de intervenciones con pacientes con SDRC en un año.

R12:

- Poco frecuente
- Frecuente
- Muy frecuente

Tipo de variable: Cualitativa, politómica – Suficiente, simple

Nivel de medición: Nominal.

Indicador: El proceso de medición se realizó a través de la encuesta (pregunta N°4), donde el Terapeuta Ocupacional indicó la frecuencia con la que interviene con pacientes con SDRC. Se marcó con una cruz la respuesta obtenida, teniendo en cuenta que se considera <poco frecuente> hasta 5 pacientes por año; <frecuente> de 6 a 10 pacientes por año; y <muy frecuente> de 11 a más pacientes.

FUENTES DE DATOS

Las fuentes seleccionadas para la presente investigación fueron profesionales de Terapia Ocupacional, que intervinieron con pacientes con lesiones en miembro superior y con SDRC. Son fuentes de tipo *primario*, debido a que se obtiene el dato en bruto, de la persona que forma el eje de la investigación directamente.

INSTRUMENTOS

Para la recolección de datos del presente trabajo de investigación se utilizó como instrumento la *encuesta*. Según García Ferrando (1994) en Rubio y Varas (2004), la encuesta es una investigación que se realiza sobre una muestra seleccionada en un contexto real y con procedimientos estandarizados de interrogación, apuntando a obtener datos cuantitativos.

Se seleccionó el tipo de encuesta *por correo*, que según los autores mencionados es aquella en la cual el encuestador envía las preguntas mediante correo (electrónico en este caso) y el encuestado reflexiona y responde, según su disponibilidad horaria, para luego reenviar el archivo con las respuestas. Aunque es un método considerado riesgoso ya que no es personal, el tipo de información que se maneja en el presente trabajo no representa una variable que afecte al tema seleccionado. Igualmente teniendo en cuenta estas características del método seleccionado, la encuesta debe ser breve, concisa y clara.

Para el diseño del cuestionario se han desarrollado preguntas con respuestas de tipo *semicerradas*. Estas tienen como características la opción de <otros>, en la cual el entrevistado tiene la posibilidad de elegir otra alternativa más acorde a su realidad, pudiendo así especificar cuáles. En partes de la encuesta, el entrevistado ha podido agregar algún comentario que crea pertinente, lo que ha sido tomado en cuenta en la conclusión final del trabajo.

El modelo de encuesta se encuentra en el anexo n°1.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Procesamiento

Para la recolección de datos se utilizó como instrumento una encuesta para cada entrevistado. Para el procesamiento de los datos cuantitativos se identificó la unidad de análisis a través de la numeración de las planillas a medida que se iban realizando (Encuesta N° 1; Encuesta N° 2;...).

La organización y volcado de la información se realizó en una base de datos informática con asistencia de programa inespecífico (Microsoft Office Excel), donde se encuentran las unidades de análisis y las variables correspondientes.

En color azul se marcaron las variables necesarias. Se han realizado las siguientes asignaciones de etiquetas: la variable 1 “Uso terapéutico de las ocupaciones y de las Actividades” se etiquetó como <Intervenciones>; la V2 “Zona de miembro superior afectada” se etiquetó como <Zona MMSS>; la V4 “Dependencia de los Hospitales” se etiquetó como <Dependencia>; la V5 “Estimación de la duración del tratamiento en paciente con SDRC” se etiquetó como <Duración tratamiento>; la V6 “Existencia de tratamiento con equipo interdisciplinario” se etiquetó como <Equipo interdisciplinario>; la V7 “Factores más predisponentes” se etiquetó como <Factores predisponentes>; la V8 “Tipos de evaluaciones” se etiquetó como <Evaluaciones>; la V9 “Especialización del Terapeuta Ocupacional sobre SDRC” se etiquetó como <Especialización>; la V10 “Suficiente bibliografía en TO sobre SDRC” se etiquetó como <Bibliografía>; la V11 “Resultado de las intervenciones” se etiquetó como <Resultados>; y por último, la V12 “Frecuencia de atención de pacientes con SDRC” se etiquetó como <Frecuencia de atención>.

Sistematización

Se realizó la *codificación* de los siguientes datos: en la pregunta N° 2 “Dependencia de la Institución”, cuando el encuestado respondió <Estatad> se codificó como 1; <Privada> como 2; y <Otros> como 3. En la pregunta N° 3 “Especialización del TO sobre SDRC”, se codificó <Si> como 1; y <No> como 2. En la pregunta N°5 “Factores más predisponentes”, cuando el encuestado respondió <Factores emocionales> se codificó como 1; <Factores físicos> como 2; <Factores cognitivos> como 3; y <Otros> como 4. En la pregunta N°8 “Equipo interdisciplinario”, se codificó <Sí> como 1; y <No> como 2. En la pregunta N° 9 “Información suficiente sobre tratamiento de SDRC en TO”, se codificó <Sí> como 1; y <No> como 2.

Se realizó *traducción* de los siguientes datos: en la pregunta N° 1 “Ubicación de la Institución” se tradujo <Partidos de Gran Buenos Aires> cuando el encuestado respondió una de las siguientes localidades: Almirante Brown, Avellaneda, Berazategui, Esteban Echeverría, Ezeiza, Florencio Varela, General San Martín, Hurlingham, Ituizangó, José C. Paz, La Matanza, Lanús, Lomas de Zamora, Malvinas Argentinas, Merlo, Moreno, Morón, Quilmes, San Fernando, San Isidro, San Miguel, Tigre, Tres de Febrero, o Vicente López. Mientras que se tradujo <Ciudad Autónoma de Buenos Aires> cuando el encuestado respondió alguno de estos barrios:

Agronomía; Almagro; Balvanera; Barracas; Belgrano; Boedo; Caballito; Chacarita; Coghlan; Colegiales; Contitución; Flores; Floresta; La Boca; La Paternal; Liniers; Mataderos; Monte Castro; Monserrat; Nueva Pompeya; Nuñez; Palermo; Parque Avellaneda; Parque Chacabuco; Parque Chas; Parque Patricios; Puerto Madero; Recoleta; Retiro; Saavedra; San Cristobal; San Nicolás; San Telmo; Versalles; Villa Crespo; Villa Devoto; Villa General Mitre; Villa Lugano; Villa Luro; Villa Ortúzar; Villa Pueyrredón; Villa Real; Villa Riachuelo; Villa Santa Rita; Villa Soldati; Villa Urquiza; Villa del Parque; y Vélez Sarsfield.

En la pregunta N°4 “Frecuencia de pacientes”, se tradujo como <poco frecuente> cuando el encuestado respondió hasta 5 pacientes por año; <frecuente> de 6 a 10 pacientes por año; y <muy frecuente> de 11 a más pacientes. En la pregunta N°6 “Evaluaciones utilizadas”, se tradujo <estandarizadas> cuando el entrevistado respondió evaluaciones que estuvieran validadas y tengan instrucciones claras para su aplicación de forma que los resultados sean invariables independientemente de quién sea el evaluador; <no estandarizadas>, cuando el encuestado haya mencionado evaluaciones que no estuvieran validadas; <Estandarizadas y No estandarizadas>, cuando el encuestado indicó que utiliza ambos tipos, instrumentos validados y no validados; y <Otros> cuando la respuesta obtenida no pueda ser encasillada en ninguna de las opciones anteriores. En la pregunta N°7 “Duración del tratamiento”, según la respuesta numérica en meses del encuestado, se tradujo en intervalos que van de <0-5 meses>; <6-11 meses>; <12 meses o más>. En la pregunta N°10, se tradujo en <Mano-muñeca>, cuando el encuestado refirió que la zona de lesión más frecuente es una o ambas articulaciones mencionadas; <Codo-Hombro>, cuando refirió una o ambas articulaciones mencionadas; u <Otros>, si la respuesta del terapeuta respecto a la zona de lesión más frecuente correspondía a otra combinación del miembro superior. En la pregunta N° 11 “Intervenciones del T.O”, se tradujo como <Intervención basada en la ocupación> cuando el encuestado refirió realizar intervenciones en las que la persona participe en ocupaciones de acuerdo a los objetivos de intervención identificados; <Actividades con propósito>, cuando las intervenciones mencionadas se basaban en la participación de la persona en actividades seleccionadas específicamente para permitirle desarrollar habilidades que promuevan la participación ocupacional; <Métodos preparatorios>, cuando las intervenciones que el terapeuta ocupacional seleccionó hayan sido métodos y técnicas que preparan a la persona para su desempeño ocupacional; <Métodos preparatorios y Actividades con propósito>, cuando el encuestado refirió haber realizado intervenciones que combinen ambas opciones; <Actividades con propósito e Intervenciones basadas en la ocupación>, cuando el encuestado refirió haber realizado intervenciones que se encasillan en ambas opciones; <Métodos preparatorios e Intervenciones basadas en la ocupación> cuando el encuestado refirió haber realizado intervenciones que combinen ambas opciones; <Métodos preparatorios, Actividades con propósito e Intervenciones basadas en la ocupación> cuando el encuestado refirió haber realizado intervenciones que correspondan a los tres tipos, según el Marco de Trabajo. Por último, en la pregunta N° 12 “Resultados, se

tradijo como <poco satisfactorio> cuando el encuestado respondió que frecuentemente se abandona el tratamiento, o se interrumpe por diversas situaciones; <satisfactorio> cuando haya referido que se logra finalizar el tratamiento, pero no se cumplen con todos los objetivos; y <muy satisfactorio> cuando haya indicado que se logra cumplir con los objetivos pautados.

Análisis y Resultados

El tipo de análisis que se llevó a cabo es *cuantitativo*, ya que se cuantificaron los datos obtenidos del instrumento seleccionado (Encuesta) en las diferentes tablas. Se realizó análisis univariado para las siguientes variables cualitativas a través de Tablas de Frecuencia: V1 “Intervenciones”; V2 “Zona de MMSS”; V3 “Lugar de Atención”; V4 “Dependencia”; V6 “Equipo interdisciplinario”; V7 “Factores predisponentes”; V8 “Evaluaciones”; V9 “Especialización”; V10 “Bibliografía”; V11 “Resultados”; y V12 “Frecuencia de atención”. Se realizó Análisis Univariado para la variable cuantitativa V5 “Duración del tratamiento” a través de Medidas de Tendencia Central, utilizando la Media, en la cual se reflejó cualquier alteración que se produzca en el dato; y medidas de Dispersión, como máximo y mínimo para obtener los extremos de duración del tratamiento que lleva la muestra seleccionada; y desviación estándar, para evaluar cuán dispersa fue la muestra.

Para el objetivo específico *“Identificar las intervenciones de los profesionales de Terapia Ocupacional en pacientes adultos con lesión de miembro superior con SDR en CABA y GBA en el año 2016”* se analizaron los resultados de las tablas de frecuencia con el fin de identificar las intervenciones más utilizadas.

Con el siguiente objetivo específico *“Relacionar las zonas del miembro superior afectadas con los tipos de intervención utilizados”* se realizó un análisis bivariado cruzando las frecuencias de las variables cualitativas V1 <Intervenciones> y V2 <Zona MMSS> para identificar los tipos de intervención más utilizados según la zona afectada.

Un análisis bivariado adicional para el presente trabajo fue el cruce de las frecuencias de la V7 “Factores predisponentes” y V11 “Resultados”; se buscó conocer la relación existente entre los factores predisponentes del síndrome y los resultados obtenidos de las intervenciones.

Por último, se realizó otro análisis bivariado adicional entre V1 “Intervenciones” y V11 “Resultados”. Se buscó la relación entre el tipo de intervención utilizado y los resultados que arrojan según los Terapistas encuestados.

Se planteó la Hipótesis Nula (H0) y la Hipótesis Alternativa (H1) por cada objetivo y cruces adicionales. Ya que la diferencia de lo analizado en los cruces fue amplia, se compararon las diagonales para ver las tendencias, y así confirmar H1 y refutar H0. Debido al bajo número muestral y a la marcada diferencia entre las diagonales, no fue necesario realizar ningún test estadístico.

Para la presentación de los resultados se llevaron a cabo las tablas de frecuencia y de contingencia mencionadas anteriormente. Luego, en base a los datos obtenidos se realizaron los gráficos correspondientes según las características de cada variable. Se realizó una descripción de los datos que se observan junto con los gráficos para mayor comprensión (Ver apartado 'Resultados', página 31 del presente trabajo).

RESULTADOS

La muestra de la presente investigación estuvo conformada por un total de 9 terapeutas ocupacionales que intervienen en la rehabilitación de personas con SDRC con lesión de miembro superior en CABA y GBA en el año 2016; y que realizan sus intervenciones según el Marco de Trabajo de Terapia Ocupacional.

A partir de los datos observados (gráfico N° 1), del total de los terapeutas ocupacionales entrevistados, 5 de 9 atienden en instituciones ubicadas en la Ciudad de Buenos Aires; mientras que 4 de 9 trabajan en instituciones del Gran Buenos Aires.

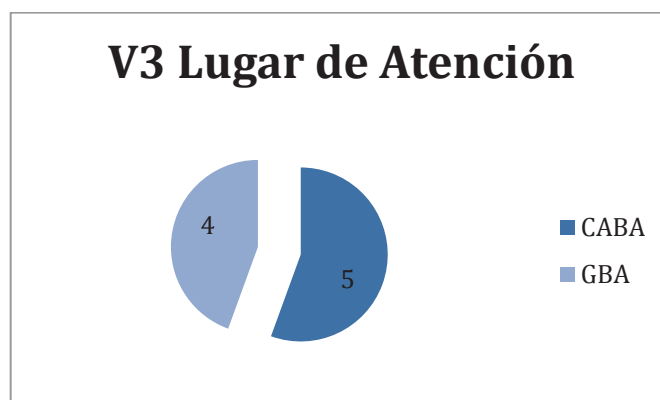


Gráfico N°1: Gráfico de torta de la frecuencia de lugar de atención donde Terapeutas ocupacionales intervienen con pacientes con SDRC, en el año 2016. N=9

En cuanto a la dependencia de las instituciones donde trabajan los terapeutas ocupacionales encuestados, podemos observar que 6 de 9 de ellos trabajan en instituciones de dependencia privada; 1 en dependencia estatal; y 2 en instituciones de ambas dependencias o de una sociedad alternativa, por ejemplo ONG (gráfico n° 2).

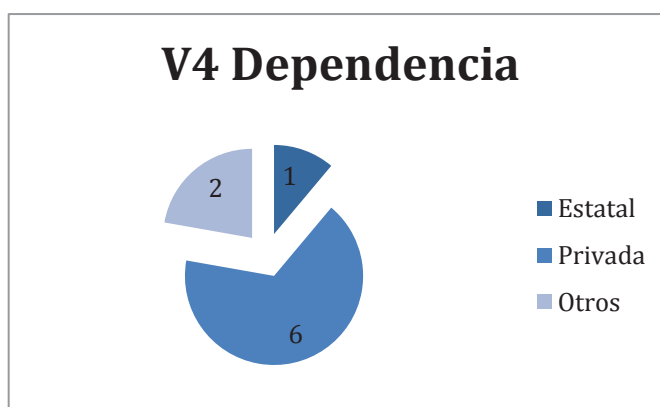


Gráfico N°2: Gráfico de torta de la frecuencia de la dependencia económica-administrativa de las Instituciones donde los Terapeutas Ocupacionales intervienen con pacientes con SDRC, en CABA y GBA, en el año 2016. N=9

Con respecto a la variable *Evaluaciones*, se refiere a las evaluaciones que utilizan los terapeutas ocupacionales en pacientes con SDRC. Considerando que las evaluaciones estandarizadas se refieren a aquellas que están validadas y tienen instrucciones claras para su aplicación de forma que los resultados son invariables independientemente de quién sea el evaluador. Las evaluaciones no estandarizadas, no están validadas. Según los datos observados (gráfico N° 3), las evaluaciones mayormente utilizadas por los terapeutas encuestados en pacientes con SDRC son evaluaciones combinadas entre estandarizadas y no estandarizadas (6 de 9); mientras que en segundo lugar, los terapeutas ocupacionales prefieren utilizar sólo evaluaciones no estandarizadas (3 de 9). Entre las respuestas obtenidas, se mencionan evaluaciones no estandarizadas como observación clínica (actitud, postura de miembro afectado, trofismo de piel y uñas, coloración, sudoración, presencia de cicatrices, entre otras); entrevistas con el paciente (búsqueda de factores psicoemocionales). Entre las evaluaciones estandarizadas predominan goñiometría, medición de edema circunferencial, dinamometría, habilidad funcional de la mano, sensibilidad (monofilamentos), entre otros.

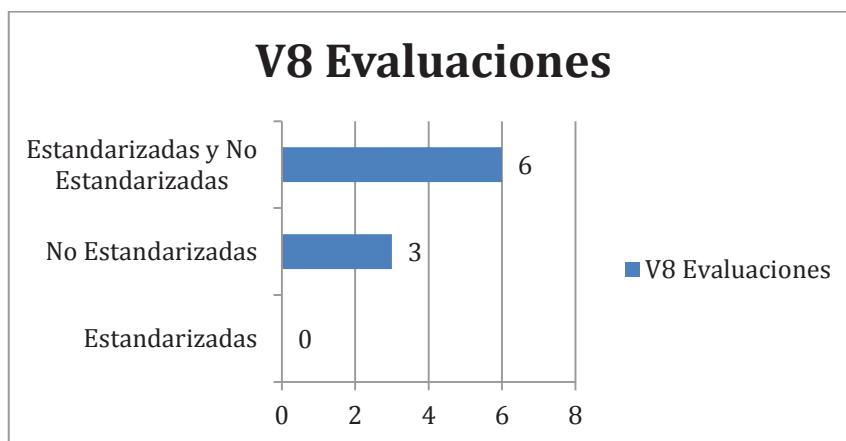


Gráfico N° 3: Gráfico de barra de la frecuencia del tipo de evaluaciones utilizadas por los Terapeutas Ocupacionales en pacientes con SDRC, en CABA y GBA, en el año 2016. N=9

Según la variable *Trabajo Interdisciplinario*, la cual se refiere a la existencia de trabajo en conjunto con otras disciplinas teniendo como objeto en común la rehabilitación del paciente, 8 de 9 terapeutas ocupacionales encuestados creen que existe el trabajo interdisciplinario para trabajar con pacientes con SDRC; en cambio, 1 de 9 no cree que exista dicha metodología de trabajo en sus instituciones (gráfico n° 4). En la mayoría de las respuestas se resalta lo fundamental del trabajo interdisciplinario conformado en conjunto con psicólogos, médicos, kinesiólogos y psiquiatras si es necesario.



Gráfico N°4: Gráfico de torta de la frecuencia de existencia del trabajo interdisciplinario en el tratamiento del SDRC, según Terapistas ocupacionales encuestados, en CABA y GBA, en el año 2016. N=9

La variable *Especialización*, se refiere a la realización de especializaciones en SDRC por parte de los terapistas ocupacionales (Cursos, Posgrados). Según los datos obtenidos (gráfico N° 5), 5 de 9 de los terapistas encuestados han realizado especializaciones (cursos, seminarios, congresos, entre otros) acerca del SDRC; mientras que 4 de 9 no ha presenciado espacios como los antes mencionados. La gran mayoría se refieren a actualizaciones anuales de la Asociación Argentina de Cirugía de Mano.



Gráfico N° 5: Gráfico de torta de la frecuencia de especialización de los terapistas ocupacionales encuestados sobre SDRC, en CABA y GBA en el año 2016. N=9

La variable *Bibliografía*, se refiere a la percepción sobre la existencia de información sobre SDRC en terapia ocupacional. Según los terapistas ocupacionales encuestados (gráfico N° 6), 1 de 9 refiere que existe suficiente bibliografía en Terapia Ocupacional sobre SDRC, mientras que 8 de 9 creen que la bibliografía existente no es suficiente.

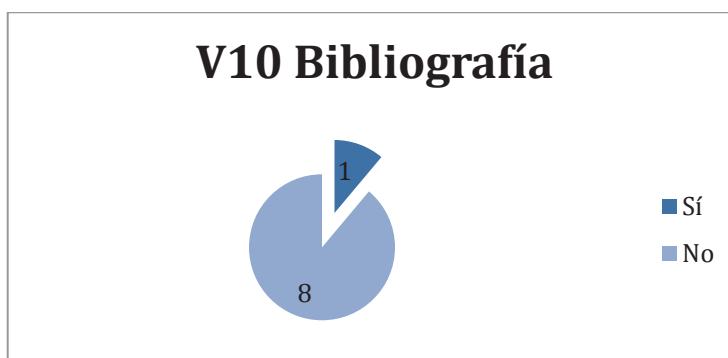


Gráfico N° 6: Gráfico de torta de la frecuencia de la existencia de suficiente bibliografía en Terapia Ocupacional sobre SDRC según los terapeutas ocupacionales encuestados, en CABA y GBA en el año 2016. N=9

La variable *Frecuencia de Atención* se refiere a la cantidad aproximada de intervenciones con pacientes con SDRC en un año. Teniendo en cuenta que se considera <poco frecuente> hasta 5 pacientes por año; <frecuente> de 6 a 10 pacientes por año; y <muy frecuente> de 11 a más pacientes. Según la mayoría de los terapeutas ocupacionales encuestados (6 de 9) la cantidad de casos de pacientes con SDRC es poco frecuente; mientras que 2 de 9 refieren que son muy frecuentes en la institución donde trabajan; y 1 de 9 afirma que son casos frecuentes.(gráfico N° 7).

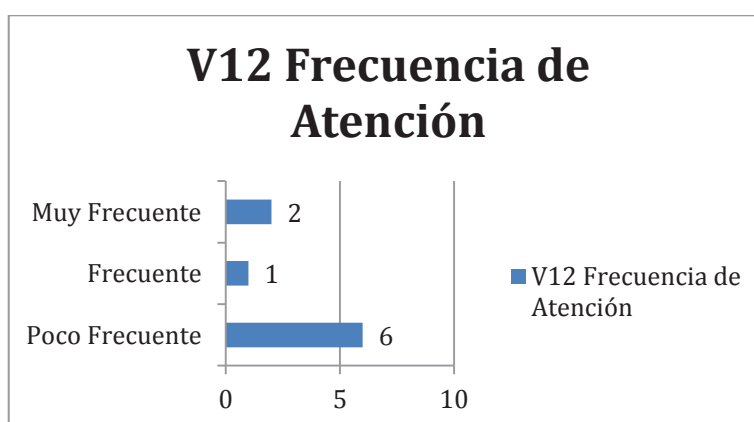


Gráfico N° 7: Gráfico de barras de la frecuencia de atención de pacientes con SDRC según los terapeutas ocupacionales encuestados, en CABA y GBA en el año 2016. N=9

La variable *Duración de Tratamiento* se refiere a la duración aproximada que consideran los Terapeutas Ocupacionales del tratamiento en pacientes con SDRC. Se clasificó en intervalos de 0-5 meses, 6-11 meses, o más de doce meses. Según los datos obtenidos (tabla N° 1), un promedio de la duración de tratamiento en pacientes con SDRC es de 9.2 meses, siendo en la mayoría de ellos una duración máxima de 12 meses y un mínimo de 2 meses de tratamiento.

Observando las respuestas cualitativas, los terapeutas ocupacionales encuestados consideran que los pacientes llegan tarde al tratamiento luego de haber pasado por

otras instancias con otras disciplinas. Por lo tanto, la capacidad de empatía del profesional y la motivación de la persona, son parte fundamental del tratamiento.

V5: Duración del tratamiento	
Media	9.2
Máximo	12
Mínimo	2
DS	3.53

Tabla N° 1: Medidas de Tendencia Central y de Dispersión de la duración del tratamiento en los pacientes con SDRC según los terapeutas ocupacionales encuestados, en CABA y GBA en el año 2016. N=9

Con respecto al objetivo específico “*Identificar las intervenciones de los profesionales de Terapia Ocupacional en pacientes adultos con lesión de miembro superior con SDRC en CABA y GBA en el año 2016*” se analizaron los resultados de las tablas de frecuencia con el fin de identificar las intervenciones más utilizadas. Con la variable *Intervenciones*, nos referimos a las ocupaciones y actividades seleccionadas por los profesionales en conjunto con los pacientes que cumplen objetivos terapéuticos. Estas pueden ser: Métodos preparatorios; Actividades con propósito; Intervención basada en la ocupación; Métodos preparatorios y Actividades con propósito; Actividades con propósito e Intervención basada en la ocupación; Métodos preparatorios e Intervención basada en la ocupación; o Métodos preparatorios, actividades con propósito e intervención basada en la ocupación.

Según los datos obtenidos (gráfico N°8), se observa una marcada preferencia por parte de los Terapeutas Ocupacionales en utilizar métodos preparatorios como intervención (7 de 9); mientras que en segundo lugar se agregan a los métodos preparatorios, las intervenciones basadas en la ocupación (2 de 9). De las respuestas obtenidas en las encuestas, como ya lo mencionamos anteriormente, predominan los métodos preparatorios. Como ejemplo de estas intervenciones se mencionan movilizaciones pasivas, activo asistidas y activas; vendajes; baños de contraste; taping neuromuscular; ejercicios de bombeo; elongación; tratamiento de sensibilidad; ferulaje; y fortalecimiento en la etapa final. En cuanto a las intervenciones basadas en la ocupación, describen adaptaciones o modificaciones temporarias en sus AVD.

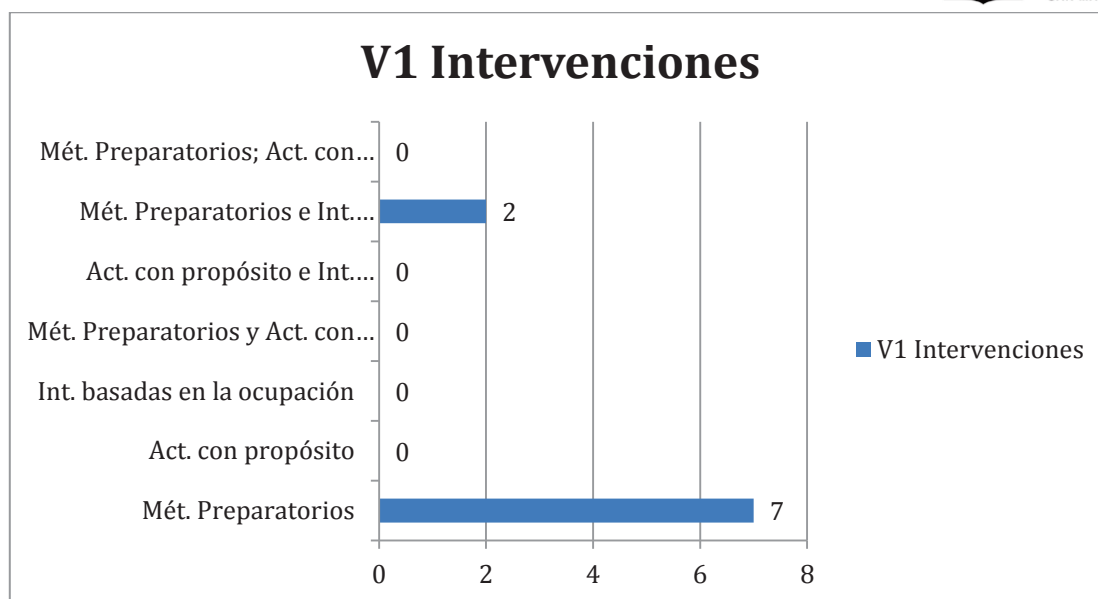


Gráfico N° 8: Gráfico de barras de la frecuencia de Intervenciones de TO en pacientes adultos con SDRC en miembro superior, en CABA y GBA en el año 2016. N=9

La variable *Zona de Miembro Superior* se refiere a la localización del área del miembro superior más frecuentemente afectada que consideran los Terapeutas Ocupacionales encuestados, en referencia a pacientes con SDRC. Según los datos obtenidos en el trabajo de campo (gráfico N° 9), la zona de lesión de miembro superior que mayormente presenta SDRC, es el conjunto mano-muñeca (8 de 9), especificando en su gran mayoría el carpo y las articulaciones metacarpofalángica; mientras que 1 de 9 terapeutas encuestados ha seleccionado otras combinaciones de zonas que con mayor frecuencia presentan un SDRC, como por ejemplo mano-hombro.

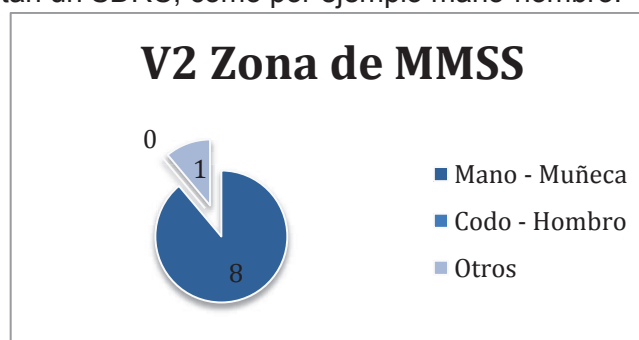


Gráfico N°9: Gráfico de torta de la frecuencia de zona de lesiones de miembro superior en pacientes adultos con SDRC, en CABA y GBA, en el año 2016. N=9

La variable *Factores Predisponentes* se refiere a las características que consideran los Terapeutas Ocupacionales de los pacientes, que influyen en el desarrollo del SDRC. Estos mismos pueden ser factores emocionales, físicos, cognitivos, u otros. Según los datos obtenidos, podemos observar que 8 de 9 terapeutas ocupacionales encuestados han determinado que el mayor factor predisponente para un SDRC es el emocional; mientras que en 1 de 9 ha elegido los factores físicos como los más predisponentes

(gráfico N° 10). Con respecto a los factores emocionales, han mencionado que los pacientes con SDRC suelen tener características similares en las personalidades. Al llegar a un grado de confianza y empatía, coinciden en situaciones de vida traumática previas al síndrome. Así como también se muestran con humor cambiante y alto nivel de ansiedad.

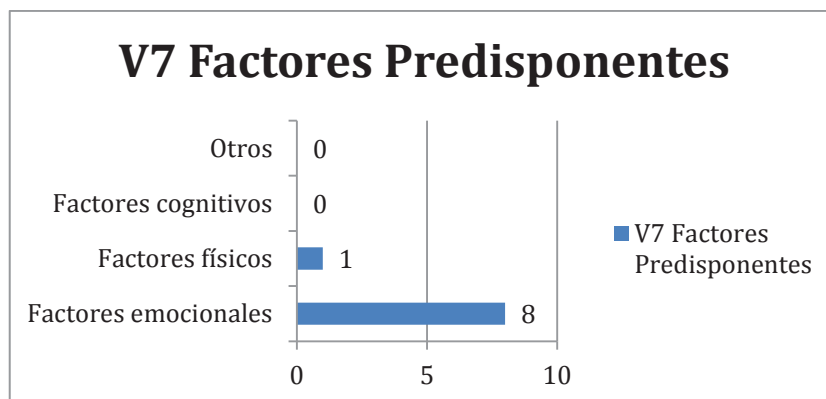


Gráfico N°10: Gráfico de torta de la frecuencia de los factores más predisponentes del SDRC, según Terapistas Ocupacionales encuestados, en CABA y GBA en el año 2016. N=9

La variable *Resultados* se refiere a la valoración de los resultados de la intervención del terapeuta ocupacional con el paciente con SDRC. Se considera <poco satisfactorio> cuando el paciente abandona el tratamiento, o se interrumpe por diversas situaciones; <satisfactorio> cuando el paciente logra finalizar el tratamiento, pero no se cumplen con todos los objetivos; y <muy satisfactorio> cuando se logran cumplir con los objetivos pautados. Según los datos obtenidos (gráfico N° 11), el resultado del tratamiento de Terapia Ocupacional es en su mayoría satisfactorio (6 de 9); mientras que 1 de 9 de los terapeutas cree que los resultados son poco satisfactorios; y 2 de 9 refieren que son muy satisfactorios. Con respecto a las respuestas, los encuestados que contestaron que consideraban generalmente el tratamiento como satisfactorio, respondieron que los objetivos nunca se cumplen en su totalidad; gran parte de los casos presentan secuelas residuales. Resaltan la importancia del compromiso del paciente en el tratamiento, así como también lograr la confianza en sí mismo.

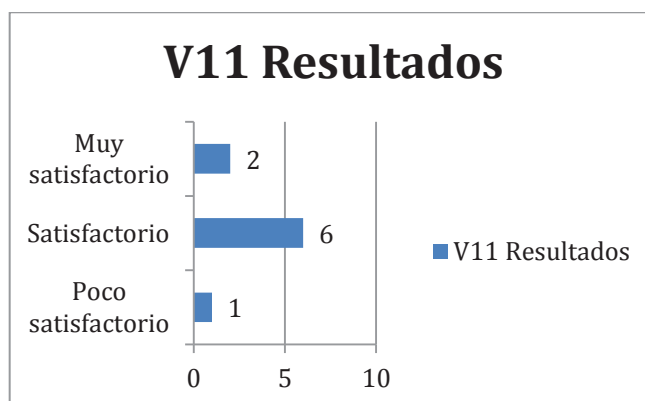


Gráfico N° 11: Gráfico de barras de la frecuencia de resultados de las intervenciones en pacientes con SDRC según los terapeutas ocupacionales encuestados en CABA y GBA en el año 2016. N=9

Para continuar analizando los datos obtenidos en las encuestas, realizamos el cruce que corresponde a las variables Intervenciones y Zona de Miembro Superior. Se generó a partir del objetivo específico *“Relacionar las zonas del miembro superior afectadas con los tipos de intervención utilizados”*; basado en las siguientes hipótesis:

H1: Los Terapeutas Ocupacionales utilizan solo métodos preparatorios en pacientes con lesión en mano-muñeca con SDRC;

H0: Los Terapeutas Ocupacionales utilizan métodos preparatorios y actividades basadas en la ocupación como intervención, en pacientes con SDRC sin importar la zona de lesión del miembro superior.

Según los datos obtenidos (gráfico N° 12), en las lesiones de mano/muñeca las intervenciones más utilizadas son los métodos preparatorios; ya que de los 9 Terapeutas Ocupacionales encuestados, 8 consideraron que la zona más frecuentemente afectada era mano muñeca, y 6 de ellos consideraron que la intervención mayormente utilizada en estos casos, eran los métodos preparatorios.

Por lo tanto, a partir de la lectura de los resultados, podríamos decir que se acercan a la hipótesis alternativa. Sin embargo, a causa del bajo número muestral y la imposibilidad de realizar test estadísticos de significación que lo avalen, no podemos aceptar ni rechazar ninguna de las dos hipótesis.

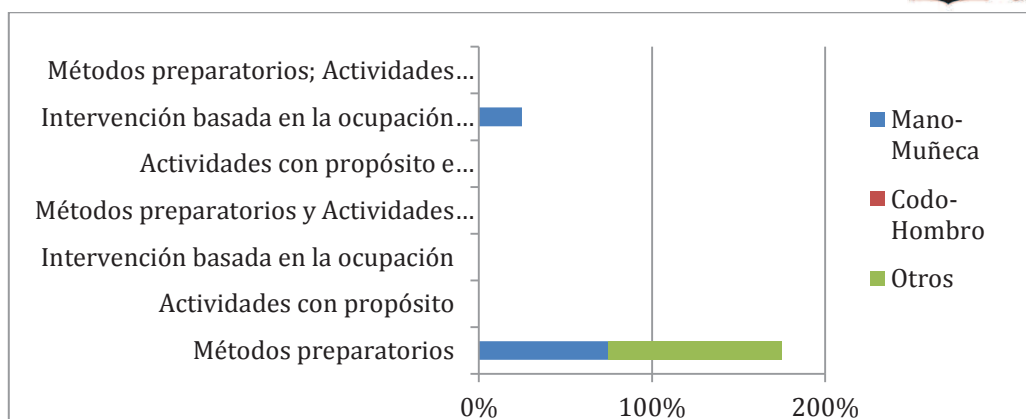


Gráfico N°12: Gráfico de barras adyacentes del cruce de variables “Intervenciones” y “Zona de MMSS”. N=9

El siguiente cruce corresponde a las variables Resultados y Factores Predisponentes. Se generó con las siguientes hipótesis:

H0: Los factores emocionales no se relacionan con resultados de tratamiento poco satisfactorios.

H1: Los factores emocionales se relacionan con resultados de tratamiento poco satisfactorios.

Según los datos obtenidos (gráfico N° 13), de los 9 Terapistas Ocupacionales encuestados, 8 indicaron que los factores más predisponentes fueron los emocionales, de los cuales 5 se relacionaban con resultados satisfactorios, 2 con resultados muy satisfactorios y 1 con resultados poco satisfactorios. Se puede observar entonces que los factores emocionales se relacionan en menor medida a resultados pocos satisfactorios, y en mayor medida con resultados satisfactorios. Por lo tanto, los resultados tienden a la hipótesis alternativa. Como mencionamos en el cruce anterior, solo nos limitamos a un análisis descriptivo ya que a causa del bajo número muestral no se pueden realizar test estadísticos de significación.

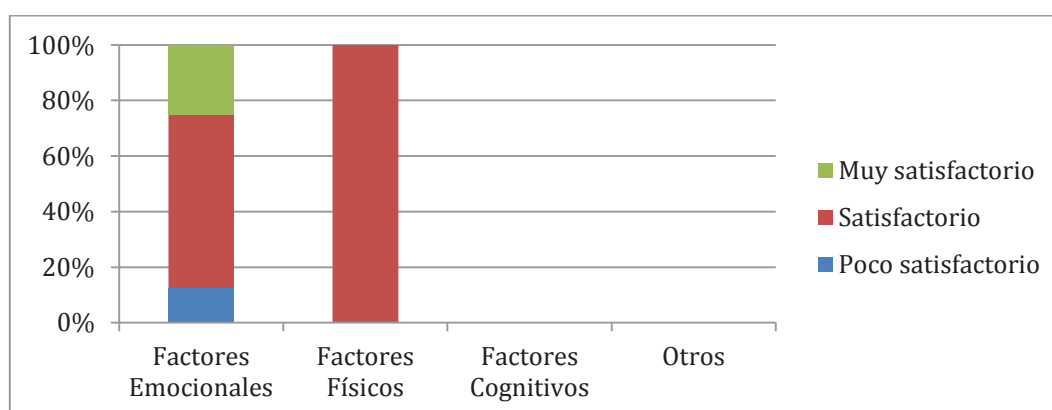


Gráfico N°13: Gráfico de barras adyacentes del cruce de variables “Resultados” y “Factores predisponentes”. N=9

Y el último cruce corresponde a las variables Intervenciones y Resultados. Se generó con las siguientes hipótesis:

H0: Los Terapeutas ocupacionales que utilizan métodos preparatorios como intervención, obtienen en su mayoría resultados satisfactorios.

H1: Los Terapeutas Ocupacionales que utilizan métodos preparatorios como intervención, obtienen en menor frecuencia resultados satisfactorios.

Según lo observado (gráfico N° 14), de 9 Terapeutas Ocupacionales encuestados, 4 de ellos utilizaron métodos preparatorios como intervención, y obtuvieron resultados satisfactorios; 3 obtuvieron resultados poco satisfactorios, de los cuales 1 utilizó métodos preparatorios, y 2 métodos preparatorios e intervención basada en la ocupación. Por lo tanto podemos deducir que las intervenciones que tienen resultados satisfactorios son aquellas que usan métodos preparatorios, acercándose a nuestra hipótesis alternativa.

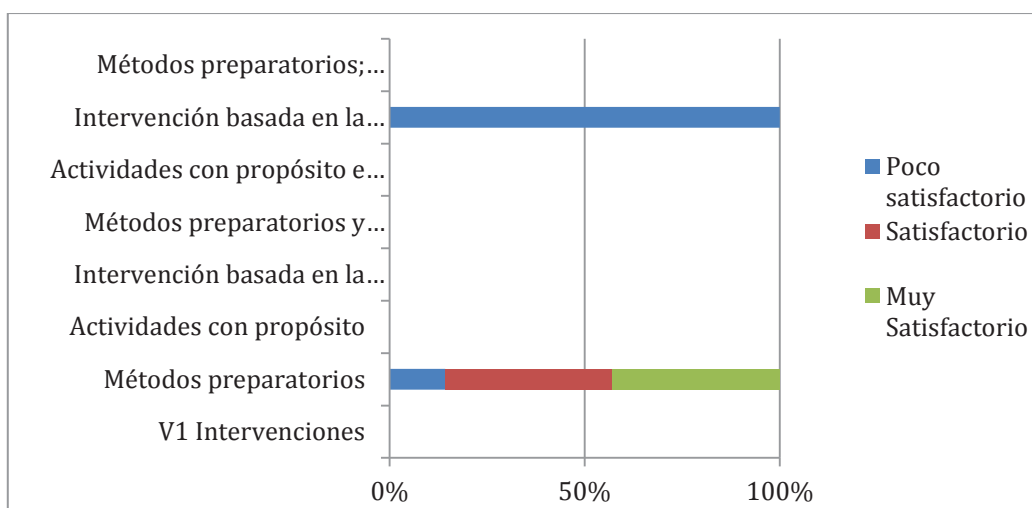


Gráfico N°14: Gráfico de barras adyacentes del cruce de variables "Intervenciones" y "Resultados". N=9

CONCLUSIONES

El presente trabajo se originó con la inquietud sobre el tipo de intervención que utilizan los Terapistas Ocupacionales en pacientes con SDRC, ya que antes de iniciar la investigación y durante la misma nos encontramos con escasa información sobre el mismo desde la visión de la Terapia Ocupacional, tanto en Argentina como resto del mundo. Nuestro principal objetivo fue investigar sobre el tipo de intervenciones más utilizadas, su análisis con los resultados y factores predisponentes; para generar una base de consulta para el resto de los profesionales que requieran esta información.

Analizando las encuestas, podemos dar cuenta de que las respuestas fueron homogéneas. No se observó una marcada variabilidad en las mismas. Por ejemplo con respecto a la zona de miembro superior mayormente afectado, 8 de 9 profesionales indicaron que fue en mano muñeca. Phillips (1990) hace hincapié en la mano rígida no funcional, y cómo afecta en el desempeño ocupacional de la persona. Refiriendo que los pacientes deben realizar diversos ajustes psicológicos, ya que la vida cotidiana se altera junto con su funcionalidad.

En cuanto a los factores predisponentes, 8 de 9 profesionales respondieron factores emocionales como los más frecuentes. Al indicar predisponentes, nos referimos a las posibles causas que favorezcan el desarrollo del SDRC. En referencia, Kirkpatrick et al (2003) sostiene que a través del tiempo se han arrojado diversas hipótesis sobre la causa del SDRC. Se asocia más comúnmente con un trauma, sin que exista una correlación entre la severidad de la lesión y la gravedad del síndrome.

En relación a uno de los análisis bivariados, con respecto a Resultados y Factores predisponentes, observamos que existe relación entre los factores emocionales con los resultados satisfactorios; es decir, según los terapeutas ocupacionales encuestados los pacientes finalizan el tratamiento pero no logran cumplir todos los objetivos. Sobre esto, Kirkpatrick plantea la importancia de que el equipo de trabajo encargado del manejo del dolor le plantee al paciente con SDRC avanzado una expectativa realista acerca de lo que puede esperar del tratamiento. Una disminución del 50% de dolor, es considerada por los autores como un resultado excelente; los pacientes deben ser informados que el otro 50% dependerá del deseo que ellos tengan de continuar en la lucha, a pesar de la tendencia a dejarse vencer por el dolor, la disfunción, la angustia y la incapacidad. Es decir, reemplazar esos sentimientos por saludables conductas funcionales.

En cuanto a la cantidad de pacientes que reciben por año, 6 de 9 profesionales señalaron como poco frecuente; es decir menos de 5 al año. Esta información a su vez, se puede relacionar con el bajo número muestral de nuestra investigación (9). Antes de comenzar el proceso, por nuestra experiencia, sabíamos que existen pocos casos de personas con SDRC que llegan a la consulta de TO. Esto suponemos se puede deber a la dificultad de diagnóstico o a la escasa derivación de estos casos a Terapia Ocupacional.

Analizando los datos obtenidos, afirmamos nuestra hipótesis principal: **“Las intervenciones que utilizan con mayor frecuencia los Terapistas Ocupacionales de CABA y GBA en pacientes adultos con lesión de miembro superior y Síndrome Doloroso Regional Complejo en el año 2016, son los métodos preparatorios; y con menor frecuencia intervenciones basadas en la ocupación”**.

A la luz de los resultados, nos preguntamos si muchas veces los terapeutas nos olvidamos de incluir las ocupaciones dentro de los tratamientos. Nos referimos al análisis de las respuestas cualitativas, donde la gran mayoría de los encuestados respondieron variados métodos preparatorios, sin aplicarlo a una ocupación sino meramente técnicas de rehabilitación. A su vez, basándonos en el marco teórico y en el recorrido bibliográfico, podemos dar cuenta que en una etapa aguda el dolor que siente el paciente con dicho síndrome es el eje central del tratamiento, por eso es lógico aplicar métodos preparatorios con el objetivo de aliviar y disminuir dicha dolencia. Así lo mencionan Kirkpatrick et al, el fin del tratamiento es aliviar los síntomas dolorosos, para que los pacientes puedan reanudar sus vidas normales. Una vez superada la etapa aguda, se recomienda el trabajo interdisciplinario con la educación sobre esta dolencia. La TO Phillips, por su parte coincide en priorizar la disminución del dolor en la etapa inicial y aguda del síndrome, pero remarca la importancia de iniciar tempranamente las actividades funcionales; estas consisten en actividades grupales que fomenten la participación social y la reinserción en la comunidad, ya que dicha población suele aislarse de su contexto social.

Considerando que este Síndrome resulta invasivo en el desempeño de la persona, interrumpiendo sus hábitos, rutinas y disminuyendo su calidad de vida; nos parece fundamental que el equipo de trabajo, el cual resulta un soporte para la persona cuando atraviesa situaciones como esta, no pierda de vista que detrás de los signos físicos que la persona manifiesta se encuentra una vida completamente alterada. Por esta razón, es esencial el rol de la Terapia Ocupacional dentro del equipo así como también interiorizarse acerca el accionar del mismo cuando llegan pacientes con dicho Síndrome. Tal como lo menciona Kirkpatrick et al, el objetivo del Terapeuta Ocupacional debe ser el de educar al paciente y lograr que pueda independizarse del sistema de salud en el menor tiempo posible. Aprender que "el dolor no daña" es difícil.

Discusión: Alcances y Limitaciones de la Investigación

El presente trabajo intentó dar cuenta de las intervenciones ocupacionales más utilizadas por los terapeutas ocupacionales en un síndrome de estas características, del cual no existe suficiente información científica relacionada con el área y su quehacer. Sin ser una muestra representativa, podemos presumir que los resultados arrojados fueron los esperados al comenzar el trabajo.

Una causa para considerar el bajo número muestral, fue el tipo de procedimiento muestral de subtipo intencional. La convocatoria vía mail lo pensamos por ser un método popular dentro del área de terapia ocupacional, de gran alcance; así como también abriendo la posibilidad de contactar profesionales que se desempeñan en ambientes ya sean públicos o privados, de gran o pequeña dimensión. Al finalizar la investigación, pudimos observar que la intención con la que pensamos escogiendo este método, resultó desfavorable. Dependíamos de que alguien nos respondiera el mail, para luego mandar la encuesta y volver a esperar las respuestas; lo que resultó poco dinámico. A su vez, consideramos que para futuras investigaciones sería necesario recurrir a algún método que nos confirme que quien responde la encuesta sea efectivamente un profesional de Terapia Ocupacional.

Algunas de las razones por las cuales es muy difícil establecer la duración del tratamiento, tal como lo plantea Kirkpatrick et al (2003) es que la división en etapas del desarrollo del síndrome es particularmente teórico y no lineal, debido a la imprevisibilidad de la enfermedad y de la particularidad de cada persona.

Neira y Ortega (2007) sostienen que además de tener en cuenta el estado de base del paciente, es esencial que el mismo llegue al tratamiento de manera precoz para así poder prever con mayor anticipación el pronóstico del tratamiento.

Con respecto a futuras líneas de investigación, consideramos que sería favorable para una plena incorporación de la Terapia Ocupacional dentro del equipo interdisciplinario que abarca esta patología, contar con una evaluación específica para pacientes con SDRC que incluya los diferentes factores, así como también el desempeño en las distintas áreas ocupacionales al momento de la consulta. Desde nuestra opinión, antes de comenzar la investigación, pensábamos que las evaluaciones que predominaban eran las estandarizadas. Según los datos obtenidos, 6 de 9 Terapeutas Ocupacionales encuestados utilizan una combinación de evaluaciones estandarizadas y no estandarizadas para los pacientes con SDRC que llegan a su consulta.

Para finalizar, comprendemos que tanto desde la bibliografía como desde la recolección de datos, se observan resultados satisfactorios utilizando como intervención únicamente los métodos preparatorios. Sin embargo, consideramos necesario preguntarnos a qué resultados llegaríamos si los profesionales de terapia ocupacional utilizaran con mayor frecuencia la combinación de métodos preparatorios e intervenciones basadas en la ocupación, teniendo en cuenta el impacto que produce en la vida cotidiana de la persona.

*Los terapeutas ocupacionales
consideran a los seres humanos
como seres ocupacionales
y consideran que tener una
ocupación digna y que dé significado
a la existencia de la persona
es fundamental para la salud y el bienestar
como comer, beber y ser amado*
Frank Kronenberg

BIBLIOGRAFÍA

- American Occupational Therapy Association-AOTA (2010) Marco de Trabajo para la Práctica de la Terapia Ocupacional. Dominio y proceso. 2da ed. *Am J Occup Ther*, 62, 625-683. Traducción al español 2010 por Mercado Padín y Ramirez Rios. Obtenido en el mes de Marzo de 2016 desde <http://www.terapia-ocupacional.com/aota2010esp.pdf>
- Bruscas Izu, C.; Chesús, C.; Jiménez, F. (2010). Estudio descriptivo y prospectivo de 171 pacientes con distrofia simpática refleja en Aragón-España. Artículo online: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/estudio-descriptivo-prospectivo-171-pacientes/articulo/S1699258X10000999/>
- Cailliet, R. (1994). Síndromes dolorosos: Mano. 4ta Edición. Los Ángeles, California: Editorial El manual Moderno, S.A. de C.V.
- Crepeau, E.; Cohn, E.; Schell, B. (2005). Willard & Spackman. Terapia Ocupacional. 10° Edición. Capítulo 40. Sección 2. Editorial Panamericana.
- Kirkpatrick, A.; Nuñez Gudas, M.; Román, G. (2003). Distrofia Simpática Refleja / Síndrome Regional Doloroso Complejo. Fundación Internacional para la Investigación de la DSR/SRDC. Obtenido en Abril de 2016 desde http://www.rsdfoundation.org/es/es_cpg.html
- National Institute of Neurological Disorders and Stroke (2015). NINDS Complex Regional Pain Syndrome Information Page. Obtenido en Marzo de 2016 desde [http://www.ninds.nih.gov/disorders/reflex_sympathetic_dystrophy/reflex_sympathetic_dystrophy.htm#Spanish Publications](http://www.ninds.nih.gov/disorders/reflex_sympathetic_dystrophy/reflex_sympathetic_dystrophy.htm#Spanish%20Publications)
- Neira, F.; Ortega, J. (2007). El síndrome doloroso regional complejo y medicina basada en la evidencia. Revista de la Sociedad Española del Dolor. Vol 14. N° 2. Madrid, España.
- Padua, Jorge (1994). Técnicas de investigación aplicadas a las ciencias sociales, FCE, Chile, 1994
- Pérez Caballer, A. (2004). Patología del aparato locomotor en ciencias de la salud. Editorial Panamericana. Madrid.
- Phillips, C. (1990). Terapia para la mano. En Trombly, C. (1990) Terapia Ocupacional para enfermos incapacitados físicamente. Ediciones Científicas La Prensa Médica Mexicana. México. Pág. 445 – 466.
- Plantelech, Luisa (2003). Complejo Doloroso (Distrofia Simpática Refleja). Revista Argentina de Osteología. Volumen 2. Número 2. Argentina.
- Randazzo, L. (2006). Un caso de Distrofia Simpática Refleja. Trabajo de Investigación Final Licenciatura Terapia Ocupacional. Universidad Nacional de San Martín. Argentina.
- Ramos, A. (2010). Actualización sobre la distrofia simpática refleja o síndrome doloroso regional complejo tipo I. Panamá. Agosto 2010. Artículo online disponible en <http://www.efsioterapia.net/articulos/actualizacion-la-distrofia-simpatico-refleja-o-sindrome-doloroso-regional-complejo-tipo-i>
- Rouvière, H.; Delmas, A. (1999). Anatomía humana. 10° edición. Editorial Masson.
- Rubio, J.; Varas, J. (2004). El análisis de la realidad en la intervención social: métodos y técnicas de investigación. Madrid. Editorial CCS.

ANEXO

ANEXO 1 Instrumento de recolección de datos

Encuesta sobre Intervenciones de Terapia Ocupacional en Síndrome Doloroso Regional Complejo Trabajo Final Integrador. UNSAM

1. Ubicación de la institución donde trabaja:
-
2. Dependencia de la Institución donde trabaja:
- Estatal ___
- Privada ___
- Otro ___
3. ¿Ha realizado especialización sobre Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC)? (cursos, posgrados, entre otros)
- No ___
- Si ___
 ¿Cuáles?
4. ¿A cuántos pacientes con SDRC atiende usted por año?
-
5. ¿Cuál considera que es el factor más característico en pacientes con dicho Síndrome?
- Factores emocionales ___
- Factores físicos ___
- Factores cognitivos ___
- Otros ___
6. ¿Qué evaluaciones utiliza más frecuentemente?
-
7. Según su experiencia profesional, ¿Cuánto estima aproximadamente que dura el tratamiento en pacientes con SDRC?
-
8. Según su criterio, ¿existe trabajo en equipo interdisciplinario?
- Sí ___

- No ___

Observaciones:

9. ¿Considera que la información existente sobre el tratamiento de pacientes con SDRC en Terapia Ocupacional es suficiente?

- Sí ___

- No ___

Observaciones:

10. Según su experiencia, ¿Cuál es la zona de miembro superior más frecuentemente afectada?

-

11. ¿Cuáles son las intervenciones que más frecuentemente utiliza en pacientes con SDRC en miembro superior?

-

12. Según su experiencia, ¿Cómo considera usted que son generalmente son los resultados?

- El paciente abandona el tratamiento ___

- El tratamiento se interrumpe ___

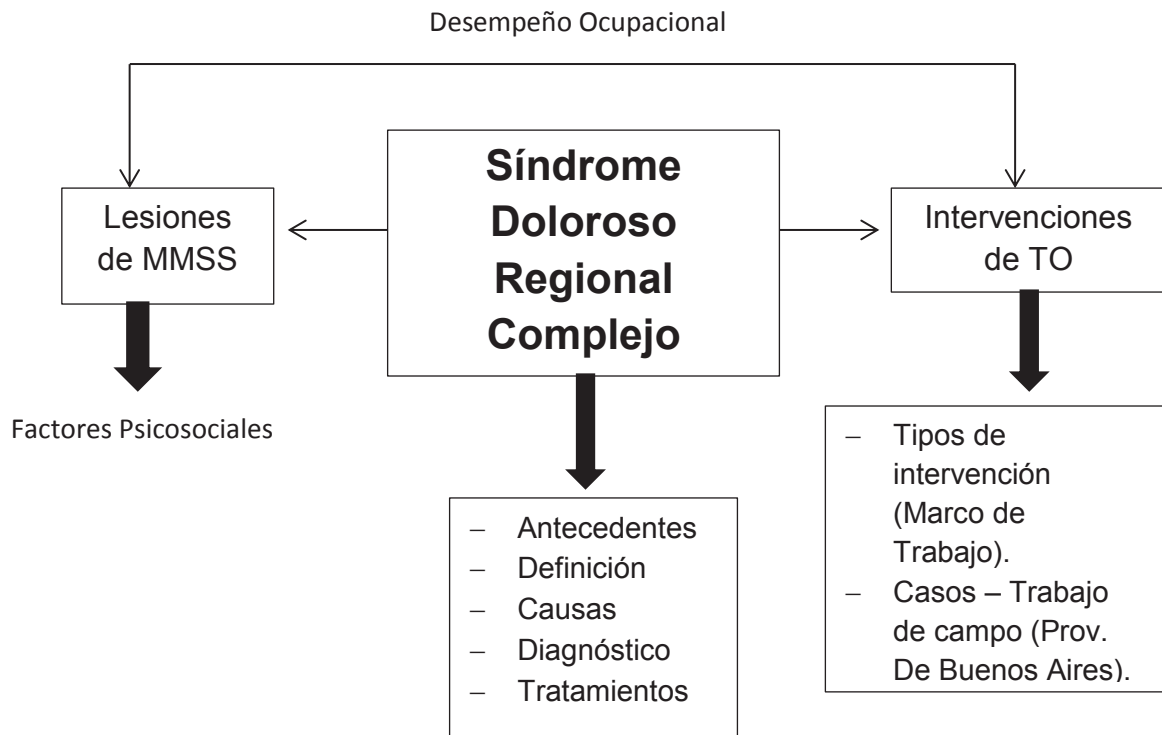
- Se finaliza el tratamiento pero no se cumplen los objetivos ___

- Se finaliza el tratamiento con los objetivos cumplidos ___

Observaciones:

ANEXO 2

Red Conceptual



ANEXO 3

Consentimiento Informado

Fecha:.....

Estimado,

Nos encontramos realizando el Trabajo de Integración Final de la Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Universidad Nacional de San Martín.

El objetivo del proyecto es determinar los tipos de intervención que realizan los terapeutas ocupacionales de CABA y GBA en pacientes con Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC) en miembro superior, de acuerdo al Marco de Trabajo.

A continuación se le enviará una encuesta en base a su experiencia de intervención con pacientes con SDRC. Se le pedirá que nos suministre voluntariamente algunos datos, los cuales no serán utilizados con fines diferentes al objetivo de este trabajo.

Se garantiza anonimato. Usted podrá, si así lo desea retirarse en cualquier momento del proyecto o realizar consultas de todo tipo, enviando un mail a: costantininoe@gmail.com o caro.agorosito@gmail.com.

Atte,

TO Costantini, Noelia MN 4065

TO Gorosito, Carolina MN 3860

Firma encuestado.....
Aclaración:.....

ANEXO N° 4

Encuestas

ENCUESTA N°1

Fecha entrevista: Julio 2016

A continuación se realizarán una serie de preguntas acerca del Síndrome Doloroso Regional Complejo, por favor en aquellas que sean multiple choice solo marcar una respuesta.

13. Ubicación de la institución donde trabaja:

- *Partido de Malvinas, Provincia de Buenos Aires.*

14. Dependencia de la Institución donde trabaja:

- Estatal ___
- Privada ___
- Otro X (Municipal)

15. ¿Ha realizado especialización sobre Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC)? (cursos, posgrados, entre otros)

- No X
- Si ___

¿Cuáles? -----

16. ¿A cuántos pacientes con SDRC atiende usted por año?

- *Aproximadamente 5 pacientes por año.*

17. ¿Cuál considera que es el factor más característico en pacientes con dicho Síndrome?

- Factores emocionales X
- Factores físicos ___
- Factores cognitivos ___
- Otros ___

18. ¿Qué evaluaciones utiliza más frecuentemente?

- *Utilizo principalmente evaluaciones estandarizadas: Goñimetría, medición con cinta métrica, escala de valor VAS; y observación clínica para trofismo de la piel, coloración y velloidad.*

19. Según su experiencia profesional, ¿Cuánto estima aproximadamente que dura el tratamiento en pacientes con SDRC?

- *Por supuesto que depende de cada persona, en su capacidad de resolver conflictos emocionales y/o traumáticos; pero en líneas generales más de un año.*

20. Según su criterio, ¿existe trabajo en equipo interdisciplinario?

- Sí
- No

Observaciones: *Siempre dependerá de la Institución y de los profesionales que conformen el equipo de rehabilitación.*

21. ¿Considera que la información existente sobre el tratamiento de pacientes con SDRC en Terapia Ocupacional es suficiente?

- Sí
- No

Observaciones: -----

22. Según su experiencia, ¿Cuál es la zona de miembro superior más frecuentemente afectada?

- *En mi caso, siempre en mano y muñeca.*

23. ¿Cuáles son las intervenciones que más frecuentemente utiliza en pacientes con SDRC en miembro superior?

- *Baños de contraste; aplicación de tape neuromuscular para disminuir edema, favorecer drenaje, disminuir dolor. Movilización pasiva, activo-asistida, reeducación de pinzas; estimulación sensitiva táctil; estimulación cognoscitiva Perfetti. Sugerir IC con psicología.*

24. Según su experiencia, ¿Cómo considera usted que son generalmente los resultados?

- El paciente abandona el tratamiento
- El tratamiento se interrumpe
- Se finaliza el tratamiento pero no se cumplen los objetivos
- Se finaliza el tratamiento con los objetivos cumplidos

Observaciones: -----

ENCUESTA N° 2

Fecha entrevista: Julio 2016

A continuación se realizarán una serie de preguntas acerca del Síndrome Doloroso Regional Complejo, por favor en aquellas que sean multiple choice solo marcar una respuesta.

1. Ubicación de la institución donde trabaja:

- *Palermo, CABA.*

2. Dependencia de la Institución donde trabaja:

- Estatal ___
- Privada X
- Otro ___

3. ¿Ha realizado especialización sobre Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC)? (cursos, posgrados, entre otros)

- No ___
- Si X

¿Cuáles?: Actualmente realizando curso de certificación de terapia de mano, dictado por la Asociación Argentina de Mano. Además de otros cursos relacionados con patologías traumáticas de MMSS.

4. ¿A cuántos pacientes con SDRC atiende usted por año?

- *Aproximadamente 30 pacientes por año, aunque la cifra puede variar.*

5. ¿Cuál considera que es el factor más característico en pacientes con dicho Síndrome?

- Factores emocionales X
- Factores físicos ___
- Factores cognitivos ___
- Otros ___

6. ¿Qué evaluaciones utiliza más frecuentemente?

- *Observación (actitud, posturas del miembro afectado, trofismo de la piel y uñas, coloración, sudoración, presencia de cicatrices y estado de las mismas, etc); entrevista con el paciente (fundamental en la búsqueda de factores psicoemocionales), escala analógica del dolor; goñiometría; medición de edema (circunferencial); dinamometría (según el caso); habilidad funcional de la mano; sensibilidad (monofilamentos); movilidad activa y pasiva. Siempre comparando en forma bilateral.*

7. Según su experiencia profesional, ¿Cuánto estima aproximadamente que dura el tratamiento en pacientes con SDRC?

- *Si bien no hay una fecha estipulada, y además hay que tener en cuenta cual fue el tipo y gravedad de lesión, generalmente considero que el tratamiento dura un poco más de medio año. Luego del año observo que las personas entran en una meseta.*

8. Según su criterio, ¿existe trabajo en equipo interdisciplinario?

- Sí
- No

Observaciones: *Personalmente creo que es indispensable la coordinación de diferentes profesionales para la óptima resolución de estos casos (médico clínico, fisiatra, traumatólogo, reumatólogo, TO, kinesiólogo, psicólogo y en algunos casos psiquiatra).*

9. ¿Considera que la información existente sobre el tratamiento de pacientes con SDRC en Terapia Ocupacional es suficiente?

- Sí
- No

Observaciones: *Es escasa la información en cuanto a la patología en sí y a su tratamiento con la que se forma a los profesionales de TO en la facultad; estos conocimientos se adquieren o se profundizan solo en los cursos de posgrado.*

10. Según su experiencia, ¿Cuál es la zona de miembro superior más frecuentemente afectada?

- *En líneas generales mano y muñeca. En mi experiencia personal más específicamente en la zona de articulaciones MCF (en donde se focalizan más los síntomas o las secuelas).*

11. ¿Cuáles son las intervenciones que más frecuentemente utiliza en pacientes con SDRC en miembro superior?

- *Movilizaciones activas, activas asistidas y pasivas en todo el MMSS afectado; vendajes; baños de contrastes; taping; ejercicios de bombeo; elongación; tratamiento de la sensibilidad; disociación muscular; ferulaje si lo requiere;; fortalecimiento en etapa final; entre otros.*

12. Según su experiencia, ¿Cómo considera usted que son generalmente son los resultados?

- El paciente abandona el tratamiento
- El tratamiento se interrumpe

- Se finaliza el tratamiento pero no se cumplen los objetivos X
 - Se finaliza el tratamiento con los objetivos cumplidos __
- Observaciones: -----

ENCUESTA N°3

Fecha entrevista: Julio 2016

A continuación se realizarán una serie de preguntas acerca del Síndrome Doloroso Regional Complejo, por favor en aquellas que sean multiple choice solo marcar una respuesta.

1. Ubicación de la institución donde trabaja:

- Ciudad Autónoma de Buenos Aires

2. Dependencia de la Institución donde trabaja:

- Estatal ___
- Privada X
- Otro ___

3. ¿Ha realizado especialización sobre Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC)? (cursos, posgrados, entre otros)

- No ___
- Si X

¿Cuáles?: *Participo anualmente en los cursos de actualización de la Asociación Argentina de Cirugía de Mano y a los Congresos Nacionales e Internacionales de Cirugía de Mano.*

4. ¿A cuántos pacientes con SDRC atiende usted por año?

- 5 al año aproximadamente.

5. ¿Cuál considera que es el factor más característico en pacientes con dicho Síndrome?

- Factores emocionales X
- Factores físicos ___
- Factores cognitivos ___
- Otros ___

6. ¿Qué evaluaciones utiliza más frecuentemente?

- *Utilizo evaluaciones estandarizadas como ROM activo y pasivo, edema, sensibilidad, escala de dolor.*

7. Según su experiencia profesional, ¿Cuánto estima aproximadamente que dura el tratamiento en pacientes con SDRC?

- *Un poco más de 1 año, si le ponen motivación.*

Actualmente tengo una paciente que la atiendo desde el primer día que comenzó con la sintomatología y van dos meses con muy buena evolución; pero porque el ojo clínico me lo veía venir y empecé temprano. Generalmente me llegan muy tarde, desganados y con más de un año de tratamiento.

8. Según su criterio, ¿existe trabajo en equipo interdisciplinario?

- Sí
- No

Observaciones: -----

9. ¿Considera que la información existente sobre el tratamiento de pacientes con SDRC en Terapia Ocupacional es suficiente?

- Sí
- No

Observaciones: -----

10. Según su experiencia, ¿Cuál es la zona de miembro superior más frecuentemente afectada?

- *Mano; y a veces muñeca.*

11. ¿Cuáles son las intervenciones que más frecuentemente utiliza en pacientes con SDRC en miembro superior?

- *Todo. Drenaje linfático, movilizaciones, ejercicios de todo tipo de flexión y extensión, hidroterapia, ferulaje, reeducación sensitiva, tratamiento motivacional.*

12. Según su experiencia, ¿Cómo considera usted que son generalmente los resultados?

- El paciente abandona el tratamiento
- El tratamiento se interrumpe
- Se finaliza el tratamiento pero no se cumplen los objetivos
- Se finaliza el tratamiento con los objetivos cumplidos

Observaciones: -----

ENCUESTA N° 4

Fecha entrevista: Julio 2016

A continuación se realizarán una serie de preguntas acerca del Síndrome Doloroso Regional Complejo, por favor en aquellas que sean multiple choice solo marcar una respuesta.

1. Ubicación de la institución donde trabaja:

- Palermo, CABA

2. Dependencia de la Institución donde trabaja:

- Estatal ___
- Privada ___
- Otro X

3. ¿Ha realizado especialización sobre Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC)? (cursos, posgrados, entre otros)

- No ___
- Si X

¿Cuáles? Cursos de actualización y congresos, concurrencia anual, de la Asociación Argentina de Cirugía de Mano. Capítulo Terapistas de Mano. Curso de posgrado de TO en Traumatología. Hospital Piñero. Ministerio de Salud; entre otros.

4. ¿A cuántos pacientes con SDRC atiende usted por año?

- Aproximadamente 10 por año.

5. ¿Cuál considera que es el factor más característico en pacientes con dicho Síndrome?

- Factores emocionales X *(Por lo general, tienen un perfil similar. Cuando uno logra empatía y confianza del paciente, generalmente son personas que viven o vivieron situaciones traumáticas; con un temperamento similar, muchas veces cambiantes, ansiosos)*
- Factores físicos ___
- Factores cognitivos ___
- Otros ___

6. ¿Qué evaluaciones utiliza más frecuentemente?

- No suelo utilizar evaluaciones estandarizadas.
Hice en el consultorio un breve cuestionario, que suelo tomarlo a muchos pacientes, con diferentes patologías.

Lo más importante para mí en este caso es la observación y la clínica. En algunos casos se consulta al médico y si es posible se pide un centellograma. Se ve muy claro.

7. Según su experiencia profesional, ¿Cuánto estima aproximadamente que dura el tratamiento en pacientes con SDRC?

- *Con este tipo de población, generalmente no es proporcionada la relación del traumatismo con la sintomatología que reflejan. Se da muchos casos con traumatismos menores...no me ha tocado tratar por ejemplo un corte de amoladora, amputaciones que luego desarrollen esta patología. Hay impotencia funcional, trastornos tróficos, cambios en la coloración, aumento de vello, edema moderado a severo. Como el cuerpo responde de manera exagerada, es muy difícil de abordar este tipo de patología. Sumado a lo emocional, que para mí sin duda es fundamental. Muchas veces sugerimos tratamiento paralelo con psicología, funciona bien. El tiempo de tratamiento ronda entre los 6 meses a un año. Eso depende mucho del paciente.*

8. Según su criterio, ¿existe trabajo en equipo interdisciplinario?

- Sí
- No

Observaciones ----

9. ¿Considera que la información existente sobre el tratamiento de pacientes con SDRC en Terapia Ocupacional es suficiente?

- Sí
- No

Observaciones: *Si, hoy hay mucha información. En todos los encuentros de cursos, papers o jornadas se incluye el tema.*

10. Según su experiencia, ¿Cuál es la zona de miembro superior más frecuentemente afectada?

- *Principalmente mano; y también muñeca.*

11. ¿Cuáles son las intervenciones que más frecuentemente utiliza en pacientes con SDRC en miembro superior?

- *Muchas veces al inicio el paciente no permite que uno tenga mucho contacto. Hay dolor intenso, edema, hipersensibilidad, calor, las articulaciones se sienten duras. En ese caso, primero trato edema, disminuir la hipersensibilidad e incorporar lo más que pueda el miembro afectado.*

En algunos casos, se habla con el médico para colocar medicación que ayude a disminuir edema y dolor (corticoides).

Una vez logrado eso, tratar de ganar rangos articulares. Aquí el edema vuelve, se pone fibroso. Por último se trabaja la fuerza.

En todo momento, se va evaluando que la persona sea independiente en sus actividades. Aunque presente dificultad. Si es necesario se hacen modificaciones o adaptaciones temporarias.

También se hace hincapié en que retome sus actividades, ya que va a ser un tratamiento prolongado.

Es fundamental el trabajo en equipo.

12. Según su experiencia, ¿Cómo considera usted que son generalmente son los resultados?

- El paciente abandona el tratamiento ___
- El tratamiento se interrumpe ___
- Se finaliza el tratamiento pero no se cumplen los objetivos X
- Se finaliza el tratamiento con los objetivos cumplidos ___

Observaciones: *Suelen quedar secuelas, depende como se planteen los objetivos.*

ENCUESTA N° 5

Fecha entrevista: Agosto 2016

A continuación se realizarán una serie de preguntas acerca del Síndrome Doloroso Regional Complejo, por favor en aquellas que sean multiple choice solo marcar una respuesta.

1. Ubicación de la institución donde trabaja:

- Gran Buenos Aires

2. Dependencia de la Institución donde trabaja:

- Estatal ___
- Privada X
- Otro ___

3. ¿Ha realizado especialización sobre Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC)? (cursos, posgrados, entre otros)

- No ___
- Si X

¿Cuáles?: En congresos de la Asociación de Cirugía de Mano y Actualizaciones. Rotación en Hospital Cristo Redentor Porto Alegre Br. (Mirror Therapy).

4. ¿A cuántos pacientes con SDRC atiende usted por año?

- *Aproximadamente 15 al año.*

5. ¿Cuál considera que es el factor más característico en pacientes con dicho Síndrome?

- Factores emocionales X
- Factores físicos ___
- Factores cognitivos ___
- Otros ___

6. ¿Qué evaluaciones utiliza más frecuentemente?

- *Evaluación clínica la principal; al hacer el seguimiento de los pacientes uno puede detectarlo a tiempo.*

7. Según su experiencia profesional, ¿Cuánto estima aproximadamente que dura el tratamiento en pacientes con SDRC?

- *Por supuesto que depende de cada paciente, pero aproximadamente entre 6 meses y un año. Más no.*

8. Según su criterio, ¿existe trabajo en equipo interdisciplinario?

- Sí
- No

Observaciones: *Es fundamental.*

9. ¿Considera que la información existente sobre el tratamiento de pacientes con SDRC en Terapia Ocupacional es suficiente?

- Sí
- No

Observaciones: -----

10. Según su experiencia, ¿Cuál es la zona de miembro superior más frecuentemente afectada?

- *Mano principalmente, y un poco muñeca.*

11. ¿Cuáles son las intervenciones que más frecuentemente utiliza en pacientes con SDRC en miembro superior?

- *Fundamentalmente explicarles sobre la patología y como es el desarrollo de la misma. Hacer un seguimiento en conjunto con su médico; terapia del espejo y ejercicios funcionales sin fuerza ni resistencia hasta que disminuya el dolor intenso que sienten.*

12. Según su experiencia, ¿Cómo considera usted que son generalmente los resultados?

- El paciente abandona el tratamiento
- El tratamiento se interrumpe
- Se finaliza el tratamiento pero no se cumplen los objetivos
- Se finaliza el tratamiento con los objetivos cumplidos

Observaciones: *Es importante el compromiso del paciente en el tratamiento y que el mismo entienda que es transitorio. Una vez finalizada esa etapa logran recuperar la confianza en si mismo y completar los objetivos de tratamiento.*

ENCUESTA N° 6

Fecha entrevista: Julio 2016

A continuación se realizarán una serie de preguntas acerca del Síndrome Doloroso Regional Complejo, por favor en aquellas que sean multiple choice solo marcar una respuesta.

1. Ubicación de la institución donde trabaja:

- San Isidro, Buenos Aires.

2. Dependencia de la Institución donde trabaja:

- Estatal ___
- Privada X
- Otro ___

3. ¿Ha realizado especialización sobre Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC)? (cursos, posgrados, entre otros)

- No X
- Si ___

¿Cuáles? -----

4. ¿A cuántos pacientes con SDRC atiende usted por año?

- *Tres por año.*

5. ¿Cuál considera que es el factor más característico en pacientes con dicho Síndrome?

- Factores emocionales ___
- Factores físicos X
- Factores cognitivos ___
- Otros ___

6. ¿Qué evaluaciones utiliza más frecuentemente?

- *No utilizo ninguna evaluación específica ni estandarizada de mano. Tomo medidas de edema, utilizo goñiometría, pruebas de prensiones, etc.*

7. Según su experiencia profesional, ¿Cuánto estima aproximadamente que dura el tratamiento en pacientes con SDRC?

- *Aproximadamente 2 meses.*

8. Según su criterio, ¿existe trabajo en equipo interdisciplinario?

- Sí ___
- No ___

Observaciones.....

9. ¿Considera que la información existente sobre el tratamiento de pacientes con SDRC en Terapia Ocupacional es suficiente?

- Sí X
- No ___

Observaciones: ----

10. Según su experiencia, ¿Cuál es la zona de miembro superior más frecuentemente afectada?

- *Especialmente carpo y articulaciones MTCF.*

11. ¿Cuáles son las intervenciones que más frecuentemente utiliza en pacientes con SDRC en miembro superior?

- *Movilización pasiva, ejercicios de movilidad activa, baños de contrastes, educación para prevenir edema.*

12. Según su experiencia, ¿Cómo considera usted que son generalmente los resultados?

- El paciente abandona el tratamiento ___
- El tratamiento se interrumpe ___
- Se finaliza el tratamiento pero no se cumplen los objetivos X
- Se finaliza el tratamiento con los objetivos cumplidos ___

Observaciones: ----

ENCUESTA N° 7

Fecha entrevista: Agosto 2016

A continuación se realizarán una serie de preguntas acerca del Síndrome Doloroso Regional Complejo, por favor en aquellas que sean multiple choice solo marcar una respuesta.

1. Ubicación de la institución donde trabaja:

- Hospital Británico, CABA

2. Dependencia de la Institución donde trabaja:

- Estatal ___
- Privada X
- Otro ___

3. ¿Ha realizado especialización sobre Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC)? (cursos, posgrados, entre otros)

- No ___
- Si X

¿Cuáles?: Actualizaciones anuales del Congreso Nacional de Cirugía de Mano

4. ¿A cuántos pacientes con SDRC atiende usted por año?

- Pocos. Aproximadamente 3 o 4 por año.

5. ¿Cuál considera que es el factor más característico en pacientes con dicho Síndrome?

- Factores emocionales X
- Factores físicos ___
- Factores cognitivos ___
- Otros ___

6. ¿Qué evaluaciones utiliza más frecuentemente?

- Ninguna evaluación específica. Observación.

7. Según su experiencia profesional, ¿Cuánto estima aproximadamente que dura el tratamiento en pacientes con SDRC?

- No menos de un año. Es un tratamiento largo. Entre estudios de diagnóstico, médicos, psicólogos y todo lleva mínimo un año.

8. Según su criterio, ¿existe trabajo en equipo interdisciplinario?

- Sí ___
- No X

Observaciones: *Sería lo ideal. Generalmente no sucede.*

9. ¿Considera que la información existente sobre el tratamiento de pacientes con SDRC en Terapia Ocupacional es suficiente?

- Sí ___
- No X

Observaciones: *Información del Síndrome en relación a TO es casi inexistente.*

10. Según su experiencia, ¿Cuál es la zona de miembro superior más frecuentemente afectada?

- *Mano y muñeca. En mi caso, generalmente en fracturas radiocarpianas.*

11. ¿Cuáles son las intervenciones que más frecuentemente utiliza en pacientes con SDRC en miembro superior?

- *Principalmente reducir dolor, sensibilidad, edema y ejercicios de rango articular.*

12. Según su experiencia, ¿Cómo considera usted que son generalmente son los resultados?

- El paciente abandona el tratamiento X
- El tratamiento se interrumpe ___
- Se finaliza el tratamiento pero no se cumplen los objetivos ___
- Se finaliza el tratamiento con los objetivos cumplidos ___

Observaciones: *Al ser un tratamiento largo, y de lentos resultados visibles, el paciente termina abandonando.*

ENCUESTA N° 8

Fecha entrevista: Julio 2016

A continuación se realizarán una serie de preguntas acerca del Síndrome Doloroso Regional Complejo, por favor en aquellas que sean multiple choice solo marcar una respuesta.

1. Ubicación de la institución donde trabaja:

- Palermo, CABA.

2. Dependencia de la Institución donde trabaja:

- Estatal ___
- Privada X
- Otro ___

3. ¿Ha realizado especialización sobre Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC)? (cursos, posgrados, entre otros)

- No X
- Si ___

¿Cuáles?: ----

4. ¿A cuántos pacientes con SDRC atiende usted por año?

- Pocos, aproximadamente 5 por año.

5. ¿Cuál considera que es el factor más característico en pacientes con dicho Síndrome?

- Factores emocionales X
- Factores físicos ___
- Factores cognitivos ___
- Otros ___

6. ¿Qué evaluaciones utiliza más frecuentemente?

- *Observación clínica. También medición de edema, rango articular, goniometría, a veces dinamómetro, evaluaciones de sensibilidad.*

7. Según su experiencia profesional, ¿Cuánto estima aproximadamente que dura el tratamiento en pacientes con SDRC?

- *Depende de cada persona, pero generalmente un año. Entre estudios, diagnóstico, etc. El edema lleva tiempo.*

8. Según su criterio, ¿existe trabajo en equipo interdisciplinario?

- Sí X
- No ___

Observaciones: *Al tener importantes factores emocionales, el trabajo con psicólogos es esencial.*

9. ¿Considera que la información existente sobre el tratamiento de pacientes con SDRC en Terapia Ocupacional es suficiente?

- Sí ___
- No X

Observaciones: *Información en español casi no hay. Y especifica de TO menos.*

10. Según su experiencia, ¿Cuál es la zona de miembro superior más frecuentemente afectada?

- *En mi caso, siempre miembro superior. Especialmente mano, y un poco en fracturas de muñeca.*

11. ¿Cuáles son las intervenciones que más frecuentemente utiliza en pacientes con SDRC en miembro superior?

- *En un principio trabajo sobre los síntomas; bajar edema, reducir dolor, aumentar rango articular con ejercicios. Después uno siempre se enfoca en las necesidades y dificultades que cada persona tiene en su vida diaria.*

12. Según su experiencia, ¿Cómo considera usted que son generalmente los resultados?

- El paciente abandona el tratamiento ___
- El tratamiento se interrumpe ___
- Se finaliza el tratamiento pero no se cumplen los objetivos X
- Se finaliza el tratamiento con los objetivos cumplidos ___

Observaciones: *Aunque uno ponga objetivos realistas, generalmente quedan secuelas.*

ENCUESTA N° 9

Fecha entrevista: Agosto 2016

A continuación se realizarán una serie de preguntas acerca del Síndrome Doloroso Regional Complejo, por favor en aquellas que sean multiple choice solo marcar una respuesta.

1. Ubicación de la institución donde trabaja:

- Gran Buenos Aires.

2. Dependencia de la Institución donde trabaja:

- Estatal X
- Privada ___
- Otro ___

3. ¿Ha realizado especialización sobre Síndrome Doloroso Regional Complejo (SDRC)? (cursos, posgrados, entre otros)

- No ___
- Si X

¿Cuáles?: No específicos del tema, pero si dentro de Congresos o Cursos.

4. ¿A cuántos pacientes con SDRC atiende usted por año?

- *Muy pocos, generalmente no son diagnosticados. Aproximadamente 4 al año.*

5. ¿Cuál considera que es el factor más característico en pacientes con dicho Síndrome?

- Factores emocionales X
- Factores físicos ___
- Factores cognitivos ___
- Otros ___

6. ¿Qué evaluaciones utiliza más frecuentemente?

- *Creo que la principal es la observación. Después por supuesto aplico medición de edema y rango articular para ver resultados y registro.*

7. Según su experiencia profesional, ¿Cuánto estima aproximadamente que dura el tratamiento en pacientes con SDRC?

- *Un poco más de medio año, alrededor de 8 meses según los casos que tuve.*

8. Según su criterio, ¿existe trabajo en equipo interdisciplinario?

- Sí
- No

Observaciones: -----

9. ¿Considera que la información existente sobre el tratamiento de pacientes con SDRC en Terapia Ocupacional es suficiente?

- Sí
- No

Observaciones: *Especifica de TO no encontré.*

10. Según su experiencia, ¿Cuál es la zona de miembro superior más frecuentemente afectada?

- *Miembro superior. En mi caso principalmente mano, aunque tuve uno o dos en hombro que es menos frecuente.*

11. ¿Cuáles son las intervenciones que más frecuentemente utiliza en pacientes con SDRC en miembro superior?

- *Más frecuente sobre los síntomas. Reducir dolor y edema, ejercicios de rango articular, sensibilidad, entre otros.*

12. Según su experiencia, ¿Cómo considera usted que son generalmente son los resultados?

- El paciente abandona el tratamiento
- El tratamiento se interrumpe
- Se finaliza el tratamiento pero no se cumplen los objetivos X
- Se finaliza el tratamiento con los objetivos cumplidos

Observaciones: *Casi siempre quedan algunas secuelas, no se logra el objetivo 100%.*