

La artritis reumatoidea (A.R.) es una enfermedad inflamatoria crónica de causa desconocida, que afecta a las articulaciones diartrodiales, pudiendo también comprometer otros órganos. El cuadro clínico característico es de inflamación en forma simétrica de pequeñas y grandes articulaciones. Una manifestación característica en la A.R. es la rigidez matinal mayor a una hora de duración. En general, las manos son afectadas en forma simétrica, principalmente las articulaciones metacarpofalángicas (MCF) interfalángicas proximales (PIF) y carpos. Las deformidades más frecuentes en las manos suelen ser: Boutonnier, cuello de cisne, martillo, binóculo de ópera, pulgar en Z, subluxación radio cubital, desviación radial del carpo, y desviación cubital de los dedos. Se pueden distinguir tres períodos evolutivos en las deformaciones articulares: - Sinovítico: Inflamación de la sinovial: dolor, aumento de temperatura e hinchazón.- Desorganización articular: Las articulaciones pierden su estabilidad porque las estructuras ablandadas durante el período sinovítico se elongan. Deformaciones y derrumbe de estructuras.- Destrucción articular: Erosión del cartilago y deformidades. Es directamente proporcional al estrés mecánico y la duración de la sinovitis (Zancolli, 1979).“Las articulaciones MCF dependen de su estructura de sostén más que ninguna otra articulación digital dado que la construcción esquelética de sus superficies articulares no proveen de estabilidad en todas las circunstancias”. “Podemos considerar a las articulaciones MCF como un sistema de equilibrio inestable con tendencia a romperse en sentido cubital” (Dr. Roque Blanco, 1974).La desviación cubital de los dedos se caracteriza por: desviación de los dedos con contractura en flexión de la MTCF; subluxación de tendones extensores; subluxación de la base de la primer falange (F1) y otras alteraciones patológicas: contractura de los interóseos cubitales, abducción del V dedo, descenso del IV y V e hiperextensión de II y III metacarpianos. Actualmente se considera una concepción dinámica de la desviación cubital por la ruptura del fino equilibrio entre las fuerzas palmo cubitales normales de la mano y la oposición de los mecanismos de sujeción dorso radiales. Encontramos dos períodos: al inicio las fuerzas palmo cubitales en la función prensil elongan gradualmente la parte radial de las fibras de la faja fibrosa MTCF, del capuchón interóseo y los ligamentos laterales del II y III dedo. Esto produce una progresiva subluxación del tendón extensor y la base de F1. Luego se producen: dislocación cubital del tendón extensor que cae en el espacio intermetacarpiano, retracción de los interóseos cubitales, descenso del IV y V MTC desviación radial de la muñeca e hiperextensión de II y III MTC (Zancolli, 1979).Podemos concluir entonces que las principales causas de la desviación cubital en la A.R. son: - El descenso del IV y V metacarpiano produce un descenso del arco MTC transversal, esto tracciona los tendones extensores, unidos por las bandeletas oblicuas y la aponeurosis dorsal, hacia el lado cubital produciendo el deslizamiento de los mismos al espacio intermetacarpiano. - La inclinación lateral de F1 de los cuatro últimos dedos aumentada por la distensión de los ligamentos colaterales y la mayor laxitud capsular producida por el período inflamatorio favorece la contracción de los músculos intrínsecos del lado cubital que es lo que mantiene o aumenta la deformidad. - La presión de empuje del pulgar sobre el índice elonga las estructuras radiales. - El deslizamiento del tendón extensor desde muñeca hasta PIF en sentido cubital. Tratamiento de terapia ocupacional (T.O.) en pacientes con A.R.La Residencia de Terapia Ocupacional se desempeña desde 1997 en el Hospital General de Agudos Dr. E. Tornú, rotando por distintos servicios del mismo, brindando asistencia a personas de diferentes edades, que debido a problemas físicos, del desarrollo, sociales o emocionales, tienen dificultades o riesgo de presentar problemas en el desempeño de sus actividades cotidianas y requieren asistencia para alcanzar una vida independiente y satisfactoria. Actualmente brinda asistencia en Internación en las Unidades de Clínica Médica, Terapia Intermedia y Cuidados Paliativos, y en Consultorios Externos de Reumatología y Ortopedia y Traumatología. En el área de Reumatología, es función del terapeuta ocupacional mantener o mejorar la funcionalidad de los pacientes con A.R. para lograr, como meta final, la independencia personal, social y laboral. Algunas de las funciones de T.O.:

- * Evaluación de la capacidad funcional global.
- * Evaluación específica de la mano.
- * Evaluación de las áreas y habilidades del desempeño ocupacional.
- * Conservar o mejorar la capacidad funcional global del paciente.
- * Reorganización de rutina: - Mantener el rol dentro de la familia y su entorno.
- Alentar la continuidad de las actividades cotidianas.
- Programas de actividades específicos orientados a movimientos no incluidos en la rutina.
- Modificación de hábitos.
- Inclusión de actividades placenteras.
- Cambios en la programación de la actividad diaria, semanal.
- Delegar tareas e incluir a la familia en las responsabilidades.

* Educación: - Manejo y alivio de la sintomatología. - Principios de protección articular. - Principios de conservación de energía, simplificación del trabajo. - Cuidados posturales. * Realización de planes de actividades terapéuticas: - Para mantener o aumentar el ROM de las articulaciones de miembros superiores, o de algún segmento particular. - Fortalecimiento muscular de los MMSS globales o segmentos particulares. - Para prevenir o intentar revertir deformidades. * Evaluar la necesidad de uso de férulas: - Confección de férulas. - Entrenamiento en colocación y uso de las mismas. * Planificación, confección, y entrenamiento en el uso de adaptaciones. * Realización de visitas específicas de asesoramiento en el hogar, escuela o trabajo. El objetivo del presente trabajo es dar a conocer las intervenciones de Terapia Ocupacional en una paciente con Artritis Reumatoidea. Desarrollo: caso clínico AT Datos personales: Paciente, S*** femenino, de 53 años. Casada. Vive con el esposo y 2 hijos (23 y 27 años) en Bernal, Provincia de Buenos Aires. La paciente residía en Mendoza y en 1989 se traslada a Buenos Aires. Presenta diagnóstico de Artritis reumatoidea (A.R.) de 17 años de evolución (inicio de la enfermedad: 1990). Se encuentra en

tratamiento por Hipotiroidismo de Hashimoto y Síndrome de Sjögren. El 11/9/2007 el Servicio de Reumatología del Hospital General de Agudos Dr. Tornú deriva a la paciente a Terapia Ocupacional, a fin de evaluar la desviación cubital. El 30/10/2007 inicia tratamiento de T.O., el cual se mantiene intensivo hasta enero 2008 con una frecuencia de una a dos veces por semana, de una hora de duración, acorde a necesidad. Evaluación de las áreas del desempeño ocupacional:- Actividades de la vida diaria (A.V.D.): Logra realizarlas de manera independiente, presentando dificultades por dolor en ambas manos (E.N. 9) en aquellas actividades que requieran fuerza prensil sostenida en el tiempo, tales como: alimentación (cortar alimentos), vestido (colocarse algunas prendas como el corpiño), baño y ducha (alcanzar las diversas partes del cuerpo), e higiene personal (cepillarse el pelo).- Actividades instrumentales de la vida diaria (A.I.V.D.): La paciente delegó la realización de las mismas debido a la exacerbación de la enfermedad.- Trabajo: Actualmente ama de casa. Se desempeñó como empleada: envasadora de tomates hasta los 30 años de edad.- Tiempo Libre: Bordar / Tejer.- Participación Social: La paciente suele realizar sus actividades con su familia (pasear, viaje a San Juan para visitar otros familiares, etc.). En el genograma familiar se puede observar que la hija mayor no convive con la paciente; a pesar de ello, es quien la acompaña en el tratamiento de T.O. Evaluación de las habilidades del desempeño ocupacional:- Dominancia: izquierda.- La paciente refiere como síntoma relevante dolor intenso (E.N. 9), localizado en MTCF y PIF de ambas manos, constante que se intensifica con la movilización y manipulación de objetos (mecánico).- Se detecta tumefacción a predominio de MTCF 2º y 3º dedos mano izquierda; e inflamación en ambas manos, predominantemente en mano izquierda.- Posición semiflexión de MTCF de ambas manos a predominio de mano izquierda.- Presenta parestesias y dolor en 3, 4 y 5 dedos en ambas manos.- Refiere rigidez matinal mayor a una hora de duración.- Limitación AROM: garra, oposición y puño, se encuentran limitados por dolor (este último en 4 cm a pliegue palmar distal); la movilidad global de MMSS se encuentra limitada por dolor.- Sensibilidad: Se evalúa con los monofilamentos de Semmens Weinstein, detectando alteraciones en la misma: 4,31 (hipoestesia moderada) en territorio de nervio cubital, mano derecha / 4,56 y 6,65 (pérdida de sensibilidad protectora y anestesia, respectivamente) en territorio de nervio cubital y mediano mano izquierda. Plan de tratamiento: Primera etapa: Colaborar en el alivio de síntomas. 1. Asesorar en hábitos posturales. 1.1. Se asesora en técnicas para el alivio de síntomas. 1.2. Se asesora en Principios de Protección Articular (P.P.A.), cuidados posturales y de la mecánica corporal. Se entrega material escrito recordatorio. 1.3. Se sugiere uso de adaptaciones terapéuticas para optimizar el desempeño ocupacional. 1.4. Reorganización de la rutina. Dado que la paciente plantea como síntoma relevante el dolor, el primer objetivo consiste en colaborar en el alivio de los síntomas y brindar asesoramiento para que la paciente logre reconocer y aliviar sus síntomas cuando los mismos se manifiestan. Se inicia el asesoramiento en los PPA y cuidados posturales que cobran relevancia a la luz del estilo de vida de la paciente. Segunda etapa: Elongación y reeducación analítica. 2. Actividades preparatorias terapéuticas: Plan de reeducación analítica. Dado que la paciente se encontraba muy interesada en revertir la situación y acepta la continuidad y frecuencia requerida para iniciar esta segunda etapa del tratamiento, se plantean los siguientes objetivos: 2.1. Restituir la longitud de los músculos intrínsecos: Se realiza en sesión y se asesora a familiar para la realización de un plan de elongación de la musculatura intrínseca en el hogar (fotos 1, 2, 3 y 4). 3. Confección de equipamiento: Férula posicionando y estabilizando MTCF en 0º de extensión y abducción de dedos (fotos 5 y 6). 4. Plan de reeducación analítica. 4.1. Activar interóseos radiales (foto 7). 4.2. Localizar la extensión MTCF (fotos 8 y 9). 4.3. Activación del par biomecánico de interóseos radiales y extensor común de los dedos. 4.4. Fortalecimiento analítico de extensor común de los dedos, e interóseos dorsales. 4.5. Plan de reeducación dinámica y traslado a las A.V.D. Tercera etapa del tratamiento: Tratamiento pre y post quirúrgico. Mano derecha: Luxado tendón extensor dedo medio: Tratamiento Reposición. Mano izquierda: Luxado tendón extensor común de los dedos medio y anular: Tratamiento Reposición / Disociación extensora. Resultados y discusión 16/1/08: En todo momento se trabajó junto al Servicio de Reumatología, realizando interconsultas sobre el estado clínico de la paciente e informando los progresos en el tratamiento. • La paciente logra retomar la realización de las A.V.D. sin dificultad. • Retomó la realización de A.I.V.D. reorganizando su rutina e incorporando hábitos posturales y P.P.A. tales como levantar objetos con la palma, sentarse con los brazos descansando sobre la mesa alineando el tercer dedo con el antebrazo, no lavar la ropa a mano, etc. • No refiere dolor ni al tacto, ni mecánico (E.N. = 0). • Ya no presenta las parestesias y dolor nocturno. • Logra apoyo plano de las manos. • Completa puño, garra y oposición sin dolor. • Logra movilidad activa y activa resistida de ambas manos sin dolor. • Se reevalúa sensibilidad con los monofilamentos de Semmens Weinstein: 4,1 (hipoestesia moderada) en ambas manos. En un sector de la eminencia tenar, por debajo de la MTCF del pulgar 4,56 / 6,65 (pérdida de la sensibilidad protectora y anestesia respectivamente). La paciente refiere "sentir" más sus manos, reconocer cuando se lastima, corta, quema, o raspa. • Se reevalúa desviación cubital mediante goniometría (ver cuadro). La paciente logró reconocer la importancia y el gran beneficio que el Hospital Dr. Enrique Tornú pudo brindarle por intermedio de la Residencia de Terapia Ocupacional, de supervisar su caso con la reconocida especialista en mano T.O. Cristina Alegri en A.L.P.I. Esta posibilidad de llevar su tratamiento a una especialista fue realmente aprovechada por la paciente y colaboró en gran medida en la adhesión al tratamiento. Por otro lado, durante todo el proceso se acordaron los objetivos con la

paciente y con lo que ella refería como prioridad dada su situación. En cierto aspecto fue esto también una de las principales causas por la cual la paciente se compromete y cumple con la frecuencia acordada de tratamiento y con el plan de actividades terapéuticas indicado para el hogar. Finalmente, el rápido alivio de los síntomas, la recuperación de las características y destrezas de la paciente (disminución del estrés mecánico sobre las articulaciones y movilidad indolora) conlleva a mejorar la funcionalidad de sus manos y la capacidad global de la paciente. Esto le permite recuperar y mantener roles en su familia y entorno que le son significativos y que debió abandonar por la exacerbación de la enfermedad. Finalmente se logra así, con un diagnóstico de enfermedad crónica, mejorar la calidad de vida. Valeria Soledad Illán* * Valeria Soledad Illán es Licenciada en Terapia Ocupacional y forma parte de la Residencia de Terapia Ocupacional del Hospital Tornú de Buenos Aires. E-mail: vale_illan@hotmail.com Referencias bibliográficas: - Eduardo Zancolli: "Patomecánica y corrección de la desviación cubital en la Artritis antes y después de la destrucción del cartílago". Cap. 2. Structural and Dynamic bases of hand surgery. 2ª Edición Editorial J.B. Lippincott Company. Philadelphia y Toronto. 1979. - Roque Blanco. "Patogenia de la desviación cubital de los dedos en artritis reumatoidea. Contribución a su estudio". Cap 2. Buenos Aires, Argentina. 1979. - Alberto J. Spindler y Eleonora del V. Lucero: "Compromiso articular en la Artritis Reumatoidea". Reumatología Maldonado Cocco. A.P. Americana Publicaciones. Buenos Aires, Argentina. 2000. Agradecimiento: quisiera agradecer a la T.O. Alegri Cristina, por la formación, supervisión, asesoramiento y guía que brinda de forma totalmente desinteresada a la Residencia de Terapia Ocupacional del GCBA en general, y a mí en lo particular, es todo un honor poder formarme junto a ella. Quisiera agradecer también a mi jefa Lic. T.O. Tommasi María Laura, y a la Coordinadora de la Residencia de Terapia Ocupacional Lic. Battistoni Claudia