



Universidad
Internacional
de Andalucía

TÍTULO

INFORME DE CASO

INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN FRACTURA DE COLLES

AUTOR

Franco Torres Salazar

Tutora
Institución
Curso
©
©
Fecha
documento

Esta edición electrónica ha sido realizada en 2025

D.^a Carmen Valero Arregui

Universidad Internacional de Andalucía

*Diploma de Especialización en Terapia de la Mano Basada en la Evidencia
y el Razonamiento Clínico (2023-24)*

Franco Torres Salazar

De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía

2024



Universidad
Internacional
de Andalucía



**Atribución-NoComercial-SinDerivadas
4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0)**

Para más información:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en>

INFORME DE CASO: INTERVENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL EN FRACTURA DE COLLES.

Curso 2023-24

**Diploma de especialización en terapia de mano
basado en la evidencia y el razonamiento clínico.**



Alumno:

Franco Torres Salazar

Tutor:

Carmen Valero Arregui

RESUMEN.

La fractura distal del radio representa una de las lesiones más comunes de la extremidad superior, siendo la mas frecuente la fractura de colles, la cual es una fractura de la epífisis distal del radio que se produce por una caída sobre la muñeca con extensión máxima denominada caída en FOOSH. Es por este motivo, que se presenta el caso de un paciente de sexo femenino de 60 años, que sufre caída desde altura en su lugar de trabajo, apoyando todo su cuerpo sobre mano izquierda. En primera instancia, se visualiza dolor a la palpación, angulación y leve desplazamiento dorsal constituyendo deformidad “en tenedor”, edema en dorso de la mano, sin compromiso neurovascular. La lesión es abordada mediante tratamiento conservador donde se realiza reducción articular del segmento, y posterior aplicación de yeso braquiopalmar en tres puntos con desviación volar, más uso de cabestrillo por 7 semanas; durante el transcurso de la inmovilización no recibe tratamiento rehabilitador, posterior al retiro del yeso usuaria manifiesta problemas de movilidad tanto en flexión y extensión de muñeca, con presencia de kinesiofobia al uso de la extremidad afectada, lo que constituyo un gran reto en este caso. La intervención se realizo de forma progresiva respetando los límites de dolor empleando diversas técnicas de tratamiento por un periodo de 16 semanas. Los parámetros evaluados en este caso fueron positivos, lo que lo que se ve reflejado en una mejor funcionalidad de muñeca, y un mejor desempeño ocupacional del paciente.

Palabras Clave: Fractura de colles, terapia de mano, terapia ocupacional, rehabilitación.

INTRODUCCIÓN.

La articulación radiocarpiana, también conocida como articulación de muñeca, cumple un rol fundamental en la funcionalidad manual. Por ende, una lesión que afecte a dicha articulación generara consecuencias adversas que limiten el desempeño ocupacional del individuo.

Las fracturas distales de radio (FDR) son una de las lesiones más comunes en la extremidad superior, producida por traumatismos de alta y baja energía. En jóvenes se caracteriza por lesiones deportivas o de tránsito de alta energía, y en población geriatría son frecuentes las caídas de baja energía, siendo el factor de riesgo predominante la osteoporosis, presentando una mayor prevalencia en mujeres que en hombres (1).

Respecto a la clasificación de la FDR el sistema AO es el más utilizado para establecer el tipo de fractura, ya que permite valorar aspectos como la integridad articular, y el grado de inestabilidad mediante valoración radiográfica clasificándolas en fracturas de tipo A, B y C, según severidad. Si el nivel de inestabilidad de la fractura es alto se optará por abordaje quirúrgico, y si la fractura es estable se optará por tratamiento conservador (2).

Dentro de los tipos de FDR una de las más frecuente es la fractura de colles, descrita por primera vez por Abraham Colles en 1814, el cual la define como una fractura transversal transmetafisaria a 3 cm de la articulación de muñeca con desplazamiento dorsal del fragmento distal del radio. El mecanismo de lesión que se suele presentar ocurre cuando la persona cae hacia adelante e intenta frenar la caída extendiendo la mano en extensión máxima, denominado lesión en FOOSH (1-3).

Algunos autores como Bacorn y Kurtzke (4) señalan que existe una relación directa entre la edad y el porcentaje de incapacidad, estableciendo una pérdida de 4% a partir de los 50 años, lo que explicaría la mayor prevalencia de la fractura de colles en edades avanzadas.

El tratamiento clásico en pacientes geriátricos suele ser un abordaje conservador luego de una reducción cerrada acompañada de inmovilización con yeso por un periodo de 6 semanas, sin embargo, este método ha reportado algunas complicaciones relacionadas con una consolidación viciosa, limitación en dorsiflexión, y limitación en la pronosupinación (5).

Cabe señalar, que dichas complicaciones físicas pueden repercutir de forma negativa en las variables psicológicas del individuo favoreciendo el desarrollo de trastornos crónicos de salud, como es la kinesiofobia que se describe como el miedo irracional al movimiento producido por sensaciones de dolor que generan que la persona trate de evitar el movimiento, debido a sobreestimar el riesgo de lesión o por miedo a producir una nueva, lo que limita su capacidad funcional (6).

Es por este motivo, que la rehabilitación terapéutica estará enfocada en identificar las posibles complicaciones resultantes, como lo son evitar el edema, el dolor y la rigidez articular, fomentando la calidad del movimiento y la función manual (7).

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 60 años, casada, lateralidad izquierda, bibliotecaria de profesión, no realiza actividad física, fumadora habitual. Vive en conjunto con su esposo y sus dos hijas. Antecedentes traumáticos previos no refiere. El mecanismo lesional consiste en una caída desde una escalera el 07 de octubre de 2023, relata que en el momento del accidente perdió el equilibrio al dejar libro sobre estante, cayendo sobre mano izquierda con codo en extensión, muñeca en flexión dorsal y desviación radial. Posterior al traumatismo el diagnóstico médico indica mediante evaluación radiográfica fractura distal del radio con fragmento dorsal. Recibiendo tratamiento conservador donde se realiza reducción cerrada e inmovilización con yeso braquiopalmar mas cabestrillo durante 7 semanas, y se retira la escayola el 22 de noviembre, manifestando dolor durante la inmovilización, y kinesiofobia al inicio del tratamiento. El tratamiento rehabilitador comienza la 8ª semana respectivamente.

VALORACION INICIAL.

La valoración se realizó a través de la observación clínica, entrevista no estructurada y examen físico que contempla evaluaciones permanentes al caso.

Al momento de la entrevista se observa que ingresa a la unidad de terapia ocupacional con postura antiálgica, evitando en todo momento movilizar mano afectada. Se aprecia edema localizado en articulación de muñeca 2,4 cm, y crepitación al movimiento activo. Sin alteraciones de sensibilidad. Logra realizar movimiento de pronosupinación de forma activa. Oposición sin dificultad. Dificultad en agarre por disminución de fuerza muscular, refiere presentar dificultad en uso de cubiertos, y en destapar frascos o botellas.

En cuanto al dolor se utilizó la escala visual analógica del dolor donde la usuaria refiere no presentar dolor en reposo, sin embargo, manifiesta dolor EVA 8 al movimiento pasivo, dolor EVA 5 al movimiento activo, y dolor EVA 6 en descanso y sueño. Logra realizar puño con dolor EVA 7.

- **Balance muscular:** En la aplicación se utilizó Escala de Daniels. Los resultados son los siguiente: Extensores de muñeca 2/5, flexores de muñeca 3/5, supinador de antebrazo 4/5, pronador de antebrazo 5/5.
- **Dinamometría:** 4,2 kg de fuerza, en la aplicación se utilizó un dinamómetro de presa digital.
- **Balance articular:** En la aplicación se utilizó goniómetro, y escala visual analógica del dolor.

TABLA 1. Valoración inicial del balance articular.

	PROM	AROM	DOLOR
Flexión dorsal	15°	10°	EVA 8
Flexión palmar	40°	30°	EVA 5
Desviación radial	10°	5°	EVA 2
Desviación cubital	30°	30°	EVA 0
Pronación	90°	90°	EVA 1
Supinación	70°	60°	EVA 3

- **Versión Quick DASH (Anexo I):** En la valoración se utilizó la versión rápida del Cuestionario Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) para la medición de la calidad de vida relacionada a dificultad

en miembro superior, obteniendo como resultado 77,5% de impacto en la función de la mano.

- **Medida de independencia funcional (FIM) (Anexo II):** Obtiene 95/126 puntos, refiere mayor dificultad en preparación de alimentos, arreglo personal, entrar y salir de la ducha.

PLAN DE INTERVENCIÓN.

Semanas 1 – 4.

Objetivos: Control de edema y dolor, movilización activa controlada, educación al paciente.

Durante las primeras semanas se utilizó la imaginería motora graduada para abordar la kinesiophobia. Al inicio de cada sesión por los primeros 15 minutos se realizó discriminación de lateralidad con imágenes de diversas posiciones de manos, identificando entre derecha e izquierda, logrando 80% de aciertos a la 2 semana; luego se llevó a cabo la imaginería motora y terapia de espejos hasta la 4 semana. Comenzando en la extremidad sana, para luego realizar movimiento de hombro, codo y finalizando con muñeca, respetando en todo momento el dolor de la paciente con la finalidad de promover la activación de las redes corticales y la mejor de la organización neural para favorecer la disminución de la percepción del dolor (8). Asimismo, se realizó educación a la paciente referente a limitaciones o compensaciones relacionadas a las actividades de la vida diaria, entregando rutina de ejercicios domiciliarios, y se implementó adaptaciones con impresión 3D dentro del transcurso de la primera semana.

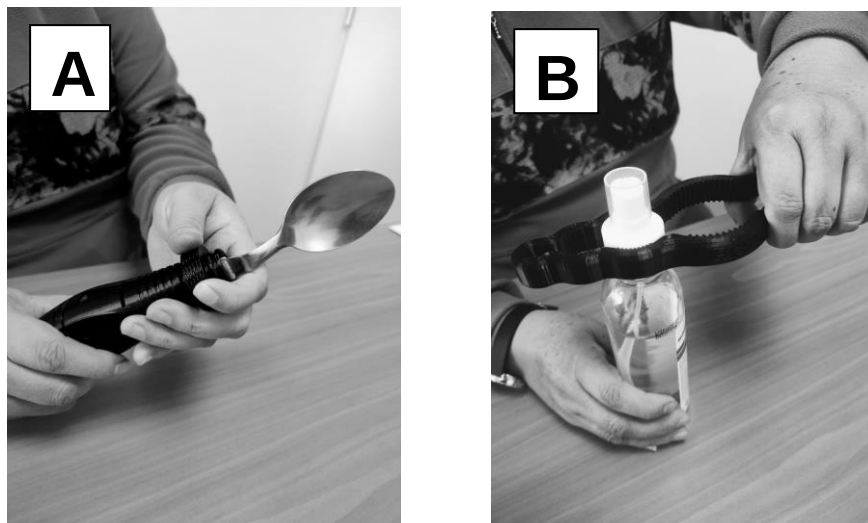


Figura 1. Adaptaciones con impresión 3D en actividades de la vida diaria. **A.** Adaptación de alimentación. **B.** Adaptador para abrir tapas de botellas.

Para el tratamiento del edema se utilizó al finalizar cada sesión vendaje cohesivo tipo Coban por las primeras 2 semana, el cual se coloca de distal a proximal con presión continua para facilitar la disminución de la inflamación en la articulación de muñeca.



Figura 2. Vendaje cohesivo tipo Coban para tratamiento de edema.

Una vez controlado el edema, se realizan trabajos de cinesiterapia pasiva y tabla canadiense con fuerza progresivas de bajo estrés con el objetivo de vencer la rigidez articular que limita el ROM de flexión, extensión, y desviación radial. También se inicia movilización suave activa combinando ejercicios de flexión mas desviación cubital, y extensión mas desviación radial, denominado dart trhowing motion, sumado a movimientos de pronosupinación, posición intrínseco plus, y gancho de 10 a 15 minutos por sesión para mejorar el balance articular y prevenir adherencias en el aparato flexor (8).

Semanas 5 – 8.

Objetivos: Mejorar ROM, aumentar fuerza muscular, y potenciar funcionalidad manual.

Al inicio de cada sesión se utilizó concepto TERT en tabla canadiense para aumentar el ROM de flexión, extensión, supinación y desviación radial, llevando a las estructuras a su máxima elongación según tolerancia por un periodo de 15 a 20 minutos hasta la 8 semana.

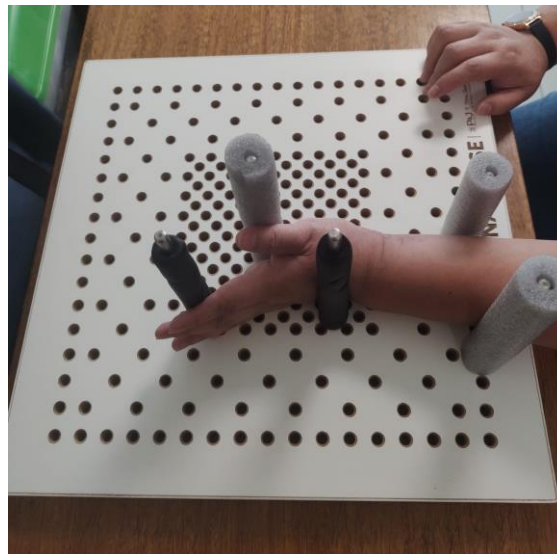


Figura 3. Ejercicios de extensión de muñeca en tabla canadiense.

Luego de vencer los signos de la kinesiofobia, y haber disminuido casi en su totalidad el dolor en la 4 semana, se realiza entrenamiento propioceptivo solicitando a la paciente apoyar su mano sobre disco Freeman y realizar movimientos en todos los planos graduando la carga según tolerancia y respetando los límites de dolor. A medida que la paciente progrese iremos aumentando la complejidad, añadiendo puntero laser al disco para la paciente puede seguir recorridos rectos, y laberintos apoyando la palma sobre el mismo. Además de integrar actividad con plato, donde la paciente deberá sostenerlo con la palma más muñeca en supinación para luego trasladar torre de conos de punto A al B sin que se le caigan para después añadir vaso de agua y canica, con el fin aumentar el rango de movimiento activo limitado y la estabilidad articular.

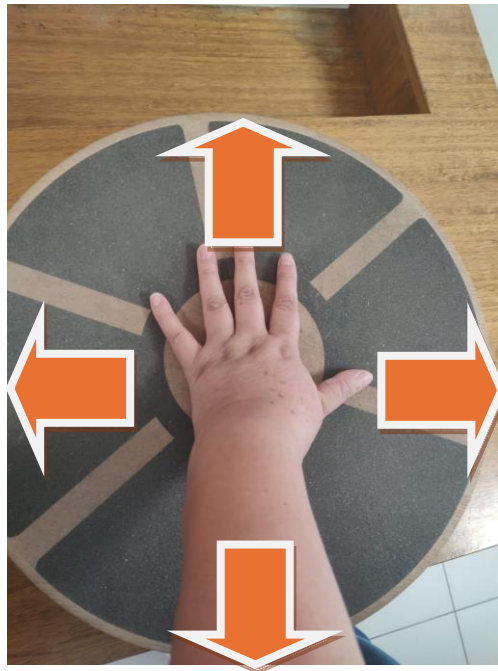


Figura 4. Ejercicio propioceptivo en disco Freeman.

Se integra trabajo de motricidad fina, y ejercicios de baja y media resistencia cada sesión por 15 minutos, utilizando masas terapéuticas se fomentará el agarre gancho y posición de puño; pinzas digitales con pinzas con resistencia que estarán situadas en un círculo para modificar la posición de la muñeca, tareas como abotonar tablero, ensartar cuencas, y tablero de tornillos para potenciar la funcionalidad en actividades de la vida diaria básicas. Asimismo, se llevó a cabo trabajo de lanzamiento de dardos en diana, situando a la paciente a distintas distancias aumentando la complejidad de la actividad.

Semanas 9 – 16.

Objetivos: Aumentar fuerza muscular, mantener rangos de movimiento articular, mejorar descarga de peso, y potenciar funcionalidad manual en contexto laboral.

Tras haber superado las primeras etapas de asimilación de carga parcial, se aumentará la exigencia del entrenamiento propioceptivo hasta llegar a la carga total, cada sesión por un periodo de 15- 20 minutos; solicitando a la paciente realizar trabajo bilateral de extremidad superior, apoyando las palmas de sus manos con codos extendidos sobre balón tipo maní, rodándolo hacia arriba y abajo en plano vertical, presionando el balón contra la pared. A su vez, se implementó trabajo con ejercitador de velcros para agarres y pinzas, y trabajo de movimiento simultaneo con ortesis que presenta recorrido de alambre en el dorso con el fin de movilizar las argollas por el recorrido, dejando las articulaciones de extremidad superior libres para permitir movimiento coordinado de hombro, codo, muñeca y dedos.

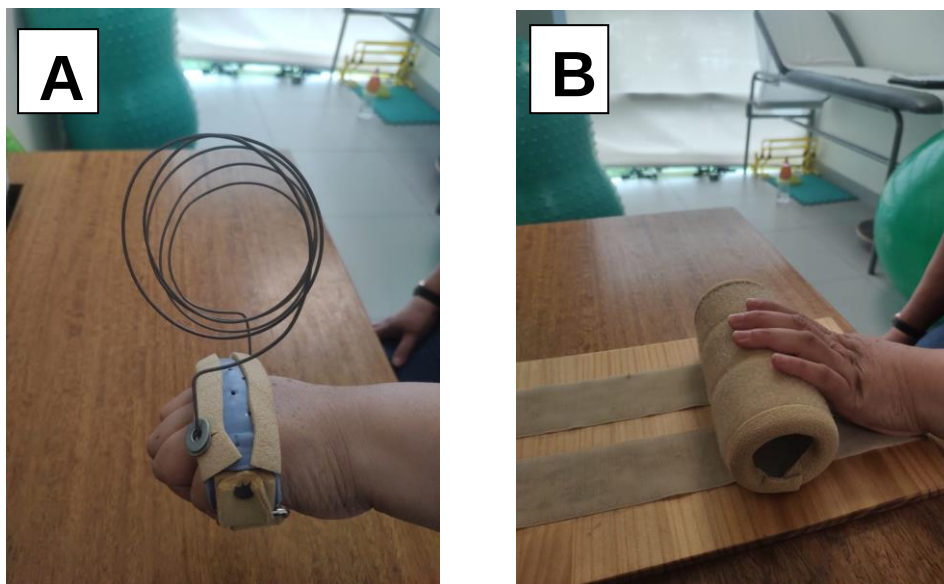


Figura 5. A. Trabajo de movimiento simultaneo de extremidad superior con ortesis. **B.** Trabajo con ejercitador de velcros.

Asimismo, se favoreció la potenciación global de extremidad superior relacionado actividades de la vida diaria con ejercicios de resistencia progresiva durante cada sesión por un periodo de 15 a 20 minutos, realizando 2 series de 25 repeticiones de ejercicios con barras de torsión, bandas elásticas, power ball, digiflex, traslado de peso, y alcances funcionales con el fin de mejorar los movimientos activos de flexión, extensión, supinación, pronación, desviación radial y cubital.

SEGUIMIENTO Y REEVALUACIÓN.

Paciente culmina proceso de rehabilitación de 16 semanas con resultados satisfactorios. Durante la intervención la kinesiofobia y el edema de muñeca constituyo un gran desafío que limitó el inicio del tratamiento, pero al emplear la imaginación motora graduada denoto grandes avances en la movilidad, la hipervigilancia y el dolor. Así también fue de gran utilidad en la intervención terapéutica la implementación de cinesiterapia pasiva, aplicación de concepto TERT, ejercicios propioceptivos para generar mayor estabilidad articular y ganancia de ROM.

En relación con los resultados de intervención se realizó una reevaluación para delimitar los avances del proceso de rehabilitación utilizando las pautas de evaluación escogidas en el inicio del tratamiento. Los resultados son los siguientes:

En cuanto al dolor se utilizó la escala visual analógica del dolor donde la usuaria refiere avances positivos, en área de descanso y sueño sin dolor nocturno, sin dolor en movimiento pasivo, sin dolor en grips, sin dolor al realizar actividades de la vida diaria, sin embargo, presenta dolor EVA 1 al movimiento activo de extensión y descarga de peso total.

- **Dinamometría:** 20,4 kg de fuerza, en la aplicación se utilizó un dinamómetro de presa digital.
- **Balance muscular:** En la aplicación se utilizó Escala de Daniels. Los resultados son los siguientes: Extensores de muñeca 5/5, flexores de muñeca 5/5, supinador de antebrazo 5/5, pronador de antebrazo 5/5.
- **Balance articular:** En la aplicación se utilizó goniómetro, y escala visual analógica del dolor.

Tabla 2: Valoración postratamiento del balance articular.

	PROM	AROM	DOLOR
Flexión dorsal	80°	70°	EVA 1
Flexión palmar	90°	85°	Sin dolor
Desviación radial	15°	15°	Sin dolor
Desviación cubital	30°	30°	Sin dolor
Pronación	90°	90°	Sin dolor
Supinación	90°	90°	Sin dolor

- **Versión Quick DASH (Anexo III):** En la valoración se utilizó la versión rápida del Cuestionario (DASH) para la medición de la calidad de vida relacionada a dificultad en miembro superior, obteniendo 2% de impacto en la función de la mano. Presentando dificultad leve en actividades de impacto.
- **Medida de independencia funcional (FIM) (Anexo IV):** Obtiene 126/126 puntos, usuaria es independiente en todas sus actividades de la vida diaria.

TABLA 2. Resultados de valoración pre y postratamiento.

Valoraciones	Inicial	Postratamiento
Quick DASH	77,5%	2%
FIM	95/126	126/126
Escala de Daniels	Extensores de muñeca 2/5, flexores de muñeca 3/5, supinador de antebrazo 4/5, pronador de antebrazo 5/5.	Extensores de muñeca 5/5, flexores de muñeca 5/5, supinador de antebrazo 5/5, pronador de antebrazo 5/5.

DISCUSIÓN

La fractura distal de radio son fracturas comunes que suelen ser abordas según la gravedad de la lesión de forma conservadora mediante reducción cerrada e inmovilización, o de forma quirúrgica mediante fijación externa o interna por un periodo aproximado de 6 semanas.

En el tratamiento conservador se puede presentar diversas problemáticas relacionadas una inadecuada inmovilización, o al uso prolongado de la misma, lo que puede ocasionar dolor persistente, edema, deformidad, rigidez articular e impotencia funcional de la muñeca lesionada (9). Dichas complicaciones se ven reflejadas en este caso clínico, siendo contraproducente la inmovilización prolongada de 7 semanas lo que produjo importantes limitaciones en el inicio del tratamiento como lo fue el edema, y la kinesiofobia relacionada al dolor persistente y la rigidez articular. Es por esto, que toma relevancia lo mencionado en diversos estudios que postulan que entre más corto sea el periodo de inmovilización, acompañado de una intervención temprana, mejor serán los resultados terapéuticos, evitando así mayores complicaciones (10).

Por tanto, resulta importante establecer un razonamiento clínico exhaustivo de la gravedad de la lesión, para poder abordar de mejor forma las problemáticas planteadas, y poder escoger un tipo de tratamiento atingente dentro de la fase de intervención tardía, debido a la gran heterogeneidad de la fractura distal de radio.

Cabe mencionar, que una de las consideraciones en el tratamiento relacionadas a la inmovilización prolongada, pudo ser una alternativa viable la inmovilización relativa en la fase inicial, previniendo la rigidez articular, fomentando la movilidad de MCF, control del edema, e inflamación. Asimismo, resultado de gran utilidad en la fase de intervención tardía la implementación de imaginería motora graduada, ejercicios en tabla canadiense, y ejercicios propioceptivos para abordar la kinesiofobia y la percepción del dolor, lo que constituyó excelentes resultados dentro del proceso de rehabilitación.

Conclusión

Los resultados obtenidos evidencian que los objetivos planteados desde terapia ocupacional se han logrado a pesar de las complicaciones presentadas al inicio del tratamiento.

A raíz de lo anterior, denota de gran relevancia el proceso de evaluación y entrevista para pesquisar e identificar las complicaciones relacionadas al edema, rigidez articular, y factores psicológicos que pueden repercutir de forma negativa en el proceso de rehabilitación como lo es la kinesiofobia que constituyó un gran desafío dentro de la intervención.

En definitiva, la intervención terapéutica fue efectiva durante el transcurso de 4 meses de tratamiento, demostrando que las técnicas utilizadas en el mismo han sido adecuadas, lo que se ve reflejado en una evolución positiva del cuadro clínico, apreciable al alcanzar la consolidación anatómica de la fractura, la restauración de la función manual, la mejora en el desempeño de las actividades de la vida diaria, y el retorno de la actividad laboral.

REFERENCIAS

1. Petrone DJ. Distal radius fractures in adults. UpToDate. 2013.
<http://www.uptodate.com>
2. Serrano de la Cruz Fernández, M. J. Fracturas distales de radio: clasificación, tratamiento conservador. Revista Española de Cirugía Osteoarticular. [revista en Internet] octubre diciembre 2008. N.º 236. Vol. 46 [Acceso 16 de marzo de 2024]; Disponible en: <https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/40723/141-154>.
3. Salvi AE. The handshake technique: proposal of a closed manual reduction technique for Colles' wrist fracture. Med. 2011 Jan;29(1):115-7. Epub 2010 Apr 2.
4. Bacorn RW, Kurtzke JF. Colles' fracture. J Bone Joint Surg 1953; 35A:643-58.
5. Mackenney PJ, McQueen MM, Elton R. Prediction of instability in distal radius fractures. J Bone Joint Surg Am. 2006;88(9):1944-51.
6. Das De S, Vranceanu AM, Ring DC. Contribution of kinesophobia and catastrophic thinking to upper-extremity-specific disability. J Bone Joint Surg Am. 2013;95(1):76–81. <https://doi.org/10.2106/JBJS.L.00064>
7. Y. Dionyssiotis, I.A. Dontas, D. Economopoulos, G.P. Lyritis. Rehabilitation after falls and fractures. J Musculoskelet Neuronal Interact 2008; 8(3):244-250.
8. Cantero Téllez R. (coord.). Fractura distal del radio. Terapia de mano basada en el razonamiento y la práctica clínica. Sevilla. Universidad Internacional de Andalucía. 2020.
9. N.N. Byl, W. Kohlhase, G. Engel. Functional limitation immediately after cast immobilization and closed reduction of distal radius fracture: preliminary report. J Hand Ther, 12 (1999), pp. 201-211.
10. Quadlbauer S, Pezzei C, JUrkwitsch J, Kolmayr B, Keuchel T, Simon D, et.al Early Rehabilitation of Distal Radius Fractures Stabilized by

Volar Locking Plate: A Prospective Randomized Pilot Study. J Wrist Surg. 2016 [acceso 18 de marzo de 2024]. Disponile en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5397314/

Anexos

Anexo 1.

QuickDASH

27/11/23

Por favor califique su capacidad durante los últimos 7 días para realizar las siguientes actividades, haciendo un círculo en el número de la respuesta más apropiada.

	NINGUNA DIFICULTAD	DIFICULTAD LEVE	DIFICULTAD MODERADA	DIFICULTAD GRAVE	INCAPAZ
1. Abrir un frasco o botella, apretado o nuevo.	1	2	3	4	5
2. Hacer trabajos pesados de la casa (por ej. limpiar vidrios, trapear pisos o barrer).	1	2	3	4	5
3. Llevar una bolsa de compras o un maletín.	1	2	3	4	5
4. Lavarse la espalda.	1	2	3	4	5
5. Usar un cuchillo para cortar la comida.	1	2	3	4	5
6. Actividades recreativas que requieran algún esfuerzo o impacto a través de su brazo, hombro o mano (por ej.: martillar, tenis, jugar paletas).	1	2	3	4	5

	NADA	LEVE	MODERADA- MENTE	MUCHO	MUCHÍSIMO
7. Durante los últimos 7 días, ¿en qué medida su problema de brazo, hombro o mano interfirió con sus actividades sociales habituales con la familia o amigos? (Marque con un círculo).	1	2	3	4	5

	NADA	POCO	MODERADO	MUCHO	INCAPAZ
8. Durante los últimos 7 días, ¿su problema del brazo, hombro o mano, limitó su trabajo u otras actividades diarias? (Marque con un círculo).	1	2	3	4	5

Por favor califique la gravedad de los siguientes síntomas durante los últimos 7 días. (Marque con un círculo)

	NINGUNO	LEVE	MODERADO	GRAVE	EXTREMO
9. Dolor de brazo, hombro o mano.	1	2	3	4	5
10. Hormigueo (pinchazos y agujas) en su brazo, hombro o mano.	1	2	3	4	5

	NINGUNA DIFICULTAD	DIFICULTAD LEVE	DIFICULTAD MODERADA	DIFICULTAD GRAVE	TANTA DIFICULTAD QUE NO ME DEJA DORMIR
11. Durante los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para dormir debido al dolor del brazo, hombro o mano? (Marque con un círculo).	1	2	3	4	5

Puntaje de discapacidad/ síntomas QuickDASH = $\frac{(\text{suma de } n \text{ respuestas})}{n} - 1$ x 25, donde n es el número de respuestas completadas.

Un puntaje QuickDASH no puede ser calculado si hay más de 1 ítem perdido.

77,5%

Anexo 2.

Medida de Independencia Funcional (FIM)

Nombre: [REDACTED]

Edad: 60 años

Fecha: 27/11/23

Diagnostico: FDR

- 7: Independencia completa
6: Independencia modificada (con aparatos)
5: Supervisión
4: Asistencia mínima (paciente 75 % - - 89%)
3: Asistencia moderada (paciente 50 % - - 74%)
2: Asistencia Máxima (paciente 25 % - - 49%)
1: Asistencia Total (paciente 0 % - - 24%)

AUTOCUIDADO								OBSERVACIÓN
Alimentarse	1	2	3	4	5	6	7	
Arreglo personal	1	2	3	4	5	6	7	
Bañarse	1	2	3	4	5	6	7	
Vestirse EESS	1	2	3	4	5	6	7	
Vestirse EEII	1	2	3	4	5	6	7	
Aseo Perianal	1	2	3	4	5	6	7	
CONTROL ESFINTERES								
Manejo Vesical	1	2	3	4	5	6	7	
Manejo intestinal	1	2	3	4	5	6	7	
MOVILIDAD/TRANFERENCIA								
Cama, silla, silla de ruedas	1	2	3	4	5	6	7	
W.C	1	2	3	4	5	6	7	
Ducha, Baño	1	2	3	4	5	6	7	
DESPLAZAMIENTOS								
Caminar/silla de ruedas	1	2	3	4	5	6	7	
Escalas	1	2	3	4	5	6	7	
COMUNICACIÓN								
Comprensión	1	2	3	4	5	6	7	
Expresión	1	2	3	4	5	6	7	
DESTREZA SOCIAL								
Resolución de problemas	1	2	3	4	5	6	7	
Interacción social	1	2	3	4	5	6	7	
Memoria	1	2	3	4	5	6	7	
TOTAL								95 pts

CONCLUSIONES: _____

Anexo 3.

QuickDASH

15/03/24

Por favor califique su capacidad durante los últimos 7 días para realizar las siguientes actividades, haciendo un círculo en el número de la respuesta más apropiada.

	NINGUNA DIFICULTAD	DIFICULTAD LEVE	DIFICULTAD MODERADA	DIFICULTAD GRAVE	INCAPAZ
1. Abrir un frasco o botella, apretado o nuevo.	①	2	3	4	5
2. Hacer trabajos pesados de la casa (por ej. limpiar vidrios, trapear pisos o barrer).	①	2	3	4	5
3. Llevar una bolsa de compras o un maletín.	①	2	3	4	5
4. Lavarse la espalda.	①	2	3	4	5
5. Usar un cuchillo para cortar la comida.	①	2	3	4	5
6. Actividades recreativas que requieran algún esfuerzo o impacto a través de su brazo, hombro o mano (por ej.: martillar, tenis, jugar paletas).	1	②	3	4	5

	NADA	LEVE	MODERADA- MENTE	MUCHO	MUCHÍSIMO
7. Durante los últimos 7 días, ¿en qué medida su problema de brazo, hombro o mano interfirió con sus actividades sociales habituales con la familia o amigos? (Marque con un círculo).	①	2	3	4	5

	NADA	POCO	MODERADO	MUCHO	INCAPAZ
8. Durante los últimos 7 días, ¿su problema del brazo, hombro o mano, limitó su trabajo u otras actividades diarias? (Marque con un círculo).	①	2	3	4	5

Por favor califique la gravedad de los siguientes síntomas durante los últimos 7 días. (Marque con un círculo)

	NINGUNO	LEVE	MODERADO	GRAVE	EXTREMO
9. Dolor de brazo, hombro o mano.	①	2	3	4	5
10. Hormigueo (pinchazos y agujas) en su brazo, hombro o mano.	①	2	3	4	5

	NINGUNA DIFICULTAD	DIFICULTAD LEVE	DIFICULTAD MODERADA	DIFICULTAD GRAVE	TANTA DIFICULTAD QUE NO ME DEJA DORMIR
11. Durante los últimos 7 días, ¿cuánta dificultad ha tenido para dormir debido al dolor del brazo, hombro o mano? (Marque con un círculo).	①	2	3	4	5

Puntaje de discapacidad/ síntomas QuickDASH = $\frac{(\text{suma de } n \text{ respuestas})}{n} \times 25$, donde n es el número de respuestas completadas.

Un puntaje QuickDASH no puede ser calculado si hay más de 1 ítem perdido.

2%

Anexo 4.

Medida de Independencia Funcional (FIM)

Nombre: [Redacted]
Fecha: 15/03/24

Edad: 60
Diagnostico: FDR

- 7: Independencia completa
6: Independencia modificada (con aparatos)
5: Supervisión
4: Asistencia mínima (paciente 75 % - - 89%)
3: Asistencia moderada (paciente 50 % - - 74%)
2: Asistencia Máxima (paciente 25 % - - 49%)
1: Asistencia Total (paciente 0 % - - 24%)

AUTOCUIDADO								OBSERVACIÓN
Alimentarse	1	2	3	4	5	6	7	
Arreglo personal	1	2	3	4	5	6	7	
Bañarse	1	2	3	4	5	6	7	
Vestirse EEES	1	2	3	4	5	6	7	
Vestirse EEII	1	2	3	4	5	6	7	
Aseo Perianal	1	2	3	4	5	6	7	
CONTROL ESFINTERES								
Manejo Vesical	1	2	3	4	5	6	7	
Manejo intestinal	1	2	3	4	5	6	7	
MOVILIDAD/TRANFERENCIA								
Cama, silla, silla de ruedas	1	2	3	4	5	6	7	
W.C	1	2	3	4	5	6	7	
Ducha, Baño	1	2	3	4	5	6	7	
DESPLAZAMIENTOS								
Caminar/silla de ruedas	1	2	3	4	5	6	7	
Escalas	1	2	3	4	5	6	7	
COMUNICACIÓN								
Comprensión	1	2	3	4	5	6	7	
Expresión	1	2	3	4	5	6	7	
DESTREZA SOCIAL								
Resolución de problemas	1	2	3	4	5	6	7	
Interacción social	1	2	3	4	5	6	7	
Memoria	1	2	3	4	5	6	7	
TOTAL								126

CONCLUSIONES: _____

