



TÍTULO

INFORME DE CASO

INCAPACIDAD FUNCIONAL PARA LA SUPINACIÓN TRAS RAFI EN FRACTURA DE RADIO DISTAL

AUTORA

Alba Traver Reyes

	Esta edición electrónica ha sido realizada en 2023
Tutor	Dr. D. Josep M ^a Solé
Instituciones	Universidad Internacional de Andalucía
Curso	<i>Diploma de Especialización en Terapia de la mano basada en la evidencia y el razonamiento clínico (2021-2022)</i>
©	Alba Traver Reyes
©	De esta edición: Universidad Internacional de Andalucía
Fecha documento	2022



**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: INCAPACIDAD FUNCIONAL PARA LA SUPINACIÓN TRAS RAFI EN FRACTURA DE RADIO DISTAL

Curso 2021-22

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



Alumna:
Alba Traver Reyes
Tutor:
Josep M^a Solé

ÍNDICE

1. Resumen.....	3
2. Introducción.....	4
3. Presentación del caso.....	5
4. Discusión.....	20
5. Conclusión.....	21
6. Referencias.....	22
7. Anexos.....	23

1.RESUMEN

Se presenta una fractura de estiloides radial que se aborda con reducción abierta y fijación interna tras fracasar el abordaje conservador. Los tiempos por tanto, no son los habituales. Existe una inmovilización previa a la intervención, con todo lo que ello significa a nivel vascular y osteomuscular con respecto a la extremidad superior, y otra posterior a la colocación de la placa volar. No existe ningún tipo de intervención rehabilitadora durante las semanas de inmovilización y la situación de la paciente a su llegada al tratamiento no es la esperada tras 7 semanas desde el trauma. Su estado era bastante inestable y su evolución impredecible. Con gran pérdida de movilidad, alteraciones sensitivas y vasculares obvias y una desarrollada kinesiofobia, el gran objetivo inicial fue escapar de una situación abocada al SDRC. Los problemas de movilidad, especialmente con respecto a la supinación, fueron el siguiente gran reto de este caso. Evitar provocar mayor daño y/o cualquier escenario doloroso que retrasara aún más la recuperación fue también objetivo principal. Por tanto, la intervención fue siempre muy progresiva y adaptada a los tiempos que la propia paciente y sus sensaciones nos proporcionaban, las técnicas fueron cuidadosamente elegidas desde las menos invasivas hacia las más exigentes, los límites del dolor nunca fueron sobrepasados y se acordó un buen equilibrio entre actividad y reposo. Los resultados de este caso son alentadores y refuerzan la estrategia de intervención elegida.

2. INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el abordaje quirúrgico con reducción abierta y fijación interna (RAFI) de la fractura de radio distal se ha extendido ampliamente. Para que dicha fractura sea tal, debe estar localizada en el tercio distal del radio a menos de 2,5cm de la articulación radiocarpiana. Es una de las lesiones más frecuentes en la sociedad actual, cada vez con menos distinción en cuanto a la edad o el sexo, con un alto riesgo y número de lesiones asociadas y su abordaje ha evolucionado con el paso del tiempo desde intervenciones más conservadoras a técnicas más invasivas pero con mejor pronóstico en lo concerniente a la recuperación. Cabe esperar que, tras la fijación mediante placa volar, el paciente pueda, por ejemplo, flexionar dedos y cerrar puño a los 2-3 días, hacer pronosupinación a los 5 días, conducir un coche a los 10 días o apoyar sobre la palma de la mano a 90º de extensión de muñeca a las 8 semanas. Pero, según mi propia experiencia, en la mayoría de los casos esto no sucede así. El elevado porcentaje de lesiones asociadas, la imposibilidad de iniciar una rehabilitación precoz en muchos casos y/o diversas circunstancias que rodean al contexto de la lesión (como en el caso que se presenta a continuación, con un abordaje quirúrgico tardío), pueden hacer variar considerablemente las condiciones en las que cada paciente llega a consulta y, por descontado, las estrategias a seguir con cada uno de ellos.

3. PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 45 años, maestra de profesión, fumadora y consumidora de alcohol ocasional sin enfermedades ni intervenciones anteriores relevantes para el caso. Llega al servicio de rehabilitación del Hospital Provincial de Zamora procedente de traumatología tras una intervención quirúrgica en la que se hace una reducción abierta y fijación interna mediante placa volar debido a una fractura intra-articular del estiloides radial izquierdo que, tras 4 semanas de tratamiento conservador con inmovilización de escayola, no consolida ni se estabiliza. (Véase anexos 1 a 4). El mecanismo lesional consiste en una caída hacia atrás con apoyo sobre la muñeca en posición de extensión. Tras la colocación de la placa, la inmovilización es de 2 semanas. Durante las 6 semanas de inmovilización, la paciente realiza movilizaciones activas de dedos con gran dificultad por la incorrecta colocación de la escayola. El inicio del tratamiento rehabilitador tiene lugar a la 7ª semana desde la primera inmovilización.

La valoración inicial arroja los siguientes datos:

3.1 Exploración y valoración:

- Entrevista inicial/observación:
 - Hipersudoración.
 - Alteración sensitiva: hipoestesia en el primer espacio interdigital dorsal.
 - Sensación de cambios de temperatura.

- No cambios de coloración.
 - Cicatriz hipersensible adherida a planos profundos.
 - No completa cierre de puño de forma activa. Rigidez en MCF's e IF's.
 - Dolor y sensación de compresión a lo largo de la columna del pulgar.
 - Pérdida completa de la supinación.
 - Kinesiofobia.
- Balance articular:

	ACTIVO	PASIVO
Flexión dorsal	20°	30°
Flexión palmar	30°	30°
Inclinación radial	0°	5°
Inclinación cubital	25°	30°
Pronación	90°	90°
Supinación	0°	10°

- Test y pruebas estandarizadas:
 - Quick-DASH: para la valoración global de la función de la mano y el miembro superior obteniendo como resultado un 84% de impacto

sobre dicha función en relación a diferentes aspectos de la vida diaria de la paciente. (Véase anexo 5).

- Test de kapandji: en base a la clínica de la paciente con respecto al pulgar (dolor y sensación de compresión), se utilizó este test para determinar el impacto sobre la función de pinza y oposición. El resultado, tomando como referencia la numeración propia del test fue de 8, por tanto la oposición máxima llegaba a la falange media del 5º dedo.

- Signo de la fovea: atendiendo al mecanismo lesional, se utiliza esta prueba para descartar patología del fibrocartílago triangular. El resultado es negativo.

- Test selectivo para el Flexor Pollicis Longus (FPL): ante una cirugía de radio distal se puede sospechar que el FPL se haya visto afectado. En el caso que nos ocupa, llevando la muñeca a la máxima extensión posible se pidió a la paciente que extendiera el pulgar y se observó limitación para la extensión de la falange distal y resistencia al tratar de hacerlo en pasivo. En cambio, al llevar la muñeca a flexión sí era posible extender por completo el pulgar, confirmando así una adherencia del FPL que impide el deslizamiento distal del tendón.

- Test de Watson: atendiendo de nuevo al mecanismo de lesión, se utilizó este test para descartar patología escafolunar. El resultado fue negativo.

- Pruebas de sensibilidad: con un hisopo de algodón se confirmó la disminución de sensibilidad en el dorso del primer espacio interdigital.

3.2. Tratamiento:

- **Semanas 1 a 3:**
 - **Terapia de espejo:** a razón de 3 días por semanas durante los primeros 15 minutos de sesión, se aplicó esta terapia para abordar diferentes problemáticas, por ejemplo: la kinesiofobia, los signos de alteración vascular y el dolor. Se comenzó por mover únicamente el lado sano en las dos primeras sesiones para, después, introducir movimiento en el lado afecto. El primer logro evidente fue vencer la kinesiofobia, a partir de lo cual se pudo trabajar el inicio de movimiento tanto a nivel proximal (codo) como a nivel distal (muñeca y dedos).

- **Técnicas de movilización cicatricial:** a razón de 3 días por semanas durante 10 minutos, se practicó movilización manual, IASTM y kinesiotape para reducir la adherencia de la cicatriz a planos profundos. (Véase anexo 6).
- **Cinesiterapia pasiva y tabla canadiense:** a razón de 3 días por semana durante 25 minutos, se combinó movilizaciones pasivas centradas especialmente en la supinación con posición fija en tabla canadiense buscando vencer tensiones que limitan el ROM de dicho movimiento.
- **Entrenamiento en 'Dart Throwing Motion'**, respetando los límites del dolor que se presentaban en los extremos del movimiento.
- **Ejercicio activo y habilidades motoras finas:** durante los últimos 10 minutos de cada sesión se proponían actividades que implicara la pinza subterminal con la supinación activa.
- **Reeducación sensitiva:** con el objetivo de estimular la zona hipoestésica en el dorso de la primera comisura, se aplicó un cepillado con cepillos de diferentes durezas, se estimuló con un palito punzante y se propuso a la paciente sumergir la mano en

recipientes con diferentes elementos como arena, arroz o bolitas de gel.

- **Actividad y ejercicio para el domicilio:** se pautó a la paciente una serie de ejercicios auto-asistidos para la ganancia de flexo-extensión de muñeca y la supinación, así como de cierre del puño para ir superando la rigidez articular mediante el arrastre de un trapo para eliminar toda resistencia. A su vez, se recomendó baños de contraste para las alteraciones vasculares y sensitivas acompañados de una exposición a diferentes texturas para las zonas hipersensibles.

- **Semanas 4 a 6:**

Tras la fase inicial del tratamiento, a las 3 semanas, los signos más evidentes que apuntaban a un posible SDRC habían desaparecido, la cicatriz había mejorado su movilidad y disminuido su adherencia y se había vencido la kinesiofobia. De modo que, a partir de aquí, el tratamiento se centró, principalmente, en ganar ROM y trabajar el control motor de muñeca y mano:

- **Tabla canadiense y concepto TERT:** alcanzados 50-60° de supinación activa que nos permitía posicionar el antebrazo a conveniencia, empezamos a trabajar ROM de flexo-extensión de

muñeca y de inclinación cubital y radial, así como aplicamos técnicas para tratar la adherencia del FPL. Se utilizaron técnicas pasivas y auto-pasivas en las que se llevaron las estructuras a la máxima tensión posible sin dolor durante un periodo de 15-20 minutos. En la última semana de esta etapa, se inició movimiento activo para cada uno de los movimientos mencionados marcando un punto objetivo donde la paciente debía llegar. (Véase anexo 7).

- **Entrenamiento motor/propioceptivo orientado a tareas:** se fabricó una férula NRX-Strap para asistir la supinación, aportando estabilidad mecánica a la misma y provocando un efecto propioceptivo, y se combinó con mecanoterapia con el objetivo de seguir ganando grados en este movimiento que permitiera a la paciente desempeñar mejor sus AVD. (Véase anexo 8). Posteriormente, se combinó con ejercicios de destreza manipulativa con y sin resistencia.
- **Trabajo específico sobre el pulgar:** la problemática del pulgar se fue haciendo más evidente a medida que avanzaba el tratamiento. A parte de la adherencia del FPL y de la hipoestesia en el dorso de la primera comisura detectadas en la primera valoración, se observó el estancamiento de movilidad reflejado en una pérdida del primer espacio. No había una buena abducción y, además, apareció dolor

tanto en la base del pulgar como en la MTC e IF. Se utilizó, en primera instancia, un enfoque manual tratando de liberar el aductor ejerciendo presión sobre el mismo, seguido de manipulaciones para alinear la columna del pulgar y decoaptar la articulación. En segundo lugar, se hizo una reeducación neuromuscular con movimiento activo sin dolor y sin resistencia con la ayuda de un cono. (Véanse anexo 9 y 10).

- **Semanas 7 a 10**

A partir de la 7ª semana, una vez alcanzado un ROM casi completo y superada casi en su totalidad la problemática del pulgar, el trabajo se centró principalmente en ejercicio activo, propiocepción e inicio de carga no axial.

- **Ejercicio activo y trabajo propioceptivo de muñeca:** se trabajó movimiento activo y propioceptivo de flexo-extensión, desviaciones radial y cubital y pronosupinación. En primera instancia sin resistencia con la ayuda de una pelota como facilitador, para pasar a movilizar en aparato de macanoterapia graduando resistencia y terminando con un ejercitador de velcros con un importante componente propioceptivo y una resistencia más alta. (Véase anexo 11).
- **Ejercicio activo y trabajo propioceptivo del pulgar:** se trabajaron movimientos selectivos del pulgar (flexión, oposición, abducción y

aducción) en primer lugar con ojos abiertos y por imitación y, después, con ojos cerrados. A continuación, se entrenaron cada uno de los movimientos mencionados, con y sin resistencia, con la ayuda de diferentes materiales: arrastrando fichas para eliminar toda resistencia, siguiendo el contorno de una pelota de tenis, haciendo flexo-extensión de la IF tomando como puntos de partida y llegada las líneas de la pelota de tenis, utilizando gomas elásticas para potenciar las extensión y la abducción, masa terapéutica para la oposición y la aducción, etc. Además, se planteó otra propuesta con fuerte componente propioceptivo y movimiento como fue crear una espiral con kinesiotape que la paciente tenía que completar recorriéndola con el pulgar con ojos abiertos y ojos cerrados. (Véase anexo 12).

- **Inicio de carga no axial:** con el antebrazo apoyado en un cojín tipo cuña, dejando la muñeca en el aire y con una pesa de medio kilo, se inició la asimilación de carga no axial en los movimientos de flexo-extensión y desviación radial y cubital en los 3 ejes de pronosupinación. En tandas de 3 repeticiones por movimiento con descanso en los cambios de posición del antebrazo: neutro, pronación y supinación. Respetando siempre los límites del dolor o la aparición de fatiga, se fueron aumentando progresivamente las repeticiones hasta 6. El procedimiento se repitió después aumentando la carga a 1kg.

- **Entrenamiento de la fuerza de agarre y trabajo de carga sobre el pulgar:** la primera propuesta de ejercicio consistió en llenar vasos de arena en un recipiente para vaciarlos en otro. Se utilizaron dos vasos de distintos grosores para trabajar carga y agarre en posición más abierta o más cerrada de pulgar, y el llenado del vaso dependía de las sensaciones de dolor o compresión de la paciente. Se empezó por medio vaso y se fue aumentando al vaso lleno. En este movimiento estaba implícita también una pequeña carga no axial de muñeca, pero esta vez sin apoyo de antebrazo. Para la segunda propuesta de ejercicio se utilizaron cilindros de madera insertables de dos grosores distintos y lastres de medio kilo y 1kg. Se comenzó colocando el lastre de medio kilo encima del cilindro de menor grosor y la paciente debía elevarlo y transportarlo a distintos puntos (agujeros) de la tabla canadiense. De proximal a distal y cruzando la línea media. Progresivamente, se aumentó a un kilo y de ahí al cilindro de mayor grosor con cargas de medio kilo a un kilo. De nuevo, en este ejercicio vuelve a haber un componente de carga no axial implícito, sin apoyo de antebrazo y más fuerte que en el ejercicio anterior. (Véanse anexos 13 y 14).
- **Entrenamiento de habilidades motoras finas, destreza manipulativa y potenciación de pinzas:** en este apartado se tuvo en cuenta la utilización de material muy simple y accesible para que la paciente pudiera reproducir los ejercicios en casa. Por tanto, se utilizaron

garbanzos y pinzas de la ropa. El primer ejercicio consistía en coger garbanzos con pulgar e índice e ir acumulándolos en la mano, en un movimiento que debía incluir una ligera supinación al guardar los garbanzos en la mano y una buena flexión MCF e IF de los dedos para asegurar el cierre del puño. La segunda propuesta consistía en ir vaciando los garbanzos de la mano uno a uno; para ello la paciente debía buscarlos con el pulgar, conducirlos hasta la punta del índice, pronar y soltar en la mesa en un movimiento que implicaba gran movilidad global del primer dedo. Para terminar, se adaptó una pinza de la ropa para disminuir un poco su resistencia y se propuso a la paciente ir cogiendo con ellas los garbanzos cada vez haciendo pinza con un dedo distinto para depositarlos en un recipiente, fortaleciendo así cada una de las pinzas subtérmino-terminales y la oposición del pulgar. (Véase anexo 15).

- **A partir de la semana 10**

En este punto, logrados una buena movilidad global, eliminado el dolor, mejorado las alteraciones sensitivas y superadas las primeras fases de asimilación de cargas, el trabajo se intensificó en este último punto sin dejar de lado el trabajo propioceptivo ni el entrenamiento de la destreza manipulativa.

- **Ejercicio propioceptivo:** a fin de estabilizar por completo la supinación y activar los mecanorreceptores dinámicos y estáticos de la muñeca se propone a la paciente una actividad en la que tiene

que sostener una bandeja sobre la palma de la mano, con el codo a 90° de flexión y hacer equilibrio con una pelota sobre ella. La propuesta progresó hacia el desequilibrio utilizando pequeños objetos pesados o lastres que se dejaban caer sobre la bandeja provocando en la paciente reacciones de adaptación a los mismos.

- **Carga axial con componente propioceptivo:** se posicionó a la paciente de pie, al borde de una mesa con la mano afecta sobre una pelota mediana. El ejercicio consistía en introducir insertables a cierta distancia con la mano sana, de tal manera que tuviera que hacer extensión axial buscando equilibrarse y sostener su peso sobre la mano afecta.
- **Control motor y movimiento simultáneo:** se utilizó un recorrido alambrado de fabricación casera para provocar el movimiento coordinado de hombro-codo-muñeca-dedos. La paciente debía coger una bola en el extremo del recorrido y sin soltarla desplazarla hasta el otro extremo. (Véase anexo 16).
- **Destreza manipulativa y funcionalidad global de la mano:** con palillos y un tablero perforado se trabajó la pinza término-terminal con cada dedo provocando una fuerte oposición del pulgar.
- **Potenciación global de la ESI:** hacia el final de tratamiento comenzamos con los ejercicios de potenciación muscular y fortalecimiento de cada función. De proximal a distal y con distintos elementos como aparatos de mecanoterapia, ejercitadores de

velcro, theraband, gomas elásticas, digiflex y, por supuesto, power ball, se potenció flexo-extensión de codo, muñeca y dedos, pronosupinación, desviaciones cubital y radial, primer dedo global y agarre.

3.3. Resultados:

El primer cambio experimentado por la paciente fue vencer la kinesiofobia, para ello fue determinante la terapia de espejo. Prácticamente a la par, se sucedieron las mejoras a nivel vascular y los síntomas iniciales de un potencial SDRC.

Con respecto a la incapacidad para la supinación fue muy importante incidir en el tratamiento de la zona cicatricial. La eliminación de adherencia a planos profundos supuso la superación del primer obstáculo mecánico que impedía dicho movimiento. La puesta en marcha de cinesiterapia pasiva, así como de técnicas más enfocadas al componente propioceptivo y estabilizador como fue el uso de una férula NRX-Strap, supuso el segundo paso hacia una supinación activa y una ganancia significativa de ROM. En fases más avanzadas, la potenciación de la musculatura implicada y del propio movimiento en sí, desembocó en un movimiento de supinación estable y eficaz que permitió un buen desempeño en AVD de la paciente.

La problemática del pulgar, abordada en un principio desde un enfoque más sensitivo y propioceptivo para evolucionar hacia técnicas enfocadas más en la movilidad global y la potenciación muscular, fue mejorando desde un

estado inicial de dolor y debilidad muscular hacia la funcionalidad y la inclusión en actividades que demandaban destreza manipulativa como podía ser la utilización del teléfono móvil.

A medida que se fueron introduciendo las técnicas explicadas en el punto anterior, la curva de mejora de la paciente fue en clara ascensión surgiendo pequeños contratiempos, como pudo ser el pulgar o la aparición de dolor en las desviaciones cubital y radial, que se solventaron imprimiendo un buen equilibrio entre reposo y movilidad graduada.

En cuanto a los test y pruebas estandarizadas, se repitieron algunos de los utilizados al inicio del tratamiento. El resultado fue el siguiente:

- Quick-DASH: se repitió este test dos veces en el transcurso del tratamiento, una a mitad y otra al final. El resultado a mitad de la intervención fue del 43%, por lo tanto el impacto sobre la función global de la mano y el miembro superior cayó a la mitad con respecto a la puntuación inicial. Muy cerca del final de tratamiento el resultado fue del 13% de impacto, haciéndose evidente, por la puntuación dada en cada ítem por la paciente que la problemática restante reside en la fuerza y asimilación de carga axial. (Véanse anexos 17 y 18).
- Test de Kapandji: la puntuación alcanzó el 10, por lo tanto la oposición era completa, llegando a la base del 5º dedo.
- Test selectivo para el FPL: de nuevo, llevando la muñeca a máxima extensión, se comprobó la extensión activa de la

falange distal y, por tanto, el deslizamiento distal del FPL. La extensión activa resultó ligeramente inferior al lado contralateral, pero en ningún caso limitante o disfuncional.

- Pruebas de sensibilidad: con el hisopo de algodón se pudo comprobar una disminución muy significativa de la alteración sensitiva que quedaba reducida a una pequeña zona a la altura de la IF del pulgar. La paciente expresó sentir con menos intensidad el hisopo en esa zona.
- Goniometría: siempre ejerciendo la comparativa con el lado contralateral se comprobó que la paciente alcanzó el máximo de grados en casi la totalidad de los movimientos analizados. Desviaciones radial y cubital, flexión dorsal y flexo-extensión de MCF e IF eran máximas. En cambio, la flexión palmar con unos 60° en activo y 70° en pasivo, aún quedaba lejos de su máximo ROM. Por otro lado, la supinación había alcanzado los 90° en medición con el codo flexionado pero, con codo extendido aún ejerce una ligera compensación para completarla.

Actualmente, la paciente continúa en tratamiento para tratar de superar los últimos obstáculos que plantea la lesión: potenciar el agarre, asimilar mayor carga axial (por ejemplo, poder cargar una bolsa de la compra) y alcanzar el máximo ROM posible tanto en flexión palmar como en supinación.

4. DISCUSIÓN

Cuando se aborda una fractura de radio distal se puede hacer de dos formas: conservadora o quirúrgica. La decisión se toma en función del estado de la fractura: si hay acortamiento del radio, si es estable o si hay desplazamiento o no. En cualquier caso, ante la duda y según lo reflejado en este caso, no parece buena opción combinar ambos abordajes. Las 4 semanas de inmovilización previas al abordaje quirúrgico fueron obviamente contraproducentes y directamente causantes de una parte importante de las limitaciones que la paciente presentaba al inicio de la rehabilitación. Sin olvidar las dos semanas de inmovilización posteriores a la RAFI y las complicaciones propias de esta intervención.

En diversos estudios y publicaciones encontrados en la red, se hace evidente que la fijación con placa volar en este tipo de fracturas tiene excelentes resultados, pero no está exenta de posibles complicaciones tal y como ha quedado reflejado en este caso.

Así pues, queda patente que este tipo de fracturas demandan un análisis profundo y exhaustivo de la situación para poder elegir con mayor acierto el abordaje apropiado. De esta forma, las complicaciones, las lesiones asociadas y la posible pérdida de funcionalidad se verán notablemente reducidas.

5. CONCLUSIÓN

En este caso, aparte de una buena valoración y entrevista con la paciente, fue fundamental la observación, percibir su actitud, hacer una buena lectura de su lenguaje corporal y atender a sus sensaciones. De esta forma se pudo decidir fácilmente cuál iba a ser el inicio del tratamiento y la primera problemática a superar que, en este caso, fue vencer la kinesiofobia.

El éxito de este tratamiento ha residido desde el principio en la estrategia a seguir, en los tiempos y en la graduación tanto de la movilidad como de la actividad. No existe un protocolo fijo e inamovible para abordar las fracturas de radio distal. El protocolo se va creando y adaptando en base al estado inicial de la paciente y al progreso de la lesión, siempre respetando los límites del dolor y teniendo en cuenta los propios objetivos de la paciente y sus expectativas.

6. REFERENCIAS

- Cantero Téllez R. (coord.). Terapia de mano basada en el razonamiento y la práctica clínica. Sevilla. Universidad Internacional de Andalucía. 2020.
- González-Hernández E. Complicaciones de fracturas de radio distal. Ortho-tips. 2011. Vol.7. Nº 1.
- Barriento Arce AR. Tratamiento de fracturas distales del radio con técnica de reducción abierta y fijación interna con placa volar. Salud pública Parag. 2014. Vol.4. Nº 1.

6. ANEXOS



5

Quick DASH (Spanish)

Por favor evalúe su capacidad de ejecutar las siguientes actividades durante la última semana. Indíquelo con hacer un círculo alrededor del número que le corresponda a su respuesta.

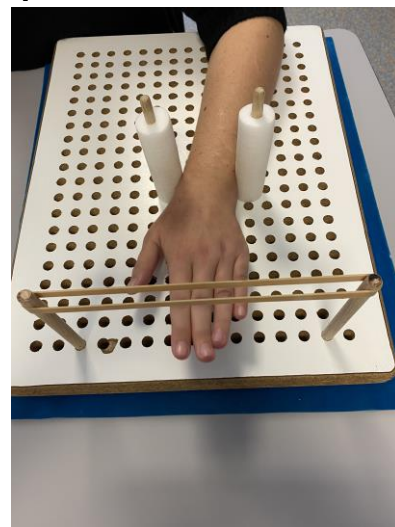
	Ninguna Dificultad	Dificultad Leve	Dificultad Moderada	Dificultad Severa	No lo puedo ejecutar
1. Abrir un pomo nuevo o apretado	1	2	3	4	5
2. Hacer quehaceres domésticos pesados (p. ej. lavar paredes, ventanas o el piso)	1	2	3	4	5
3. Cargar una bolsa de mercado o un portafolio	1	2	3	4	5
4. Lavarse la espalda	1	2	3	4	5
5. Usar cuchillo para cortar la comida	1	2	3	4	5
6. Participar en actividades recreativas en las cual usted tome alguna fuerza o impacto a través de su brazo, hombro o mano (p. ej. jugar al béisbol, boliche, o martillar)	1	2	3	4	5
7. Durante la última semana, ¿hasta qué punto le ha dificultado su problema de brazo, mano u hombro como para limitar o prevenir su participación en actividades sociales normales con la familia o conocidos?	Para Nada	Un Poco	Moderado	Bastante	Incapaz
	1	2	3	4	5
8. Durante la semana pasada, ¿estuvo limitado/a en su trabajo u otras actividades diarias por causa del problema con su brazo, hombro o mano?	Para Nada	Un Poco	Con Moderación	Bastante Limitado/a	Limitado/a Totalmente
	1	2	3	4	5
Por favor califique la gravedad de los síntomas siguientes durante la última semana	Ningún Síntoma	Leve	Moderado	Severo	Extremo
9. Dolor de brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
10. Hormigueo (pinchazos) en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
11. Durante la última semana, ¿cuánta dificultad ha tenido para dormir a causa del dolor en el brazo, hombro o mano?	Ninguna Dificultad	Dificultad Leve	Dificultad Moderada	Dificultad Severa	Tanto, que no puedo dormir
	1	2	3	4	5

84 %

6



7



8



9



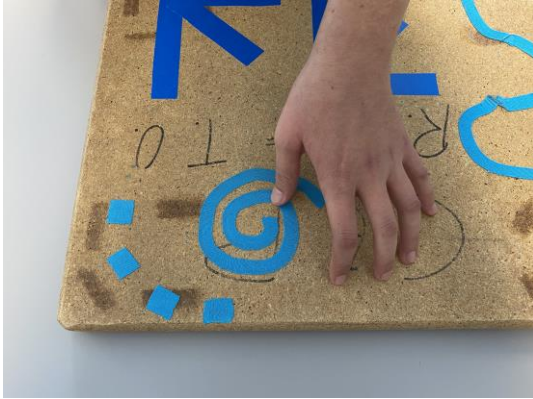
10



11



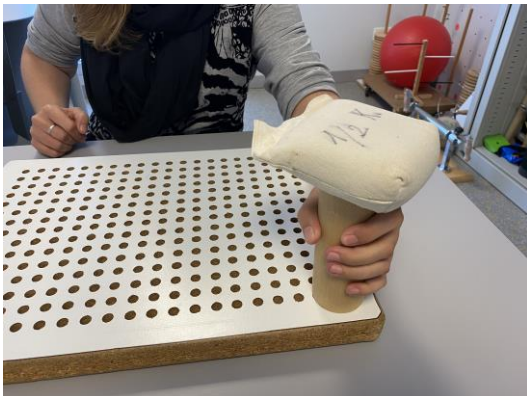
12



13



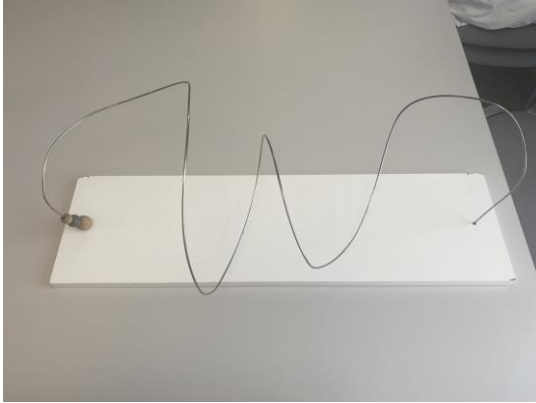
14



15



16



17

Quick DASH (Spanish)

Por favor evalúe su capacidad de ejecutar las siguientes actividades durante la última semana. Indíquelo con hacer un círculo alrededor del número que le corresponda a su respuesta.

	Ninguna Dificultad	Dificultad Leve	Dificultad Moderada	Dificultad Severa	No lo puedo ejecutar
1. Abrir un pomo nuevo o apretado	1	2	3	4	5
2. Hacer quehaceres domésticos pesados (p. ej. lavar paredes, ventanas o el piso)	1	2	3	4	5
3. Cargar una bolsa de mercado o un portafolio	1	2	3	4	5
4. Lavarse la espalda	1	2	3	4	5
5. Usar cuchillo para cortar la comida	1	2	3	4	5
6. Participar en actividades recreativas en las cual usted tome alguna fuerza o impacto a través de su brazo, hombro o mano (p. ej. jugar al béisbol, boliche, o martillar)	1	2	3	4	5

	Para Nada	Un Poco	Moderado	Bastante	Incapaz
7. Durante la última semana, ¿hasta qué punto le ha dificultado su problema de brazo, mano u hombro como para limitar o prevenir su participación en actividades sociales normales con la familia o conocidos?	1	2	3	4	5

	Para Nada	Un Poco	Con Moderación	Bastante Limitado/a	Limitado/a Totalmente
8. Durante la semana pasada, ¿estuvo limitado/a en su trabajo u otras actividades diarias por causa del problema con su brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5

Por favor califique la gravedad de los síntomas siguientes durante la última semana	Ningún Síntoma	Leve	Moderado	Severo	Extremo
9. Dolor de brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
10. Hormigueo (pinchazos) en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5

	Ninguna Dificultad	Dificultad Leve	Dificultad Moderada	Dificultad Severa	Tanto, que no puedo dormir
11. Durante la última semana, ¿cuánta dificultad ha tenido para dormir a causa del dolor en el brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5

43,18%

18

Quick DASH (Spanish)

Por favor evalúe su capacidad de ejecutar las siguientes actividades durante la última semana.
 Indíquelo con hacer un círculo alrededor del número que le corresponda a su respuesta.

	Ninguna Dificultad	Dificultad Leve	Dificultad Moderada	Dificultad Severa	No lo puedo ejecutar
1. Abrir un pomo nuevo o apretado	1	2	3	4	5
2. Hacer quehaceres domésticos pesados (p. ej. lavar paredes, ventanas o el piso)	1	2	3	4	5
3. Cargar una bolsa de mercado o un portafolio	1	2	3	4	5
4. Lavarse la espalda	1	2	3	4	5
5. Usar cuchillo para cortar la comida	1	2	3	4	5
6. Participar en actividades recreativas en las cual usted tome alguna fuerza o impacto a través de su brazo, hombro o mano (p. ej. jugar al béisbol, boliche, o marítimar)	1	2	3	4	5

	Para Nada	Un Poco	Moderado	Bastante	Incapaz
7. Durante la última semana, ¿hasta qué punto le ha dificultado su problema de brazo, mano u hombro como para limitar o prevenir su participación en actividades sociales normales con la familia o conocidos?	1	2	3	4	5

	Para Nada	Un Poco	Con Moderación	Bastante Limitado/a	Limitado/a Totalmente
8. Durante la semana pasada, ¿estuvo limitado/a en su trabajo u otras actividades diarias por causa del problema con su brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5

Por favor califique la gravedad de los síntomas siguientes durante la última semana	Ningún Síntoma	Leve	Moderado	Severo	Extremo
9. Dolor de brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
10. Hormigueo (pinchazos) en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5

	Ninguna Dificultad	Dificultad Leve	Dificultad Moderada	Dificultad Severa	Tanto, que no puedo dormir
11. Durante la última semana, ¿cuánta dificultad ha tenido para dormir a causa del dolor en el brazo, hombro o mano?	1	2	3	4	5

B7.