




Valoración funcional del miembro superior en pacientes de una policlínica de rehabilitación

Functional assessment of the upper limb in patients in a rehabilitation polyclinic.

Avaliação funcional do membro superior em pacientes em uma policlínica de reabilitação.

 <https://doi.org/10.35954/SM2025.44.2.2.e301>

Diego Aiscar Fernández ^a  <https://orcid.org/0009-0000-2634-9946>

Gerardo Amilivia ^b  <https://orcid.org/0000-0003-0336-032X>

Sofía Pontet ^c  <https://orcid.org/0009-0001-0332-9157>

Andrés Rey ^d  <https://orcid.org/0009-0003-4214-4360>

(a) Universidad de la República. Facultad de Medicina. Hospital de Clínicas. Posgrado de la Unidad Académica de Rehabilitación y Medicina Física. Montevideo, Uruguay.

(b) Universidad de la República. Facultad de Medicina. Hospital de Clínicas. Profesor Adjunto de la Cátedra de Rehabilitación y Medicina Física. Montevideo, Uruguay.

(c) Universidad de la República. Facultad de Medicina. Hospital de Clínicas. Licenciada en Terapia Ocupacional de la Unidad Académica de Rehabilitación y Medicina Física. Montevideo, Uruguay.

(d) Universidad de la República. Facultad de Medicina. Hospital de Clínicas. Licenciado en Terapia Ocupacional de la Unidad Académica de Rehabilitación y Medicina Física. Montevideo, Uruguay.

Cómo citar este artículo / Citation this article / Como citar este artigo

Aiscar Fernández D, Amilivia G, Pontet S, Rey A. Valoración funcional del miembro superior en pacientes de una policlínica de rehabilitación. Salud Mil [Internet]. 20 de agosto de 2025 [citado DD de MM de AAAA]; 44(2):e301. Disponible en: <https://revistasaludmilitar.uy/ojs/index.php/Rsm/article/view/458>. DOI: 10.35954/SM2025.44.2.2.e301.

RESUMEN

Introducción: la heterogeneidad de la población atendida en la policlínica de Miembro Superior y Quemados de la Unidad Académica de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital de Clínicas significa un desafío desde lo asistencial y técnico; al día de hoy no se cuenta con una línea estandarizada y objetivable de valoración inicial. La realización de esta investigación es relevante para el equipo asistencial y los pacientes debido a que significa un apoyo para adaptar y mejorar los métodos de valoración, en la búsqueda de implementar mediciones objetivas al inicio. Permitirá también promover futuras líneas de investigación teniendo en cuenta el perfil poblacional.

Objetivo: caracterizar funcionalmente a los pacientes que consultan por primera vez en una policlínica de rehabilitación del miembro superior, utilizando las escalas ARAT y Quick DASH.

Materiales y métodos: estudio observacional descriptivo, con recolección de datos de pacientes atendidos entre diciembre de 2024 y abril de 2025. Se incluyeron pacientes que dieran su consentimiento, mayores de 18 años con lesiones en el miembro superior, a quienes se aplicaron ambas escalas en su primera consulta. Se realizaron análisis estadísticos descriptivos y comparativos según sexo y lateralidad.

Recibido para evaluación: mayo 2025.

Aceptado para publicación: junio 2025.

Correspondencia: Hospital de Clínicas Dr. Manuel Quintela. Avenida Italia s/n. CP 11600. Tel.: (+598) 099861312. Montevideo, Uruguay.

E-mail de contacto: diegoaiscar@gmail.com





Resultados: se incluyeron 18 pacientes. Los puntajes ARAT oscilaron entre 0 y 57 y Quick DASH entre 0% y 86,4%, con alta dispersión. Se observó disociación entre ambas escalas, con casos de buena funcionalidad objetiva y alta discapacidad autopercibida. No se hallaron diferencias significativas por lateralidad. Las mujeres reportaron mayor discapacidad en el Quick DASH ($p = 0,0328$), sin diferencia funcional objetiva.

Discusión: el hallazgo más relevante consiste en la disociación entre ambas escalas: se identificaron pacientes con funcionalidad objetiva conservada (ARAT alto) que reportaron altos niveles de discapacidad en el Quick DASH.

Conclusiones: las escalas ARAT y Quick DASH permitieron caracterizar la funcionalidad de los pacientes en forma complementaria. La combinación de medidas objetivas y subjetivas resulta útil en la valoración inicial y puede enriquecer la planificación terapéutica individual.

PALABRAS CLAVE: Calidad de Vida; Evaluación de Programas e Instrumentos de Investigación; Extremidad Superior; Indicadores de Calidad de Vida; Medicina Física y Rehabilitación; Miembro Superior; Rehabilitación; Servicios de Rehabilitación.

ABSTRACT

Introduction: The heterogeneity of the population attended at the Upper Limb and Burn Polyclinic of the Academic Unit of Physical Medicine and Rehabilitation of the Hospital de Clínicas represents a challenge from the assistance and technical point of view; at present, there is no standardized and objectifiable line of initial assessment. This research is relevant for the care team and patients because it means a support to adapt and improve assessment methods, in order to implement objective measurements at the beginning. It will also allow promoting future lines of research taking into account the population profile.

Objective: To functionally characterize patients consulting for the first time in an upper limb rehabilitation polyclinic, using the ARAT and Quick DASH scales.

Materials and methods: Descriptive observational study, with data collection from patients seen between December 2024 and April 2025. Consenting patients over 18 years of age with upper limb injuries were included, to whom both scales were applied in their first consultation. Descriptive and comparative statistical analyses were performed according to sex and laterality.

Results: 18 patients were included. ARAT scores ranged between 0 and 57 and Quick DASH between 0% and 86.4%, with high dispersion. Dissociation was observed between both scales, with cases of good objective functionality and high self-perceived disability. No significant differences were found by laterality. Women reported greater disability in the Quick DASH ($p = 0.0328$), with no objective functional difference.

Discussion: The most relevant finding is the dissociation between both scales: patients with preserved objective functionality (high ARAT) were identified who reported high levels of disability in the Quick DASH.

Conclusion: The ARAT and Quick DASH scales allowed us to characterize patients' functionality in a complementary manner. The combination of objective and subjective measures is useful in the initial assessment and can enrich individual therapeutic planning.

KEYWORDS: Quality of Life; Evaluation of Research Programs and Tools; Indicators of Quality of Life; Physical and Rehabilitation Medicine; Rehabilitation; Rehabilitation Services.

RESUMO

Introdução: A heterogeneidade da população atendida na Policlínica de Membros Superiores e Queimaduras da Unidade Acadêmica de Medicina Física e Reabilitação do Hospital de Clínicas representa um desafio do ponto de vista assistencial e técnico; até o momento, não existe uma linha padronizada e objetivável de avaliação inicial. Esta pesquisa é relevante para a equipe de atendimento e para os pacientes, pois oferece suporte para adaptar e melhorar os métodos de avaliação a fim de implementar medições objetivas no início. Ela também permitirá a promoção de futuras linhas de pesquisa levando em conta o perfil da população.

Objetivo: Caracterizar funcionalmente os pacientes que consultam pela primeira vez em uma policlínica de reabilitação de membros superiores, usando as escalas ARAT e Quick DASH.

Materiais e métodos: Estudo observacional descritivo, com coleta de dados de pacientes atendidos entre dezembro de 2024 e abril de 2025. Foram incluídos pacientes com mais de 18 anos de idade com lesões nos membros superiores, que consentiram e aos quais foram aplicadas as duas escalas em sua primeira consulta. Foram realizadas análises estatísticas descritivas e comparativas de acordo com o sexo e a lateralidade.

Resultados: Foram incluídos 18 pacientes. Os escores do ARAT variaram entre 0 e 57 e os do Quick DASH entre 0% e 86,4%, com alta dispersão. Foi observada uma dissociação entre as duas escalas, com casos de boa funcionalidade objetiva e alta autopercepção de incapacidade. Não foram encontradas diferenças significativas por lateralidade. As mulheres relataram maior incapacidade no Quick DASH ($p = 0,0328$), sem diferença funcional objetiva.

Discussão: O achado mais relevante é a dissociação entre as duas escalas: foram identificados pacientes com funcionalidade objetiva preservada (ARAT alto) que relataram altos níveis de incapacidade no Quick DASH.

Conclusão: As escalas ARAT e Quick DASH permitiram uma caracterização complementar da funcionalidade dos pacientes. A combinação de medidas objetivas e subjetivas é útil na avaliação inicial e pode enriquecer o planejamento terapêutico individual.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de Vida; Avaliação de Programas e Instrumentos de Pesquisa; Extremidade Superior; Indicadores de Qualidade de Vida; Medicina Física e Reabilitação; Reabilitação; Serviços de Reabilitação.

INTRODUCCIÓN

Entre enero y diciembre de 2022 se valoraron 428 pacientes en la policlínica de Miembro Superior y Quemados de la Unidad Académica (UA) de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital de Clínicas (HC), 392 en el transcurso anual de 2023 y 422 durante el transcurso de 2024 (Informes anuales 2022, 2023 y 2024 de la UA de Medicina Física y Rehabilitación del HC).

En Uruguay durante el periodo 2014-2018 relacionado a la construcción, la región corporal lesionada por accidentes laborales se observó que el lumbago no

especificado y las lumbociatalgias, son las lesiones más frecuentes en todos los años, seguidos por algias en miembros, heridas de mano y cuerpo extraño en la córnea (1).

En el Hospital de Clínicas (HC) de Montevideo, entre 1996 y 2015, se registraron 1.549 accidentes laborales. Más de la mitad de las lesiones ocurrieron en las manos, siendo la izquierda la más afectada. Las heridas punzantes, especialmente las producidas por agujas hipodérmicas, fueron las más frecuentes. Los técnicos en enfermería fueron los más afectados por lesiones con material cortopunzante (2).



La valoración funcional es esencial en el manejo de los problemas del miembro superior, tanto para la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas como para evaluar la evolución y la efectividad de los tratamientos instaurados. Esta valoración puede realizarse mediante algunas exploraciones y escalas funcionales que permiten objetivar el impacto de la enfermedad sobre las estructuras y la función del miembro superior, pero, dada la importancia de la perspectiva subjetiva del propio paciente, especialmente en aspectos como el alivio de los síntomas y la reducción de la discapacidad para sus actividades habituales, existe un creciente interés por la búsqueda de medidas de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) específicas para los problemas de estas extremidades (3).

Existen diversas escalas que valoran la CVRS en problemas del miembro superior, pero en su mayor parte están enfocadas a una articulación o región anatómica (hombro, codo o mano) o a una enfermedad concreta (por ejemplo: síndrome del túnel carpiano). Aunque estas escalas son útiles, es conocida la importante interrelación entre las diferentes regiones del miembro superior, donde la función en una de ellas afecta al resto de regiones (4).

El cuestionario Disabilities of Arm, Shoulder and Hand (DASH) tiene como objetivo evaluar los síntomas y el estado funcional, con especial atención a la función física, en poblaciones con afecciones musculoesqueléticas de las extremidades superiores. Los ítems abordan los síntomas relacionados con las extremidades superiores y miden el estado funcional a nivel de discapacidad (5).

Es un cuestionario autoadministrado, desarrollado a iniciativa de la American Academy of Orthopedic Surgeons, y que presenta su versión traducida al español validada (3-6).

The Action Research Arm Test (ARAT) (Lyle, 1981) es una herramienta para evaluar la función del miembro superior, especialmente en pacientes con daño neurológico, como los que han sufrido un accidente cerebrovascular.

Está compuesto por 19 ítems distribuidos en cuatro subpruebas: agarre, sujeción, pellizco y movimientos globales. Los ítems de cada subprueba se encuentran organizados en orden progresivo de dificultad, lo que permite una evaluación escalonada de la funcionalidad del miembro superior. Ha sido validado al español en diferentes contextos. También utilizado en contextos distintos al de pacientes con daño neurológico como en sujetos sanos para establecer parámetros de referencia (7-12).

OBJETIVO

Valorar funcionalidad del miembro superior afectado mediante escala de valoración funcional (ARAT test) y test autoadministrado (Quick DASH), y describir el perfil poblacional de los usuarios que asisten a la policlínica de Miembro Superior y Quemados de la Unidad Académica de Medicina Física y Rehabilitación.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Estudio observacional descriptivo transversal.

Población: pacientes que consultan por primera vez en la policlínica de Miembro Superior y Quemados de la UA del HC durante el período de diciembre de 2024 a abril de 2025.

Criterios de inclusión:

- Pacientes entre 18 y 80 años.
- Pacientes que consultan por primera vez en la Policlínica de Miembro Superior y Quemados de la UA del HC en el período de diciembre 2024 y abril de 2025.
- Afectación del miembro superior uni o bilateral.

Criterios de exclusión:

- Pacientes mal referidos o mal agendados que no posean afectación del miembro superior.
- Controles o que no sea primera consulta.
- Pacientes que no deseen formar parte del estudio.

Herramientas:

1. Historia clínica estandarizada: ficha de recolección de datos diseñada para la investigación, con datos sociodemográficos, clínicos y de interés para el estudio.
2. ARAT test: valoración funcional mediante una prueba observacional que consta de 19 ítems que evalúa la performance del miembro superior.
3. Quick DASH: escala funcional autoadministrada de la calidad de vida relacionada con los problemas del miembro superior.

Protocolo de aplicación

La aplicación de los instrumentos de valoración se realizará en la Policlínica de Miembro Superior y Quemados de la Unidad Académica de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital de Clínicas, que funciona todos los jueves de 08:00 a 12:00 horas. Las evaluaciones serán realizadas de forma presencial y en condiciones estandarizadas, garantizando la homogeneidad del entorno físico (mesa a altura de codo, iluminación adecuada y privacidad durante la aplicación).

Los test serán administrados siempre por el mismo Terapeuta Ocupacional, capacitado específicamente en la correcta administración del Action Research Arm Test (ARAT) y el Quick DASH, lo que permitirá minimizar la variabilidad interevaluador y asegurar la fiabilidad de los resultados.

Para la valoración funcional con el ARAT, se utilizará un kit de objetos estandarizados (bloques, tubos, pelotas y otros materiales) siguiendo las especificaciones del protocolo original de Lyle (1981). Los ítems se realizarán en orden progresivo de dificultad, permitiendo un intento de práctica cuando sea necesario. Cada tarea se puntuará en una escala de 0 a 3, registrándose el puntaje máximo alcanzado. La puntuación final del ARAT se obtendrá mediante la suma de todos los ítems, con un rango posible de 0 a 57 puntos.

Para el Quick DASH, se utilizará la versión validada al español (3). El cuestionario será autoadministrado

por cada paciente, contando con la supervisión del Terapeuta Ocupacional únicamente para resolver dudas de comprensión, evitando influir en las respuestas. Se verificará que todos los ítems estén completos. El cálculo final se realizará aplicando la fórmula estandarizada, obteniendo un valor entre 0 (sin discapacidad) y 100 (máxima discapacidad).

Los resultados de ambos instrumentos se registrarán en una ficha de recolección de datos diseñada para la investigación. Los datos serán anonimizados y almacenados en una base de datos digital protegida, de acceso restringido al equipo investigador.

Consideraciones éticas: el proyecto de investigación se diseña según las especificaciones contenidas en el Decreto N°158/019 de investigación con seres humanos "Toda información recolectada podrá ser utilizada con fines de investigación y está regulada por la ley "Privacidad de datos" 19.286 y 18.335".

El presente estudio será realizado en conformidad con la Declaración de Helsinki y el Código de Ética Médica.

Se entregará documento en el cual constará la información para el usuario sobre el proyecto en el que se le propone participar, y en caso de aceptar deberá firmar el consentimiento informado. Se utilizarán los datos de su historia clínica, conservando siempre la confidencialidad de los datos filiatorios.

Cabe destacar además que este proyecto estará alineado según la Ley 18.331 -Protección de datos personales y acción de Habeas Data- que hace especial énfasis e hincapié en la protección de datos personales normativas necesarias e imprescindibles para los protocolos de protección de datos nacionales e internacionales. En esta ley queda establecido que "el derecho a la protección de los datos personales es inherente a la persona humana, por lo que está comprendido en el artículo 72 de la Constitución de la República".

La decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria. Si decide participar, igualmente



podrá retirarse en el momento que lo desee, pudiendo informar o no las razones de su decisión. No habrá ninguna consecuencia desfavorable en su atención en la Unidad Académica de Rehabilitación y Medicina Física del Hospital de Clínicas de Montevideo, en caso de no aceptar o desistir continuar.

No recibirá pago por su participación.

En el transcurso del estudio el paciente podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.

Revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital de Clínicas.

Procesamiento estadístico: los datos se procesarán y analizarán utilizando el programa GraphPad Prism. Se realizará un análisis descriptivo para todas las variables: se expresarán como frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para las variables cualitativas, y como media, mediana, rango y desviación estándar para las variables cuantitativas (edad, puntajes ARAT y Quick DASH).

Para la comparación de promedios entre grupos (por ejemplo, puntuaciones de ARAT o Quick DASH según lateralidad del miembro afectado o sexo) se empleará la prueba t de Student para muestras independientes cuando los datos presenten distribución normal, o la prueba no paramétrica de Mann-Whitney U en caso contrario. Para variables categóricas se aplicará el test de Fisher o Chi cuadrado según corresponda.

Se considerará significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS

Durante el período de estudio (diciembre 2024 - abril 2025), se valoraron 193 pacientes en la Policlínica de Miembro Superior y Quemados de la Unidad Académica de Medicina Física y Rehabilitación, de los cuales 18 (9,3%) cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron participar. Este bajo

porcentaje refleja limitaciones operativas, de tiempo y de recursos humanos, que impactaron en la tasa de reclutamiento.

Características demográficas

- **Sexo:** predominó el sexo masculino, representando **66,7%** (12 pacientes) del total, mientras que el **33,3%** (6 pacientes) fueron de sexo femenino.
- **Edad:** la media fue de **42 años** (rango: 22-65 años), mostrando una distribución heterogénea en cuanto a grupos etarios.
- **Miembro afectado:** la mayoría de las lesiones se localizaron en el **miembro superior derecho (MSD)** con **72,2%** de los casos, mientras que el **27,8%** correspondió al **miembro superior izquierdo (MSI)**. No se registraron casos de afectación bilateral.

Patologías registradas

- **Heridas cortantes** con compromiso tendinoso, nervioso o vascular.
- **Lesiones traumáticas del plexo braquial.**
- **Síndrome del túnel carpiano (STC).**
- **Accidente cerebrovascular (ACV) con paresia del miembro superior.**
- **Síndrome doloroso regional complejo (SDRC).**

Valoración funcional (ARAT y Quick DASH)

- El **puntaje ARAT** presentó un rango de **0 a 57** puntos, con **una media de 38,7 puntos (DE: 20,8)**. Se observó que 6 pacientes alcanzaron la puntuación máxima (57), reflejando una funcionalidad conservada, mientras que los valores más bajos correspondieron principalmente a pacientes con paresias severas post-ACV o lesiones complejas del plexo braquial.
- El **Quick DASH** mostró un rango de **0% a 86,4%**, con **una media de 53,6% (DE: 21%)**. Los puntajes más elevados de discapacidad percibida se relacionaron con lesiones neurológicas y patologías crónicas como el STC.

Tabla 1. Participantes

Sexo	Edad	Miembro afectado	Patología	ARAT	Quick DASH
M	40	MSD	Herida cortante tendones flexores de mano	0	34%
F	51	MSD	Herida cortante tendones flexores de mano	46	70,50%
M	28	MSI	Luxofractura radio	57	61,40%
F	31	MSD	Resección tumoral, paresia MSD	57	45,50%
F	62	MSD	ACV isquémico, paresia MSD	21	79,50%
F	26	MSD	Herida cortante tendones flexores de mano	57	50%
M	22	MSD	Herida cortante tendones flexores de mano y nervio mediano	56	22,70%
M	54	MSD	Infección piel y partes blandas dedo de mano	57	0%
M	42	MSD	Herida cortante tendones extensores de mano e infección piel y partes blandas de mano	23	56,80%
M	51	MSI	Herida cortante flexores de mano, nerviosa colaterales dedos y amputación falange distal de un dedo	35	58,80%
M	31	MSI	Lesión plexo braquial traumática	21	63,60%
F	45	MSI	Síndrome doloroso regional complejo	49	59,10%
F	44	MSD	Tendinopatía de Quervain	33	72,70%
M	26	MSD	Lesión plexo braquial traumática	14	56,80%
M	53	MSD	Herida cortante tendón tríceps braquial	57	54,50%
M	22	MSD	Herida cortante flexores de mano	57	31,80%
F	53	MSD	Herida cortopunzante tendón extensor de dedo y fractura primera falange	0	61,40%
F	65	MSD	Síndrome del túnel carpiano	57	86,40%

Tabla 2. Comparativo por sexo.

Sexo	ARAT Media	ARAT DE	ARAT Mediana	Quick DASH Media (%)	Quick DASH DE	Quick DASH Mediana (%)
Femenino	35.4	22.6	46.5	61.7	15.4	61.4
Maculino	41.3	20.5	57.0	49.1	23.0	56.8

Tabla 3. Comparativo por lateralidad del miembro afectado.

Lateralidad	ARAT Media	ARAT DE	ARAT Mediana	Quick DASH Media (%)	Quick DASH DE	Quick DASH Mediana (%)
MSD (Derecho)	41.0	21.0	57.0	51.4	22.7	54.5
MSI (Izquierdo)	33.6	18.0	28.0	58.3	6.7	58.8



Tabla 4. Resultados de pruebas estadísticas (Mann-Whitney U).

Comparación	Estadístico U	Valor p	Interpretación
ARAT (Sexo)	39.0	0.9635	No significativo
Quick DASH (Sexo)	15.5	0.0328	Significativo
ARAT (Lateralidad)	28.5	1.0000	No significativo
Quick DASH (Lateralidad)	18.5	0.3387	No significativo

Se observa dispersión amplia y ausencia de correlación lineal clara, con casos que presentan buena funcionalidad objetiva (ARAT alto) pero alta discapacidad autopercebida (Quick DASH alto), evidenciando disociación clínica entre ambos constructos (figura 1).

En la comparación entre grupos mediante la prueba de Mann-Whitney U, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes ARAT según sexo ($U = 39.0, p = 0.9635$) ni según lateralidad del miembro afectado ($U = 28.5, p = 1.0000$). De forma similar, el puntaje Quick DASH tampoco mostró diferencias significativas por lateralidad ($U = 18.5, p = 0.3387$). Sin embargo, se halló una diferencia significativa en el puntaje de

Quick DASH según sexo ($U = 15.5, p = 0.0328$), observándose un mayor nivel de discapacidad autopercebida en las mujeres comparado con los hombres.

Se aplicaron análisis comparativos para evaluar si existían diferencias estadísticamente significativas entre determinados subgrupos (por ejemplo, entre hombres y mujeres, o entre lateralidades). Para estos análisis se utilizaron pruebas estadísticas adecuadas al tipo y distribución de los datos. Dado que la muestra fue pequeña ($n=18$) y no se podía asumir normalidad en la distribución de los puntajes, se utilizó la prueba de Mann-Whitney U, una prueba no paramétrica que no requiere dicha condición.

Relación entre ARAT y Quick DASH

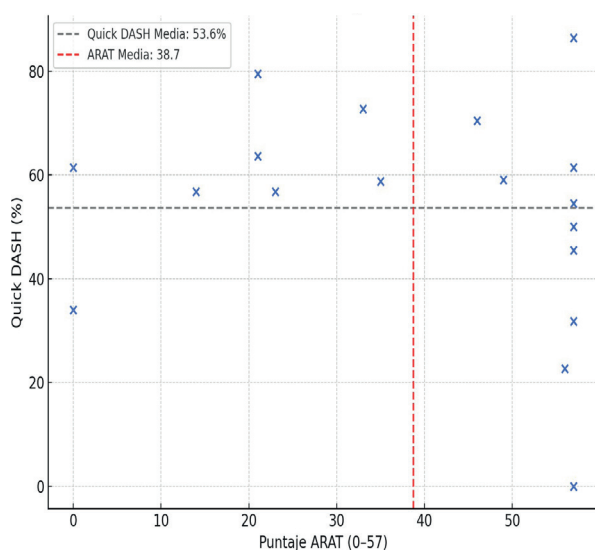


Figura 1. Relación entre puntajes ARAT y Quick DASH en los 18 pacientes incluidos.

DISCUSIÓN

El presente estudio permitió describir las características demográficas, clínicas y funcionales de los pacientes atendidos en la Policlínica de Miembro Superior y Quemados de la Unidad Académica de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital de Clínicas, así como valorar su funcionalidad inicial mediante dos instrumentos complementarios: ARAT test y Quick DASH.

Si bien se valoraron 193 pacientes durante el período de estudio, solo 18 fueron incluidos en la investigación, debido a limitaciones operativas, de tiempo y disponibilidad de recursos humanos. Esta baja tasa de inclusión (9,3%) constituye una de las principales limitaciones del estudio, ya que restringe el poder estadístico y la generalización de

los hallazgos. Aun así, los datos obtenidos permiten realizar observaciones clínicas relevantes.

Desde el punto de vista funcional, se observó una amplia dispersión en los puntajes del ARAT, con valores que oscilaron entre 0 y 57 puntos, lo cual era esperable desde el punto de vista subjetivo. En paralelo, los puntajes del Quick DASH también mostraron alta variabilidad, con valores entre 0% y 86,4%. Tal como ha sido documentado previamente, las lesiones neurológicas (ACV, plexo braquial) y patologías crónicas como el síndrome del túnel carpiano se asociaron a mayores niveles de discapacidad autopercebida.

El hallazgo más relevante consiste en la disociación entre ambas escalas: se identificaron pacientes con funcionalidad objetiva conservada (ARAT alto) que reportaron altos niveles de discapacidad en el Quick DASH. Esta falta de correlación lineal evidencia que las medidas objetivas y subjetivas no siempre son concordantes, lo cual ha sido señalado por otros autores. La multidimensionalidad del dolor, las expectativas funcionales o el impacto emocional de la lesión pueden explicar estas diferencias, y deben ser considerados en el abordaje clínico y en el diseño de planes terapéuticos.

En cuanto al análisis comparativo entre subgrupos, no se encontraron diferencias significativas en los puntajes ARAT ni Quick DASH según lateralidad del miembro afectado, lo cual sugiere que la afectación del miembro dominante no implicó mayor deterioro funcional ni mayor discapacidad percibida, al menos en esta muestra.

Por otro lado, sí se halló una diferencia estadísticamente significativa en el Quick DASH por sexo, con mayores niveles de discapacidad autopercebida en mujeres ($p=0,0328$). Este resultado es consistente con estudios previos que han documentado una mayor sensibilidad al dolor, percepción de discapacidad y respuesta emocional en población femenina ante lesiones musculoesqueléticas.

No obstante, dado el tamaño reducido de la muestra, este hallazgo debe interpretarse con cautela.

Finalmente, cabe destacar que los instrumentos utilizados (ARAT y Quick DASH) demostraron ser aplicables en este contexto clínico. Permitieron abordar de forma objetiva la funcionalidad y considerar la subjetividad del paciente, áreas que demostraron verse disociadas en sus puntajes a la valoración inicial, lo cual habla de la multidimensionalidad del dolor y el papel que juegan las emociones en la percepción del paciente.

Esta discrepancia evidenciada aproxima de forma más real al abordaje clínico diario, donde centrarse únicamente en la lesión estructural no permite un éxito terapéutico deseado o adecuado.

Lograr promover instrumentos de medida (como los empleados) simples y económicos de forma inicial, permitirá abrir mayores opciones iniciales terapéuticas según cuál área se considere más afectada o en vistas a trazar objetivos claros con el paciente. También cabe destacar el valioso aporte al trabajar a nivel clínico con un Terapeuta Ocupacional el cual aborda las distintas áreas de forma integral y posee una formación exhaustiva en la rehabilitación de las patologías del miembro superior.

CONCLUSIONES

Este estudio descriptivo permitió realizar una primera aproximación al perfil funcional de los usuarios que consultan por primera vez en la Policlínica de Miembro Superior y Quemados de la Unidad Académica de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital de Clínicas, aplicando herramientas validadas que evalúan tanto la funcionalidad objetiva (ARAT) como la percepción subjetiva de discapacidad (Quick DASH).

Aun cuando el tamaño muestral fue reducido, se observó una gran heterogeneidad en las condiciones clínicas y niveles funcionales de los pacientes. La combinación de escalas utilizadas evidenció diferencias importantes entre la evaluación clínica objetiva y la percepción subjetiva del paciente, especialmente en casos con buen rendimiento en el ARAT pero alta discapacidad en el Quick



DASH. Esta disociación reafirma la necesidad de considerar ambos enfoques en la valoración integral del miembro superior.

El hallazgo de mayores niveles de discapacidad autopercibida en mujeres, en ausencia de diferencias funcionales objetivas, plantea interrogantes clínicos y sociales que merecen mayor investigación. Asimismo, no se hallaron diferencias significativas según la lateralidad del miembro afectado.

El presente trabajo sienta las bases para el desarrollo de una línea sistemática de valoración funcional inicial en esta policlínica, y destaca la viabilidad de implementar protocolos estandarizados.

Se recomienda ampliar la muestra en futuras investigaciones, lo que permitirá realizar análisis más robustos.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores no reportan ningún conflicto de interés. El estudio se realizó con recursos propios de los autores y/o la institución a la que representan.

Uso de IA: en este estudio, empleamos un algoritmo de aprendizaje automático [ChatGPT] para analizar los datos recopilados. Esta herramienta permitió identificar patrones y tendencias que de otro modo podrían haber pasado desapercibidos. Nos aseguramos de validar los resultados obtenidos con otros métodos de análisis para evitar sesgos.

DECLARACIÓN ÉTICA

Todas las afirmaciones expresadas en este artículo son exclusivamente del autor y no representan necesariamente las de sus organizaciones afiliadas, ni las del editor, ni las de los revisores. El editor no garantiza ni respalda ningún producto y/o afirmación que pueda evaluarse en este artículo.

REFERENCIAS

(1) Pisani A, Tomasina F. Enfermedades, lesiones y accidentes en trabajadores de la construcción en Uruguay, período 2014-2018.

Salud Trab (Maracay) 2021; 29(2):146-56.

Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1411733> [Consulta 15/02/2025].

(2) Tomasina FA, Álvarez CB, Alegretti MA, Stolovas N. Accidentes de trabajo en un hospital universitario, Montevideo, Uruguay.

Rev Cubana Salud Trab 2019; [Internet]. 1 de junio de 2019 [citado 17 de marzo de 2025]; 20(2):27-33.

Disponible en: <https://revsaludtrabajo.sld.cu/index.php/revsyt/article/view/113>

(3) Hervás MT, Navarro Collado MJ, Peiró S, Rodrigo Pérez JL, López Matéu P, Martínez Tello I. Versión española del cuestionario DASH: adaptación transcultural, fiabilidad, validez y sensibilidad a los cambios. Med Clin (Barcelona) 2006; 127(12):441-7.

DOI: 10.1157/13093053. PMID: 17040628.

(4) Almirón M, Barrios I. Valoración funcional de pacientes con lesiones de miembro superior a través del cuestionario DASHe.

Medicina Clínica y Social 2018; 2(3):136-144.

Disponible en: <https://www.medicinaclicinaysocial.org/index.php/MCS/article/view/66> [Consulta 15/02/2025].

(5) Hudak PL, Amadio PC, Bombardier C, Beaton D, Cole D, Davis A, *et al.* Development of an upper extremity outcome measure: the DASH (disabilities of the arm, shoulder and hand) [corrected].

Am J Ind Med 1996; 29(6):602-8.

DOI: 10.1002/(SICI)1097-0274(199606)29:6<602::AID-AJIM4>3.0.CO;2-L.

(6) Rosales RS, Delgado EB, Díez de la Lastra-Bosch I. Evaluation of the Spanish version of the DASH and carpal tunnel syndrome health-related quality-of-life instruments: cross-cultural adaptation process and reliability. J Hand Surg Am 2002; 27(2):334-343.

DOI: 10.1053/jhsu.2002.30059.

(7) Lyle RC. A performance test for assessment of upper limb function in physical rehabilitation treatment and research.

Int J Rehabil Res 1981; 4(4):483-492.

DOI: 10.1097/00004356-198112000-00001.

PMID: 7333761.

(8) Grattan ES, Veloza CA, Skidmore ER, Page SJ, Woodbury ML.

Interpreting Action Research Arm Test assessment scores to plan treatment. OTJR 2018; 39(1):64-73.

DOI: 10.1177/1539449218757740.

PMID: 29444623. PMCID: PMC6070435

(9) Fernández-Solana J, Pardo-Hernández R,

González-Bernal JJ, Sánchez-González E,

González-Santos J, Soto-Cámara R, *et al.*

Psychometric properties of the action research arm test (ARAT) scale in post-stroke patients-Spanish population.

Int J Environ Res Public Health 2022; 19(22):14918.

DOI: 10.3390/ijerph192214918.

PMID: 36429637. PMCID: PMC9690867.

(10) Doussoulin A, Rivas R, Campos V. Validación de "Action Research Arm Test" (ARAT) en pacientes con extremidad superior parética post ataque cerebro vascular en Chile. Rev Med Chil 2012; 140(1):59-65.

Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v140n1/art08.pdf> [Consulta 15/02/2025].

(11) Padilla-Magaña JF, Peña-Pitarch E, Sánchez-Suarez I, Tico-Falguera N. Quantitative assessment of hand function in healthy subjects and post-stroke patients with the Action Research Arm Test.

Sensors (Basel) 2022; 22(10):3604.

DOI: 10.3390/s22103604.

PMID: 35632013; PMCID: PMC9147783.

(12) Padilla-Magaña JF, Peña-Pitarch E, Sánchez-Suarez I, Tico-Falguera N.

Hand motion analysis during the execution of the Action Research Arm Test using multiple sensors.

Sensors (Basel) 2022; 22(9):3276.

DOI: 10.3390/s22093276.

PMID: 35590966; PMCID: PMC9105674.

CONTRIBUCIONES AL MANUSCRITO:

(a) Concepción, diseño, adquisición y análisis de datos, interpretación y discusión de resultados, redacción, revisión crítica y aprobación de la versión final.

(b) Análisis de datos, interpretación de resultados y revisión crítica.

(c) Adquisición de datos, interpretación y discusión de resultados.

(d) Diseño, adquisición de datos, interpretación y discusión de resultados.

NOTA: este artículo fue aprobado por el Comité Editorial.

Revisado y aprobado por el Comité de Ética de la Investigación del Hospital de Clínicas con fecha 11/11/2024.