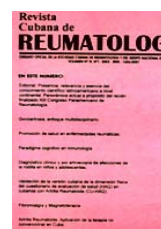


Revista Cubana de Reumatología

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen IX Número 9 y 10; 2007 ISSN: 1817-5996

Versión digital: <http://www.sld.cu/sitios/reumatologia/temas.php?idv=23736>



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Enfoque rehabilitador en la Artritis Reumatoide

Porro Novo Javier*, Friol González Jesús**, Guibert Toledano Marlene***, Reyes Llerena Gil****

* Especialista de Segundo Grado en Rehabilitación

** Especialista de Segundo Grado en Reumatología

*** Especialista de Segundo Grado en Reumatología.

**** Especialista en Medicina Interna y Reumatología.

Servicio Nacional de Reumatología, Centro de Investigaciones Médico Quirúrgicas de Cuba. (CIMEQ)

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica severa, sistémica debilitante de curso progresivo, pero variable en cada individuo afectado. Se caracteriza por presentar alteraciones inmunológicas tanto a nivel celular como humoral, las que se traducen en inflamación crónica, que conducen a la destrucción de tejidos articulares⁽¹⁾.

La mayoría de los reumatólogos en el mundo concuerdan en que el diagnóstico e inicio temprano de la terapia por drogas modificadoras de la enfermedad y la rehabilitación precoz pueden limitar la severidad y discapacidad de la misma^(2,3).

Esta patología afecta al 1% de la población adulta. Existen variaciones regionales de manera particular. El pico de incidencia del primer brote es entre la cuarta y quinta décadas de la vida. Se presenta más frecuentemente en mujeres que en hombres, en relación 3:1, fundamentalmente cuando esta comienza antes de los 60 años, ya que a partir de esta edad la relación hombre mujer se equipara⁽¹⁾. En Cuba se desarrolló el estudio epidemiológico cubano COPCORD en el municipio Lawton, el cual le dio continuidad al estudio desarrollado a modo de pilotaje en el Cerro. Este trabajo permitió establecer las tasas de prevalencia y la discapacidad asociada para las diferentes enfermedades reumáticas. La prevalencia de la artritis reumatoide quedó fijada en 1.24% con un intervalo de confianza (0.89 al 1.7)⁽²⁾ cifra que no se aparta de lo reportado en la literatura internacional por otros autores.

Según estudios epidemiológicos realizados en los últimos 10 años, la AR causa una gran morbilidad, dificultad laboral, e incremento de la mortalidad.

También produce gran deterioro en la calidad de vida de los pacientes, pues el 29% de ellos presentan discapacidad de cierto grado para realizar tareas fundamentales. La discapacidad asociada a nuestros pacientes alcanzó el 6.4%^(2,4).

DESARROLLO

Manifestaciones clínicas

Antes de comenzar las manifestaciones articulares, pueden aparecer síntomas prodrómicos tales como, febrículas, malestar general, pérdida de peso.

La inflamación articular es la principal manifestación clínica en estos pacientes, dada por la sinovitis que se produce en estos órganos de la locomoción. Esta inflamación tiene como síntoma fundamental el dolor^(5,6).

El dolor articular se debe, a la inmovilización articular, al espasmo muscular, a la destrucción de cartílago y hueso, a la laxitud de los ligamentos y a la alteración de la función de los tendones^(5,6). Entre los grupos articulares que más se afectan en esta patología, tenemos, las articulaciones de las manos (metacarpofalángicas, interfalángicas proximales, articulaciones del carpo), rodillas, codos, tobillos, metatarsofalángicas, columna cervical y puede haber afectación de la temporomandibular.

TRATAMIENTO

De las intervenciones terapéuticas empleadas hasta nuestros días ninguna tiene carácter curativo, por lo que nuestros esfuerzos deben estar encaminados a mitigar los síntomas dolorosos y prevenir las lesiones articulares.

El tratamiento de esta enfermedad requiere de un enfoque interdisciplinario y multidisciplinario, con el ánimo de superar los diferentes problemas que se puedan presentar ya sea en la esfera funcional, así como en el plano psico-social⁽¹⁾.

El tratamiento de la A.R. se ha basado tradicionalmente en el uso secuencial de terapias farmacológicas, tratamiento de rehabilitación en todas las fases de la enfermedad, la cirugía ortopédica de ser necesaria por las deformidades y el cuidado personal del paciente.

Rehabilitación del paciente con Artritis Reumatoide

En el tratamiento y manejo de la Artritis Reumatoide (AR) por lo general se ha puesto más énfasis en el reposo que en la actividad física; por lo que tradicionalmente, el papel de la rehabilitación ha sido minimizado. J.A. Olmo, MF. Serrano y colaboradores han demostrado mejoras en el aspecto clínico, funcional e incluso una mejor evolución radiológica, en pacientes que seguían un programa de rehabilitación, basado especialmente en el entrenamiento físico.

En la actualidad, aunque los tratados de reumatología que citan la importancia del tratamiento rehabilitador en enfermos artríticos, no parece existir una conciencia generalizada de su valor y hay una escasez de publicaciones en nuestro medio, que justifiquen este esfuerzo terapéutico.

En todo intento rehabilitador es necesario tener un exacto conocimiento de la situación del paciente. ^(7,11,12,13,14)

En el Servicio Nacional de Reumatología (SNR) existe un trabajo multidisciplinario con el paciente artrítico, con el objetivo de darle una mejoría en la calidad de vida desde el punto de vista físico, social y económico, combinando el proceder Diagnóstico- Terapéutico con la fisioterapia, lo más precoz, obteniéndose resultados satisfactorios.

Esquema práctico de valoración del paciente artrítico (7,15)

- Diagnóstico y pronóstico
 - Historia Médica
 - Exploración Física
 - Consulta con otros especialistas
 - Exámenes de laboratorio
- Capacidad y potencia funcional
 - Test muscular.
 - Grado de movimiento articular
 - Actividades de la vida diaria
- Economía
 - Test psicológico
 - Estudio social
 - Test vocacional

Objetivos del tratamiento rehabilitador.

- Aliviar el dolor. Disminuir la inflamación
- Prevenir deformaciones
- Corrección postural
- Preservar y ganar en movilidad articular
- Aumentar capacidad respiratoria
- Compensación Psicológica
- Independencia en las actividades de la vida y en la marcha
- Reincorporación socio- laboral
- Evitar factores de riesgo(Estrés, traumas infecciones)
- Aumentar la fuerza y la resistencia estática y dinámica
- Mejorar la sensación de bienestar

Valoración funcional de los pacientes con AR

El HAQ (Stanford Health Assessment Questionnaire), es un instrumento propuesto para evaluar la capacidad física en pacientes con AR y la habilidad. Este cuestionario ha demostrado su confiabilidad y validez en múltiples estudios en los que se ha aplicado a nivel mundial.

El HAQ, es un cuestionario que en su forma completa valora, mortalidad, discapacidad, síntomas, efectos secundarios del medicamento, e impacto económico. Pero habitualmente en la clínica se emplea de forma exclusiva la escala de discapacidad. ⁽¹⁶⁻²¹⁾

En el departamento de rehabilitación del SNR utilizamos la versión cubana validada en nuestro país (HAQ-CU) en lo referente a la capacidad funcional. Este se le realiza al paciente con AR antes de comenzar la terapia y posterior a la misma. ⁽¹⁵⁾

Tratamiento Rehabilitador.

Consideraciones generales:

El paciente con AR, tiene crónicamente una afectación funcional y psíquica, teniendo una especial afectación articular, por lo que se deben tomar precauciones en las técnicas de fisioterapia ha aplicar:

- Se realizan sesiones de corta duración (para evitar la fatiga del paciente)
- Periodo de descanso entre sesiones
- Se realizaran maniobras lentas, evitando gestos bruscos que lesionan la articulación
- Utilizar resistencia pequeña o moderada, en dependencia a la fase en que se encuentra el paciente
- No debe realizarse presiones fuertes(masajes, ejercicios pasivos), en pacientes con vaculitis porque pueden producir hematomas

En el departamento de fisioterapia y sala de Rehabilitación del Servicio Nacional de Reumatología hemos realizado un esquema de tratamiento fisiátrico aplicado al paciente con AR con una evolución satisfactoria del 95%, combinado con el tratamiento medicamentoso.

Esquema de tratamiento fisiátrico. ^(7, 8, 15, 22-32)

Combinación de todas las modalidades terapéuticas

Medicas:

Medidas generales y tratamiento medicamentoso.

Fisioterapia:

En las fases agudas, subaguda y de remisión.

Quirúrgico:

Preventivo, corrección de deformidades irreversibles y paliativo.

Tratamiento en fase aguda:

1.- Enfermería de rehabilitación y tratamiento postural.

Valoración del paciente por el fisiatra y la enfermera de rehabilitación para saber conducta a seguir

- Realizar raport con el paciente y su familia
- Explicarle la importancia de la combinación del medicamento con el programa de rehabilitación
- Se le explican las posturas correctas acostado, sentado y de pie
- Reposo de 8 horas en la noche y al menos una siesta de 1 a 2 horas durante el día.
- Baño matutino temprano en la mañana con agua tibia para aliviar la rigidez.
- Se enseñan los ejercicios respiratorios respiración diafragmática
- Se le enseñan las contracciones isométricas de miembros superiores e inferiores
- Evitar el agotamiento físico y mental. Reposo suficiente para no tener molestia articular y fatiga general.
- Planear las actividades del paciente para minimizar el uso excesivo o prolongado de la articulación que le puede exacerbar el dolor y mayor gasto de energía, es decir economía articular, evitar movimientos que potencien deformidades
- Apoyo emocional y consejos psicológicos, social, vocacional, sexual
- Régimen del tratamiento en esta fase es corto, simple y con objetivos claros
- Alimentación balanceada, rica en alimentos antioxidantes

- Uso de dispositivos de ayuda
- Comprender sus creencias, temores y necesidades
- Usar las articulaciones sanas hasta donde sea posible

2.- Uso de férulas estáticas en posición funcional y ortesis.

3- Se emplea masaje descontracturante por encima y por debajo de la articulación afectada.

4- Compresas frías por 10 minutos en las articulaciones afectadas cada 2 horas Coincidimos con otros autores en la efectividad del láser y el magnetismo en esta fase

5- Realizar movilizaciones articulares por el paciente de forma individual, la que pueda realizar en las articulaciones afectadas. La función dinámica articular se pierde o disminuye cuando no se ejercita por lo que el individuo artrítico en buenas condiciones fisiológicas músculo articulares tiene un grado mínimo de invalidez

Tratamiento en fase subaguda.

1 Todo lo anterior.

2 Se emplea la termoterapia superficial, el que más utilizamos es el Calor Infrarrojo. Otros autores han tenido buenos resultados. También cuando el paciente tiene dolores poli articulares hemos utilizado la fangoterapia con excelentes resultados. Otros autores han tenido éxito con la parafina y la hidroterapia

3 Combinamos la termoterapia con la electroterapia(corriente interferencial y el TENS), en articulaciones dolorosas

4 En otros pacientes artríticos combinamos la termoterapia o la electroterapia con el láser y el magnetismo, se aplican de forma individual y atendiendo al daño articular

5 Combinamos el uso de los agentes físicos y naturales con el masaje suave y relajante en la articulación afectada y descontracturante por encima y por debajo de la misma

6 Muy importante en el programa de rehabilitación la cinesiterapia activa-asistida gentil, solicitamos que el paciente haga el ejercicio individual hasta lo máximo posible con supervisión estricta por el fisioterapeuta, las sesiones de terapia son cortas y con periodos de descanso

7 Se mantiene el uso de las férulas, las estáticas combinado con las dinámicas

8 Mecanoterapia, sin llegar al agotamiento del paciente

9 Se insiste en patrones de marcha lo más estético. y funcional posible con apoyo si es necesario

10 En los artríticos la terapia ocupacional es muy importante en cualquiera de sus fases

11 En las sesiones de la tarde con los pacientes ingresados en la sala de rehabilitación se realizan actividades recreativas por el colectivo dando buenos resultados

12 En esta fase subaguda, ayuda mucho al paciente artrítico el uso de la balneoterapia por lo que al alta de su ingreso lo remitimos a dicho lugar

Tratamiento en fase de remisión

En esta fase por lo general atendemos al paciente por consulta externa, además de utilizar todo lo anterior, lo que hacemos es orientarlo a la enseñanza de un programa de entrenamiento diario en el hogar de esta forma se le da una educación para su enfermedad y evita o previene las complicaciones (rigidez-deformidad-anquilosis)

El entrenamiento lleva un plan de ejercicios que aprendió en las fases anteriores, lo que orientamos, son las repeticiones y la resistencia acorde a su estado físico. Mantiene el uso de sus

férulas fundamental las estáticas en horario nocturno. Importante la readaptación a la vida social y profesional Seguimiento por psicología

Vivienda del Paciente Artrítico

Es necesario conocer en las entrevistas con el paciente la situación de su vivienda en relación con sus limitaciones físicas para orientarlo acorde al grado de discapacidad en diversas condiciones y ventajas que posibiliten la independencia desde una silla de ruedas ⁽¹⁵⁾.

Se tienen en cuenta:

Tipo de escaleras y con barandas en ambos lados

La cocina (baja altura)

Situación de los interruptores y enchufes eléctricos (alrededor de 60cms del suelo)

Armarios, baños (con barreras y asiento en las duchas)

Accesos desde la calle y anchura de las puertas

Rampas de entrada con inclinación estudiada

BIBLIOGRAFÍA:

1.-Videla C.A, Civit de Garignani E. Enfoque actual de la artritis reumatoidea. Separata, 2000. 5- 35.

2.-Guibert Toledano M, Reyes Gil A; Artritis reumatoide temprana. Retos y enfoque en el nuevo siglo. Revista Cubana de Reumatología; Vol VII, No. 7-8, 2005, pág 4 -7

3.-Harle P, Bongartz T, Scholmerich J, Muller- Ladner U, Straub RH. Predictive and potentially predictive factors in early arthritis: a multidisciplinary approach. Rheumatology (Oxford) 2005 Feb 16

4.- Buckley , C.D. Science. Medicine and future treatment of reumatoid arthritis?. B.J Rheumatology, 1997: 236- 315

5.- Akil, M.; Amosd, R.S. Rheumatoid arthritis II. Treatment, Bt. J. Med. 1995, 236- 315

6.- Schumacher H.R, Klippel J.H, Koopman W.J. Primer on the rheumatic diseases. Tenth Edition. Arthritis Foundation. 1993:86- 89

7.- J. A. Olmo; M. F. Serrano; V. Girbes y Colab. : Resultados de un programa de rehabilitación En pacientes con artritis reumatoide: En: Rehabilitación (Madr) 1996; 101-107

8.- Molinero Rodríguez. C, Prada Hernández Dinorah y cols: Impacto laboral por enfermedades reumáticas En el municipio 10 de Octubre. En: Revista Cubana de Reumatología. Vol. III, Num.1, 2001 Pp 38-46

9.- Reyes Llerena Gil y colaboradores. Actualización del impacto de las enfermedades reumáticas Sobre la calidad de vida en Cuba(parte III): Revista Cubana de Reumatología. Vol. II; No2, 2000. Pp 12-13

10.- Ballina. García. F. J: Epidemiology of musculoskeletal complaints and use of health services in Asturias (Spain) Scand J Rheumatol. 1994; 23: 137-41

11. La Seguridad Social en Cuba. Conferencia Interamericana de Seguridad Social, Serie Monográfica1994.

12. Paulino. J. Epidemiología de las Enfermedades Reumáticas. Manual de Enfermedades Reumáticas1992. España. Pp 1

13.- Azahares. Trutié. M, Friol. González. J.E y cols: Evaluación del conocimiento de la discapacidad. en pacientes con Artritis Reumatoide: Revista Cubana de Reumatología. Vol. III. No 2, 2001 Pp9-18

14.- González. Mas. R. Rehabilitación del Artrítico En: Rehabilitación Médica Barcelona. Ed Masson.S.A.. 1997.Pp 363-374

- 15.- Reyes. Llerena. G, Penedo. Coello. A, Guibert. Toledano . M y cols Validación de la versión cubana de la dimensión física del Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ.) en cubanos con Artritis Reumatoide. (CU-HAQ). En: Revista Cubana de Reumatología. Vol. IV, No 1, 2002, Pp43-55
- 16.- Stucki G, Bruhlmann. P, Michel. B. A. Ceiling effects of the Health Assessment Questionnaire And its modified version in some ambulatory rheumatoid arthritis patients. *Ann Rheum Dis*1995; 54: 461-5.
- 17.- Thompson P W, Pegley F S: A comparison of disability measured by the Stanford Health Assessment Questionnaire disability scales (HAQ) in males and female rheumatoid outpatients *Br J Rheumatol* 1991; 30(4): 298-300
- 18.- Wolfe F, Hawley D J: The long- term outcomes of rheumatoid arthritis work disability a prospective 18 year study of 823 patients. *J Rheumatol*1998; 25:2108-17.
- 19.- Guillemin F: Functional disability and quality of life Assessment in clinical practice.: *Rheumatology*2000; 39(suppl 1): 17-23
- 20.- Pease C T, Bhakta B B, Devlin J, Emery P: Does the age of onset of rheumatoid arthritis influence Phenotype? : a prospective study outcome and prognosis factors. *Rheumatology* 1999; 38: 228-34
- 21.- Porro Novo J, Suarez Martín R y cols. Estudio Estadístico de Pacientes Atendidos en Rehabilitación del Servicio Nacional de Reumatología en 12 años de trabajo En: Revista Cubana de Reumatología vol. IV, No 2, 2002, cartel
- 22.- Rodríguez Hernández J F. Artritis Reumatoide. Aplicación de la terapia no convencional en Cuba Revista Cubana de Reumatología. Vol. IV, No 1, 2002, Pp 71-75
- 23.- Barrón Vázquez M. L., Elena Sánchez. Romera Pérez J. M. Cinesiterapia Hidroterapia Masoterapia.
- 24.- Fuentes González M. Manejo de la espectro y la electroterapia en rehabilitación: En Rehabilitación Médica. MASSON,S.A. 1997Pp7-24, 49-61
- 25.- Robert L Swezey. Rehabilitación en la artritis y trastornos relacionados: En Krusen. Medicina Física Y Rehabilitación, 4ta ed, Ed Medica Panamericana. 1997, Pp708-743
- 26.- Bosch Valdés F, Hernandez Arteaga M, Rabí Martínez M. C. Clínica del dolor. Impacto de la Medicina Tradicional y Natural. Y Boris Echevarría M. y cols. En: Revista Cubana de Reumatología Vol.III,No2, 2001. Cartel
- 27.- Martín Cordero J. E, García Delgado J.A. En: Introducción a la Magnetoterapia. 1ra ed, Editorial CIMEQ.2002, Pp 31-41.
- 28.- Clare, Maxwell, Hudson. En: El libro completo del MASAJE. 4ta ed, Ed Evergráficas, S.A. 1995 Pp126-144
- 29.- Karin Schutt. Salud y Relajación gracias al masaje(Métodos-Técnicas-Indicaciones), 1ed. España Editorial Paidotribo. Pp25-61, 63-80
- 30.- Heredia Rodríguez. J.M, Tejada García. M. Reumatismos inflamatorios y degenerativos. En: Síndromes y Cuidados en el paciente Geriátrico. Ed Masson. S.A. 1994, Pp 395-400
- 31.- Neil. F. Gordon. En: Arthritis, Your Complete Exercise Guide, Ed Copyright, 1993 Pp 13-2727-64.
- 32.- Porro Novo J, Suarez Martín R y cols. Beneficios del Campo Magnético en el Paciente Reumático. Suarez Martín. R, Pereira Torres J.A y cols Rehabilitación Precoz del Codo Reumático En: Revista Cubana de Reumatología. 1998, Vol II: No 1. Carte

1

Los autores refieren no presentar ningún conflicto de intereses

Recibido: 20 de marzo del 2008

Aprobado: 16 de mayo del 2008

Contacto para correspondencia: Dr. Javier Porro Novo

E-mail: javier.porro@infomed.sld.cu

Animas No 966 Apto. 103 e/ Oquendo y Soledad, Centro Habana, La Habana, Cuba