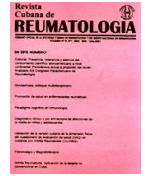


Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen XVI Número 1, 2014 ISSN: 1817-5996

www.revreumatologia.sld.cu



ARTÍCULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN

Rehabilitación integral del paciente reumático

The rheumatic patient' integral rehabilitation

Hernández Martín Annia Daisy*, Puerto Noda Ibars**, Falcón Hernández Arelys***, Morejón Barroso Omar****, González Andreu Diana*****

* MSc. Especialista de 1er Grado en Medicina Interna

** Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Reumatología

*** MSc. Especialista de 1er Grado en Medicina Interna. Especialista de 2do Grado en Terapia Intensiva y Emergencias

**** Especialista de 2do Grado en Medicina Tradicional y Natural

***** Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Medicina Física y Rehabilitación

Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima. Cienfuegos, Cuba

RESUMEN

Introducción: Los pacientes reumáticos son susceptibles de rehabilitar tanto en fase aguda, subaguda o en remisión.

Objetivo: Caracterizar a los pacientes atendidos en el servicio de rehabilitación del centro especializado ambulatorio con diagnóstico de enfermedades reumáticas

Método: Se realiza un estudio descriptivo, retrospectivo con 95 pacientes ingresados con diagnóstico de afecciones reumáticas en el centro especializado ambulatorio Héroes de Playa Girón del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de la provincia de Cienfuegos en el año 2011.

Resultados: El 55.7 % de nuestros pacientes fueron mujeres, predominando ostensiblemente el color blanco de la piel con un 88.4% de la totalidad de los pacientes. La edad media general de la muestra fue de 59.28 ± 15.24 , presentándose en los hombres a mayor edad. La patología más frecuente en el servicio de rehabilitación fue la coxartrosis para un 49.4 % del total de los casos estudiados siguiéndola en frecuencia la artritis reumatoide con un 29.4 %. La mayoría de nuestros pacientes fueron rehabilitados con kinesiología (86.3 %) y medicina tradicional (71.5 %) para todos los diagnósticos y el agente físico más utilizado fue la magnetoterapia (23.1 %). La estadía media de estos pacientes de manera general fue de 15.8 ± 6.5 días.

Conclusiones: Los pacientes con enfermedades reumáticas se benefician con las diferentes técnicas de rehabilitación lo que se traduce en mejoría de su percepción de calidad de vida.

Palabras clave: afecciones reumáticas, rehabilitación, agentes físicos, fisioterapia

ABSTRACT

Introduction: The rheumatic patients are susceptible of rehabilitating so much in sharp phase, sub acute or in remission.

Objective: To characterize the patients assisted in the service of rehabilitation of the center skilled health clinic with diagnostic of rheumatic illnesses

Method: He/she is carried out a descriptive study, retrospective with 95 patients entered with diagnostic of rheumatic affections in the center skilled ambulatory Heroes of Beach Giron of the University General Hospital Dr. Gustavo Aldereguía Lima of the county of Cienfuegos in the year 2011.

Results: 55.7 % of our patients were women, predominating the white color of the skin ostensibly with 88.4 % of the entirety of the patients. The general half age of the sample was of 59.28 ± 15.24 , being presented in the men to more age. The most frequent pathology in the rehabilitation service was the hip osteoarthritis for 49.4 % of the total of the studied cases following it in frequency the rheumatoid arthritis with 29.4%. Most of our patients were rehabilitated with kinesiology (86.3 %) and traditional medicine (71.5 %) for all the diagnoses and the used physical agent was the magnetotherapy (23.1 %). The half demurrage of these patients in a general way was of 15.8 ± 6.5 days.

Conclusions: The patients with rheumatic illnesses benefit with the different rehabilitation techniques what is translated in improvement of their perception of quality of life.

Keywords: rheumatic affections, rehabilitation, physical agents, physiotherapy

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas suelen ser de curso crónico, sistémicas y de naturaleza autoinmune, que involucran principalmente articulaciones sinoviales y otros órganos como la piel y vísceras. Las características más importantes son la artritis y la sinovitis que pueden afectar cualquier articulación sinovial como rodillas, tobillos, codos, hombros, carpos y manos así como algunas de ellas al esqueleto axial.

Pueden acompañarse de síntomas diversos como rigidez matinal, fatiga, dolor, incapacidad funcional, depresión y nódulos articulares, afectan a la persona emocional y funcionalmente, generando un complejo impacto en la salud, al limitar el autocuidado y el desempeño ocupacional, afecta la economía familiar y causa altos costos al sistema de salud. Este trastorno afecta un porcentaje razonable de la población humana con una mayor incidencia en la mujer.¹

Las más comunes de estas enfermedades reumáticas son la osteoartritis y la artritis reumatoide.²

Quienes padezcan de una dolencia en el aparato locomotor deben primeramente acudir a un médico general integral quien examina rigurosamente y solicita si es el caso un reumatólogo que a su

vez puede recomendar a un profesional fisioterapeuta para ayudar con el proceso de recuperación.³

En el mundo entero es conocido que las enfermedades reumáticas aportan un gasto relevante para la economía de los países al afectar un gran porcentaje de personas laboralmente activas que deben guardar reposo durante los períodos de crisis que en ocasiones suelen ser prolongados y frecuentes, siendo de una importancia crucial el conocimiento de las medidas de rehabilitación precoz que proporcionarían un acortamiento en la convalecencia del paciente y su rápida incorporación a la vida social y laboral.

En el campo de la fisioterapia el tratamiento que se brinda a estos pacientes es limitado por el componente autoinmune, inflamatorio y degenerativo de las mismas.

El papel del fisioterapeuta en estas enfermedades suele orientarse a la reducción del dolor, la prevención de la limitación articular y de la atrofia muscular, así como a la rehabilitación de la funcionalidad. A pesar de la intervención fisioterapéutica, con frecuencia no se logra una completa disminución de sus signos y síntomas, incluso con el manejo farmacológico desarrollado por la reumatología.⁴⁻⁶

En este sentido, hay metas específicas de estos profesionales para impedir el deterioro que ocurre en los diferentes síndromes musculoesqueléticos

En nuestro centro contamos con un equipo multidisciplinario que garantiza el cumplimiento de las necesidades requeridas para la rehabilitación del paciente reumático en las tres etapas de la enfermedad, ya sea en la fase aguda como subaguda o de remisión y la función del mismo resulta encaminada a preservar o mejorar la función articular aumentando la fuerza muscular que presuma una mejoría efectiva que logre la necesaria re inserción a sus actividades habituales.

Por todo lo anterior decidimos hacer el presente estudio con el objetivo de conocer el comportamiento de los ingresos por afecciones reumáticas, identificando edad media, sexo, raza y determinando los diagnósticos más frecuentes con la conducta indicada según la fase de su enfermedad.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo, en el área de hospitalización del centro especializado ambulatorio Héroe de Playa Girón del Hospital General Universitario Dr. Gustavo Aldereguía Lima de Cienfuegos (CEA). El universo estuvo constituido los 95 pacientes que fueron ingresados con diagnóstico de afecciones reumáticas durante el año 2011.

A cada paciente se le aplicó una encuesta y se les realizó valoración funcional según los criterios de la ARA. (Anexos).

Los datos recogidos en la encuesta se introdujeron en una base de datos y se procesaron mediante el paquete estadístico SPSS 12.0 para Windows, se utilizó la estadística descriptiva e inferencial y se mostraron los resultados en tablas y gráficas para mejor comprensión

RESULTADOS

Tabla 1. Distribución de pacientes según edad y sexo. CEA. 2011.

Variables	Edad media ± DE
General (n=95)	59.28± 15.24
Sexo	
Hombres (n=42)	61.50± 15.72
Mujeres (n=53)	57.53± 14.77

Datos extraídos de la encuesta

El promedio de edad es de 59,28 años, destacando que el sexo masculino presenta una media superior al sexo femenino. Predomina el sexo femenino con 53 pacientes

Tabla 2. Distribución de pacientes según tipo de diagnóstico y raza. CEA. 2011.

Diagnóstico	Color de la Piel		Total (n=95)
	Blanca	No Blanca	
	No. %	No. %	No. %
Artritis reumatoide (n=28)	25 89.2	3 10.7	28 29.4
Espondiloartropatías (n=4)	4 100	- -	4 4.2
Osteoartritis generalizada (n=7)	5 71.4	2 28.5	7 7.3
Coxartrosis (n=47)	42 89.3	5 10.6	47 49.4
Condrocálcinosis (n=1)	- -	1 100	1 1
Otras enfermedades reumáticas (n=8)	8 100	- -	8 8.4
Total (n=95)	84 88.4	11 11.5	95 100

Datos extraídos de la encuesta

Predominaron los ingresos por coxartrosis seguida de pacientes aquejados de artritis reumatoide y de forma general el 88.4 % de los pacientes que ingresaron por distintas causas fueron de la raza blanca.

Tabla 3. Distribución de pacientes según diagnóstico y sexo. CEA. 2011.

Diagnóstico	Sexo		Total (n=95)
	Hombres	Mujeres	
	No. %	No. %	No. %
Artritis reumatoide (n=28)	7 25	21 75	28 29.4
Espondiloartropatías (n=4)	1 25	3 75	4 4.2
Osteoartritis generalizada (n=7)	2 28.5	5 71.4	7 7.3
Coxartrosis (n=47)	30 63.8	17 36.1	47 49.4
Condrocálcinosis (n=1)	-	1 100	1 1
Otras enfermedades Reumáticas (n=8)	2 25	6 75	8 8.4
Total (n=95)	42 44.2	53 55.7	95 100

Datos extraídos de la encuesta

Predomina el sexo femenino entre los pacientes ingresados por afecciones reumáticas, destacando el 63.8 % de pacientes masculinos con diagnóstico de coxartrosis

Tabla 4. Distribución de pacientes según estadía hospitalaria. CEA. 2011.

Diagnóstico	Estadía media \pm DE
Artritis reumatoide (n=28)	17.6 \pm 7.4
Espondiloartropatías (n=4)	16.2 \pm 5.8
Osteoartritis generalizada (n=7)	14.4 \pm 3.6
Coxartrosis (n=47)	14.6 \pm 6.3
Condrocálcinosis (n=1)	20
Otras enfermedades reumáticas (n=8)	17.2 \pm 6.0
Total (n=95)	15.8 \pm 6.5

Datos extraídos de la encuesta

La estadía media fue de 15.8 \pm 6.5 días, la cual se mostró mayor en la artritis reumatoide, espondiloartropatías y otras enfermedades reumáticas.

Aquellas entidades relacionadas con los procesos degenerativos articulares como la osteoartritis tanto localizada como generalizada, y la condrocálcinosis, presentaron un comportamiento similar a las anteriores, que se consideradas entidades con un origen inflamatorios.

Tabla 5. Distribución de pacientes según diagnóstico y conducta tomada. CEA. 2011.

Conducta	Artritis reumatoide (n=28)		Espondiloartropatías (n=4)		Osteoartritis generalizada (n=7)		Coxartrosis (n=47)		Condrocálcinosis (n=1)		Otras afecciones reumáticas (n=8)		Total (n=95)	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Tto Médico	28	100	4	100	7	100	47	100	1	100	8	100	95	100
Crioterapia	7	25	-	-	1	14.2	2	4.2	-	-	-	-	10	10.5
Magnetoterapia	13	46.4	-	-	2	28.5	4	8.5	-	-	3	37.5	22	23.1
Laserterapia	2	7.1	1	25	-	-	2	4.2	-	-	-	-	5	5.2
Kinesiología	28	100	4	100	4	57.1	46	97.8	-	-	-	-	82	86.3
Mecanoterapia	2	7.1	2	50	4	57.1	9	19.1	-	-	1	12.5	18	18.9
MNT	23	82.1	2	50	6	85.7	32	68	1	100	4	50	68	71.5
Acupuntura	5	17.8	1	25	1	14.2	2	4.2	1	100	1	12.5	11	11.5

El 100 % de los paciente recibió tratamiento médico, además el 86.3 % y 71.5 % de los pacientes recibió también tratamiento con kinesiología y MNT respectivamente

DISCUSIÓN

La rehabilitación de pacientes con enfermedades reumáticas requiere del esfuerzo coordinado de varios profesionales de la salud, en este caso en nuestro centro los mismos son valorados por un reumatólogo, también de forma integral por un especialista en medicina interna quien controla otras patologías concomitantes, un psicólogo, un oftalmólogo según sea el proceso, por un fisiatra que traza los objetivos de rehabilitación en cada caso, una enfermera que cumple con el tratamiento médico indicado sobre todo en fase aguda y por último un fisioterapeuta y un terapeuta ocupacional quienes garantizan el cumplimiento de los objetivos trazados para la rehabilitación, ellos llevarán a un nivel máximo posible la función articular y tratarán de remediar el deterioro articular.

El 55.7 % de nuestros pacientes fueron mujeres, predominando ostensiblemente el color blanco de la piel con un 88.4 % de la totalidad de los pacientes. La edad media general de la muestra fue de 59.28 \pm 15.24, presentándose en los hombres a mayor edad. La patología más frecuente en el servicio de rehabilitación fue la coxartrosis para un 49.4 % del total de los casos estudiados siguiéndola en frecuencia la artritis reumatoide con un 29.4 %. La mayoría de nuestros pacientes fueron rehabilitados con kinesiología (86.3 %) y MTN (71.5 %) para todos los diagnósticos, el agente físico más utilizado fue la magnetoterapia (23.1 %). La estadía media de estos pacientes de manera general fue de 15.8 \pm 6.5 días.

La alta incidencia de pacientes con diagnóstico de coxartrosis se debe a la inserción en el servicio de la artroplastia de cadera como tratamiento definitivo en los casos seguidos en consulta donde las demás medidas no hayan contribuido a la mejoría de la calidad de vida de los mismos.

Como pudimos distinguir en nuestro estudio la kinesiología resultó la terapia más frecuente, Los programas de ejercicios en los pacientes con enfermedades reumáticas están encaminados a fortalecer los músculos sobre todo los que se encuentran alrededor de las grandes articulaciones.

El ejercicio físico juega un papel muy importante en el tratamiento de la enfermedad reumática y la lucha contra la invalidez. Tiene como finalidad el tratar de mantener los recorridos fisiológicos articulares y evitar las atrofiaciones musculares o fortalecer la contracción de los mismos. Dependiendo de la naturaleza del proceso patológico o de su agudeza se indicaron diversas modalidades de ejercicios ya fueran activos o pasivos.^{8, 9, 10, 11}

La terapia ocupacional se prescribió por sistemas. Se tomaron en cuenta todas las actividades de la vida diaria; vestido, calzado y aseo. En segundo plano se situaron las actividades por los juegos ya que ellos amplían la movilidad articular y la fuerza del paciente proporcionando mejoría psíquica.

La magnetoterapia fue el agente físico más utilizado, la misma proporciona alivio del dolor utilizando campos magnéticos pulsátiles de baja frecuencia.^{12, 13 14}

La laserterapia tiene utilidad como elemento antiinflamatorio, es una forma de administrar calor con fines terapéuticos.¹⁵

La medicina tradicional y natural resulta un arsenal terapéutico para estas dolencias poco utilizado, en este caso se inserta para disminuir el nivel de stress de los pacientes en el ambiente hospitalario, además se administraron preparados con efecto antiinflamatorios al 71.5 % de los mismos.^{16, 17,}

CONCLUSIONES

- Las pacientes con enfermedades reumáticas se benefician con las diferentes técnicas de rehabilitación lo que se traduce en mejoría de su percepción de calidad de vida.

BIBLIOGRAFÍA

1. Reyes Llerena GA. Prevalencia Comunitaria de las Enfermedades Reumáticas Estudio COPCORD en Cuba. [Tesis]. Centro de Investigaciones Médico Quirúrgico (CIMEQ): Universidad de Ciencias Médicas de La Habana; 2005.

2. Álvarez López A, García Lorenzo Y, López Lastra G, López Lastra M, Áreas Sifonte Y, Ruiz de Villa A. Artrosis de la rodilla y escalas para su evaluación. AMC [revista en la Internet]. 2012 diciembre [citado 2013 septiembre 14];16(6):1777-90. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552012000600014&lng=es
3. Frederic H, Stonnington I. Medicina física y rehabilitación. Krusen. 4ta. Ed. Buenos Aires: Ed. Panamericana; 1997. p 893-910.
4. Catalán Matamoros D. La Fisioterapia en Salud Mental: su efectividad y situación actual. Fisioterapia. 2009;31(5):175-6.
5. Morillo MM, Portero FS, Vega JP. Manual de medicina física. Madrid: Ed. Harcourt; 1998. p. 47-52.
6. Martínez MM, Pastor VJ, Portero SF. Manual de Medicina Física. 8va Edición. Madrid: Ed. Harcourt; 2001. p. 50-120.
7. Enfermedades No Transmisibles y Discapacidades documento en Internet]. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud. Organización Panamericana de la Salud. 2010 [actualizado 6 septiembre 2013; citado 23 octubre 2013]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=771&Itemid=40030&lang=es
8. Forestier R, Françon A. Crenobalneotherapy for limb osteoarthritis: systematic literature review and methodological analysis. Joint Bone Spine. 2008;75(2):138-48.
9. Johnston M, Dieppe P. The Lequesne index in the efficacy of physiotherapy in the gonarthrosis? J Rheumatol. 2004;34(3):539-43.
10. Randall T, Schnitker J, Carr A. Physiatrist treatment and relation of Lequesne index and analgesic use to the pain in osteoarthritis of the knee. 2005;23(3):24-8.
11. Hochberg MC, Altman RD, Brandt KD. Guidelines for the medical management of osteoarthritis. Arthritis Rheum. 2003;38:1541-46.
12. Martín JE, García JA. Introducción a la Magnetoterapia. 1ra Edición. La Habana: Ed. CIMEQ; 2002. p. 35-41.
13. Riva Sanseverino E. Therapeutic effects of pulsed magnetic fields on joint diseases. Panminerva med. 1992;34(4):187-96.

14. Sosa Salinas U, Espinosa Rodríguez Y, Morfa Viamontes F. *Uso de la magnetoterapia en afecciones articulares y periarticulares. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatología [revista en Internet]. 1996 jun [citado 2013 sep 14];10(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-215X1996000100010&lng=es*
15. Rodríguez Martín J. M. *Electroterapia en Fisioterapia. Madrid: Ed Médica Panamericana; 2004. p. 78-113.*
16. Bodeker G, Ong CK, Grund, C, Burford G, Shein K. *WHO global atlas of traditional, complementary and alternative medicine: text volume. Kobe: Ed. World Health Organization, Centre for Health Development; 2005. p. 14-216.*
17. *Estudio diagnóstico criterios de clasificación de medicamentos en las Américas [documento en Internet]. Temas de salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2005 [actualizado 5 agosto 2013; citado 14 Septiembre 2013];10(1): Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/ad/ths/ev/CM-DiagnosticoClasificaciondeMedicEs.pdf>*

Los autores refieren no tener conflicto de intereses

Recibido: 21 de noviembre de 2013

Aprobado: 23 de diciembre de 2013

Contacto para correspondencia. *Dra. Hernández Martín Annia Daisy* **E-mail:** annia.hernandez@gal.sld.cu
Centro Especializado Ambulatorio Héroes de Playa Girón. Calle 63 e/ 6 y 8 NE. Cienfuegos. CP: 55 100.

ANEXO 1. Valoración funcional del paciente artrítico

Índice de la ARA (para fase aguda)

Recuento de articulaciones “clínicamente activas” definidas por la presencia de dolor a la presión y/o dolor a la movilización pasiva y/o inflamación. Se registra únicamente la presencia (1) o ausencia (0) del hallazgo clínico. Las articulaciones examinadas bilateralmente son:

- temporomandibular
- esternoclavicular
- acromioclavicular
- hombro
- codo
- muñeca (radiocarpiana, intercarpiana y carpo-metacarpiana como unidad)
- MCF (5 unidades)
- IF del pulgar, IFP e IFD de los dedos (8 unidades)
- cadera
- rodilla
- tobillo
- tarso, incluyendo subtalar, tarsal transversa y tarsometatarsiana como 1 unidad
- MTF (5 unidades)
- IF del dedo gordo del pie, IFP e IFD de los pies(4 unidades)

Puntuación máxima:

- Unilateral 32
Bilateral 68.

ANEXO 2. Escalas de clasificación de la capacidad funcional en la artritis reumatoide fases subaguda y de remisión (ARA 1949)

Clases

1. Capacidad funcional completa para realizar las actividades habituales sin dolor ni limitación.
2. Capacidad de realizar las actividades habituales a pesar de presentar dolor o limitación en una o más articulaciones.
3. Capacidad funcional restringida a pocas o ninguna de las actividades o únicamente al cuidado personal.
4. Incapacidad. Enfermos confinados en la cama o en una silla, dependientes totalmente.