

Principios del tratamiento rehabilitador en la artritis reumatoide

Autor: Sánchez González, Mónica (Fisioterapeuta).

Público: Fisioterapeutas. **Materia:** Investigación. Área: Área de Investigación en Ciencias de la Salud - Fisioterapia. **Idioma:** Español.

Título: Principios del tratamiento rehabilitador en la artritis reumatoide.

Resumen

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inmunológica, la más significativa del grupo de las artritis inflamatorias. La AR afecta principalmente a las manos, articulaciones interfalángicas, metacarpofalángicas y muñecas, le siguen en frecuencia codos, hombros y rodillas. Provoca dolor y rigidez con posterior limitación y destrucción articular con deformidades. El dolor inicial se acompaña, generalmente, de debilidad muscular y más tarde hipotrofia. Todo lo anterior contribuye a la disfunción, cuya prevención y tratamiento es el principal objetivo de la rehabilitación y fisioterapia.

Palabras clave: Artritis reumatoide, tratamiento, fisioterapia.

Title: Principles of rehabilitation treatment in rheumatoid arthritis.

Abstract

Rheumatoid arthritis (RA) is an immunological disease, the most significant of the group of inflammatory arthritis. RA mainly affects the hands, interphalangeal joints, metacarpophalangeal and wrists, followed in frequency elbows, shoulders and knees. It causes pain and stiffness with posterior limitation and joint destruction with deformities. The initial pain is usually accompanied by muscle weakness and later hypotrophy. All of the above contributes to dysfunction, whose prevention and treatment is the main objective of rehabilitation and physiotherapy.

Keywords: Rheumatoid arthritis, treatment, physiotherapy.

Recibido 2016-12-09; Aceptado 2016-12-19; Publicado 2017-01-25; Código PD: 079036

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inmunológica, la más significativa del grupo de las artritis inflamatorias. Presenta alteraciones sistémicas (pleuropulmonares, cardíacas, neurológicas), pero las manifestaciones clínicas más importantes son del sistema musculoesquelético y precisan de tratamiento de fisioterapia.^{1,2,3}

La AR afecta principalmente a las manos, articulaciones interfalángicas, metacarpofalángicas y muñecas, le siguen en frecuencia codos, hombros y rodillas. Provoca dolor y rigidez con posterior limitación y destrucción articular con deformidades.^{1,3} El dolor inicial se acompaña, generalmente, de debilidad muscular y más tarde hipotrofia. Todo lo anterior contribuye a la disfunción, cuya prevención y tratamiento es el principal objetivo de la rehabilitación y fisioterapia.

PRINCIPIOS DEL DIAGNÓSTICO DE LA AR

Los criterios diagnósticos se muestran en la siguiente tabla y en cuanto al tratamiento farmacológico se utilizan: Analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos (AINE), corticoides e inmunosupresores.^{2,4}

Resumen de los criterios diagnósticos de Artritis reumatoide

- 1) Rigidez matutina articular
- 2) Inflamación simultánea de tres o más áreas articulares
- 3) Inflamación de las articulaciones de las manos
- 4) Inflamación simétrica (mismas áreas articulares)
- 5) Nódulos subcutáneos

- 6) Análítica positiva de “factor reumatoide”
- 7) Alteraciones radiográficas en manos, típicas de artritis reumatoide ^{4,5}

** Para ser diagnosticado de artritis, se deben de cumplir al menos cuatro de los siete*

PRINCIPIOS DE LA FISIOTERAPIA EN LA AR

De acuerdo a las características de ésta patología, se establecen los objetivos básicos de fisioterapia en esta patología ^{1,3}, como son:

- Controlar el daño articular y la sintomatología que de representa.
- Conseguir, mejorar o mantener la función (recorridos articulares, fuerza y destreza para las actividades de la vida diaria). ^{1,5,6}
- Facilitar el uso de las ayudas ortésicas necesarias para las diferentes funciones que presenten limitaciones (férulas, bastones, andadores, silla de ruedas etc). ^{1,3,5,6}

La fisioterapia individual contempla una serie de técnicas eficaces sintomáticamente, y entre las más utilizadas:

- Termoterapia, calor superficial en sus diferentes modalidades: Holdpacks, infrarrojos, parafina, parafangos, hidrocollator, baños calientes (incluyendo sustancias para aprovechar el efecto químico), almohadillas eléctricas, etc. ^{5,6} Este calor penetra unos pocos milímetros y permite elevar el umbral del dolor, produce sedación y analgesia, disminuye la rigidez articular y el espasmo muscular, facilita la movilidad en pequeñas articulaciones superficiales. ^{5,6,7} El calor profundo (diatermia, radar, onda corta) es igualmente útil en articulaciones y musculatura profunda, para disminuir las contracturas y mejorar los arcos de movimiento ^{6,7}
- Electroterapia, TENS por su facilidad de uso y efecto analgésico. Por supuesto resultan de similar o mayor eficacia las diferentes técnicas de baja, media y alta frecuencia. ^{6,7,8}
- Magnetoterapia, laserterapia y ultrasonidos también se citan en el contexto de la fisioterapia sintomática. ^{5,7}
- La cinesiterapia en fases de ausencia de inflamación es importante para mantener el rango articular, puede combinarse con piscina (hidrocinesiterapia) en cuyo caso se amplían los beneficios mejorando la condición física. Estas modalidades permiten tablas de grupos de pacientes de especial interés para programas de fisioterapia comunitaria. ^{7,8} Es básico la ficha individual de cada paciente en tanto que los programas de ejercicios activos y resistidos implican fuerza submáxima, cargas de bajo peso con intensidades medias, respetando los descansos entre contracciones y series de movimientos (interesa más la resistencia que la fuerza explosiva). ^{5,8}
- Actividad físico-deportiva terapéutica: Caminar, bicicleta, natación, sherpa (ritmos y tiempos programados acordes con constantes vitales controladas). ^{7,8} También está indicado el bailar (algunos estudios evidencia además del beneficio físico el efecto sobre la depresión y la ansiedad) aunque se recomienda ciertos grados de orientación médica o fisioterápica respecto al tipo de danza. ⁸
- Cuidados posturales y ortesis son recomendables en fases agudas y para mejorar la estabilidad y el alineamiento de ejes articulares. ^{8,9}

•

Bibliografía

- 1) Serra MR, Diaz J, Sande ML. Fisioterapia en traumatología, ortopedia y reumatología. Barcelona: Springer 1997
- 2) Ruof J, Hülsemann JL, Stucki L. Evaluation of costs in rheumatic diseases: a literature review. *Curr Opin Rheumatol* 1999;11:104-109
- 3) Möller TB, Refi E, Stara P. Atlas de anatomía radiológica. Madrid: Marban 1994
- 4) Narbona A. Fisioterapia y salud pública. En: Serra MR, Diaz J, Sande ML. Fisioterapia en traumatología, ortopedia y reumatología. Barcelona: Springer 1997
- 5) Wolfe F, Kleinheksel SM, Spitz PQ, Lubeck DP, Fries JF, Young DY, et al. A multicenter study of hospitalization in rheumatoid arthritis: effect of health care system, severity, and regional difference. *J Rheumatol* 1986;13:277-284
- 6) Miranda JL. Rehabilitación médica. Madrid: Grupo aulas Médica 2004
- 7) Lugo LH, Arbelaez JA, Payarés K, Ramírez LA, Uribe A. Rehabilitación en artritis reumatoides. Guías de prácticas clínicas basadas en la evidencia basada. 2010
- 8) Lugo LH, Arbelaez JA, Payarés K, Ramírez LA, Uribe A. Rehabilitación en artritis reumatoides. Guías de prácticas clínicas basadas en la evidencia basada. Elsevier 2007
- 9) Hochberg MC, Chang RW, Dwosh I, Lindsey S, Pincus T, Wolfe F. The American College of Rheumatology 1991 revised criteria for the classification of global functional status in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 1992; 35(5):498-502