

SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE REUMATOLOGIA

ARTRITIS REUMATOIDE:

*Guía de la enfermedad
para el paciente*



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGIA

ARTRITIS REUMATOIDE:

Guía de la enfermedad para el paciente

Coordinador:

Dr. F. Javier Ballina

Autores:

Dr. Rafael Ariza

Dr. F. Javier Ballina

Dra. Loreto Carmona

Dr. Eugenio de Miguel

Dra. Alicia García

Dra. Rosario García de Vicuña

Dr. Indalecio Monteagudo

Dr. Antonio Naranjo

Dr. Alejandro Olive

Dr. José Luis Riestra

Dr. José Carlos Rosas

Dr. Raimon Sanmartí

Dr. Jesús Tornero

Dr. Eduardo Úcar

Dr. Javier Vidal

© de la presente edición: los autores

Coordinación editorial:



Jarpyo Editores, S.A.

Antonio López Aguado, 4. 28029 Madrid.

Telf. 91 314 43 38 -- 91 314 44 58

e.mail: editorial@jarpyo.es

url: www.jarpyo.es

Depósito legal: M-2375-2006

No está permitida la reproducción total o parcial del presente libro, ni su tratamiento informático, ni su transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro u otros métodos, sin el permiso preciso y por escrito de los titulares del Copyright.

índice de temas:

¿Qué es la artritis y qué tipos existen?	9
Dr. Jesús Tornero Molina	
¿Qué síntomas tiene la artritis reumatoide?	16
Dr. Antonio Naranjo	
¿Qué frecuencia tiene la artritis reumatoide? ¿Qué factores pueden favorecer su aparición?	25
Dra. Loreto Carmona	
¿Cómo se diagnostica?	34
Dr. José C. Gómez de Salazar	
¿Cómo evoluciona la enfermedad y qué pronóstico tiene?	41
Dr. Eduardo Úcar Angulo	
¿Se puede hacer un diagnóstico precoz?	48
Dra. Alicia García López	
¿Qué tipo de medicamentos existen para tratar la artritis reumatoide?	56
Dr. Raimon Sanmartí	
¿Existen otros tratamientos en esta enfermedad?	63
Dra. Rosario García de Vicuña	
Mitos y realidades de la artritis reumatoide	74
Dr. F. Javier Ballina	
Artritis reumatoide en los niños	90
Dr. Indalecio Monteagudo Sáez	
¿Qué importancia socioeconómica tiene la enfermedad?	101
Dr. Rafael Ariza Ariza	

¿Qué repercusión tiene la artritis reumatoide en la vida familiar?	109
Dr. José Luis Riestra Noriega	
¿Qué repercusión tiene en la vida social de las personas?	117
Dr. Alejandro Olive Marqués	
Dolor y artritis	125
Dr. Javier Vidal Fuentes	
Papel del reumatólogo en la artritis	134
Dr. Eugenio de Miguel	
Guía de medicaciones en la artritis reumatoide	142
Dr. F. Javier Ballina	
Guía de ejercicios en la artritis	150

índice de preguntas de los pacientes:

¿Qué diferencias existen entre la artritis y la artrosis?	12
¿Existe alguna relación entre la dieta y la artritis?	15
¿La artritis afecta a los órganos internos o son los medicamentos?	23
¿Por qué siempre me encuentro cansado?	24
¿Tienen las infecciones bucales algo que se relacione con la aparición de la enfermedad?	30
¿El tabaco perjudica la artritis?	31
¿Cómo influye el clima? ¿Influye más el frío o el calor?	39
¿Por qué no me hacen un scanner, si son más demostrativos que las radiografías?	40
¿La enfermedad puede haber cambiado mi carácter? ¿Son normales los cambios de ánimo?	46
¿Existe alguna forma de prevenir las enfermedades reumáticas? ..	47
¿Es mejor el reposo o el ejercicio?	52
¿Me voy a recuperar de la artritis o acabaré en una silla de ruedas?	52
¿Puede la suspensión del tratamiento provocar una reactivación de la enfermedad?	61
¿Existe un tratamiento que cure esta enfermedad?	62
¿Cuánto dura una prótesis de rodilla?	72
¿Son buenos los balnearios?	73
¿Qué es un ensayo clínico? ¿Debo participar en ellos?	81

¿Funcionan las llamadas terapias alternativas en la artritis reumatoide?	82
¿Los niños pueden llegar a superar estas enfermedades reumáticas?	99
¿Qué deben saber los profesores de los niños escolarizados con artritis juvenil?	99
¿Qué diferencia hay entre una minusvalía y una incapacidad?	107
¿Qué pasa si me salto una dosis del tratamiento?	108
¿Cómo podemos los familiares ayudar a las personas con artritis?	113
Si son tan útiles, ¿por qué no se trata a todos los pacientes con los medicamentos biológicos?	114
¿Puedo hacer algún deporte?	123
¿Me perjudica viajar?	124
¿Ser una persona nerviosa influye en el dolor reumático de artritis reumatoide?	133
¿La obesidad es problemática en esta enfermedad?	133
¿Cómo puedo cuidar mis articulaciones?	139
¿Qué ejercicios debe realizar el paciente con artritis reumatoide?	140
¿Qué debe saber el cuidador de una persona con artritis?	140

Testimonios de los pacientes:

Testimonio de un paciente con artritis reumatoide	32
Diagnóstico: poliartritis reumatoide, en el año 1988	53
La artritis desde el punto de vista femenino	84
Diagnóstico: artritis reumatoide juvenil	115

PRÓLOGO

Una de las principales solicitudes de los pacientes y usuarios de la sanidad hacia los expertos, en cualquier disciplina médica, es la información. Los pacientes y la opinión pública, muy sensibilizados en estos momentos ante todo aquello que signifique salud, demandan datos y conocimientos de lo que les afecta o les puede afectar. Sin embargo, en el mundo actual, a pesar de que las comunicaciones discurren con enorme facilidad, no está garantizada la calidad de dicha información médica, y con frecuencia existen problemas de veracidad, de fiabilidad o de actualización de los datos sanitarios

La artritis reumatoide es una enfermedad paradigma de esta situación. Se trata de una de las principales afecciones que afectan a los pacientes reumáticos, y produce graves perjuicios económicos y en la calidad de vida de aquellos que la padecen. Sin embargo, afortunadamente, su realidad ha cambiado de forma muy notable en los últimos años. Sirva como ejemplo el conocimiento de la importancia del diagnóstico precoz o la mayor eficacia de los tratamientos de los que disponemos.

La Sociedad Española de Reumatología, constituida por los expertos españoles en las enfermedades del aparato locomotor, ha decidido dar luz a esta actualizada guía para pacientes con artritis reumatoide, convencida de estar en la mejor situación para brindar información sobre las enfermedades reumáticas, con la calidad y la rigurosidad que los pacientes necesitan.

Deseamos, finalmente, expresar nuestro agradecimiento a Aventis, laboratorio farmacéutico comprometido con el tratamiento de los pacientes de artritis

reumatoide, y que se ha brindado generosamente a patrocinar el desarrollo de esta obra, y su difusión entre aquellos que padecen tan antigua y severa enfermedad.

JESÚS TORNERO

Presidente de la SER

F. JAVIER BALLINA

Vicepresidente y Coordinador
del Comité de Asuntos Externos y Difusión

¿Qué es la ARTRITIS Y QUÉ TIPOS EXISTEN?


Dr. Jesús Tornero Molina

*Presidente de la Sociedad Española de Reumatología.
Jefe de Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario de Guadalajara.
Profesor Asociado. Departamento de Medicina.
Universidad de Alcalá*

¿Qué es la artritis?

En los tiempos antiguos de la Medicina, la “artritis” (o quizá en nuestro lenguaje coloquial lo podíamos entender como “reuma”) se consideraba como una única enfermedad, contra la cual “poco se podía hacer”, salvo aconsejar la toma de colchicina o derivados de la corteza del sauce, y esperar. Grandes personajes de la historia, como el emperador Carlos I o su hijo Felipe II, sufrieron, en su tiempo, las consecuencias de una forma particular de esta dolencia (lo que conocemos como gota) y, en el caso del primero, amargó sin duda alguna sus últimos días de vida en el Monasterio de Yuste, a pesar de que la armonía y belleza de ese retiro espiritual de quien había sido el dueño y señor del mundo harían esperar todo lo contrario.

En nuestros días, a pesar del gran avance que ha sufrido el conocimiento y la clasificación de esta área de la Medicina, la de la Reumatología, es sorprendente comprobar cómo la sociedad que nos rodea no percibe en toda su inmensidad, quizá compleja, el gran esfuerzo realizado por la ciencia médica para diferenciar procesos, establecer sus causas o mecanismos de producción y otorgar a los mismos una solución cada vez más satisfactoria (figura 1). Ésta, en el área que desarrollamos en el presente libro, pasa indudablemente por la disponibilidad de medicamentos con una gran capacidad de reducir signos y síntomas inflamatorios, de retrasar la

A portrait of Felipe II, King of Spain, wearing a black cap and a white ruff collar. The portrait is partially obscured by the text on the left.

Felipe II sufrió las consecuencias de una forma de esta dolencia, la que conocemos como gota

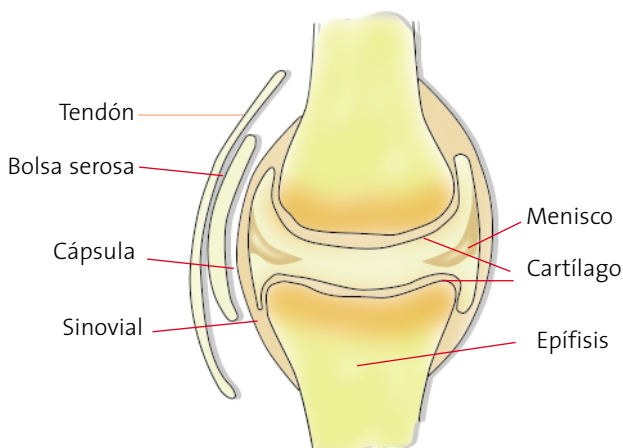


Figura 1. Esquema de una articulación normal.

progresión del daño estructural y de mejorar la capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud.

El término “artritis” incluye todas aquellas enfermedades reumáticas en las que el proceso desencadena inflamación. En la descripción clásica de Celso, la inflamación suponía la aparición en una o varias

articulaciones de hinchazón, enrojecimiento, aumento de la temperatura cutánea, dolor e incapacidad funcional. Si la intensidad de la inflamación es alta y mantenida podemos encontrarnos con alteraciones generales: fiebre o febrícula, cansancio y fatigabilidad fácil, pérdida del apetito y adelgazamiento. Si se afecta una sola articulación hablamos de monoartritis. Si el sufrimiento se localiza en menos de cuatro estaremos ante una oligoartritis, y si son más las articulaciones afectadas lo designaremos como poliartritis. En cualquier caso el proceso podrá ser migratorio o aditivo, agudo, crónico o intermitente.

En cualquiera de los casos el proceso inflamatorio puede ser susceptible de resolución completa, sin daño residual, tras su ejecución. En otras situaciones, el propio mecanismo de desencadenamiento de la artritis, si no se ataja a tiempo, podría dejar una lesión y sus secuelas de daño estructural.

Hay situaciones de la vida cotidiana del paciente y sus médicos en los que la detección de la existencia de inflamación articular es fácil y sencilla. En otras, sin embargo, no sucede así y eso indica, una vez más, la necesidad cotidiana de disponer de profesionales médicos reumatólogos habituados a la evaluación de este tipo de situaciones. Personas con conformaciones especiales de su aparato locomotor (obesidad, gran robustez) pueden ser difíciles de evaluar en el sentido de si sus síntomas son o no atribuibles a artritis. En estos casos se hace imprescindible la evaluación por el especialista adecuado, el cual realizará el examen pertinente, profesional y metódico. Se apoyará para su juicio diagnóstico, si es preciso, en pruebas complementarias, que incluirían análisis de laboratorio y exámenes de radiología simple.

¿Qué tipos existen de la artritis?

Son múltiples las causas que pueden ocasionar en una persona la presencia de artritis:

- a) las infecciones: la fiebre de Malta, la tuberculosis, algunas otras bacterias y los virus pueden ser responsables del cuadro, siendo más raro en nuestro medio que los agentes responsables sean los hongos o los parásitos;
- b) el depósito de cristales: en la sangre, algunos componentes, como el urato o el pirofosfato, tienen un límite de solubilidad, sobrepasado el cual se precipitan en múltiples órganos y fundamentalmente en las articulaciones, originando importantes conflictos de salud a las personas que las padecen;
- c) los trastornos de base genética y agrupación familiar “fuerte”: el grupo de las espondiloartritis incluye un conjunto de enfermedades en las que se afecta la columna vertebral y las articulaciones de los miembros, con asociación a un marcador de los genes, y que pueden afectar a la vez al ojo, la piel, el intestino y el sistema genitourinario;
- d) las enfermedades autoinmunes: son aquellas en las que el propio sistema inmune (el que nos defiende en condiciones normales de la posible agresión de agentes externos, generalmente de microbios) deja de reconocer como propios algunos componentes del organismo, articulaciones y otros órganos, y los lesiona y hace enfermar (aquí incluiríamos la artritis reumatoide, el síndrome de Sjögren, el lupus eritematoso sistémico, la esclerodermia, algunas enfermedades inflamatorias del músculo esquelético y las vasculitis);
- y e) otro grupo amplio, poco habitual, de casos de artritis que aparecen en relación con el cáncer, las enfermedades de las glándulas endocrinas (tiroides fundamentalmente), los trastornos del metabolismo de los lípidos (colesterol y triglicéridos) y algunas enfermedades de la sangre, entre otras.

PARA RECORDAR

- 1 La artritis es conocida por el hombre desde la Antigüedad.
- 2 El término “artritis” incluye todas aquellas enfermedades reumáticas en las que el proceso desencadena inflamación.
- 3 Son múltiples las causas que pueden ocasionar en una persona la presencia de artritis.
- 4 Si se trata a tiempo, el proceso inflamatorio puede ser susceptible de resolución completa, sin daño residual.



Preguntas de los pacientes

respondidas por el Dr. Jesús Tornero Molina
*Presidente de la Sociedad Española de Reumatología.
Jefe de Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario de Guadalajara.
Profesor Asociado. Departamento de Medicina.
Universidad de Alcalá*



> *¿Qué diferencias existen entre la artritis y la artrosis? (tabla 1)*

La Sociedad Española de Reumatología realizó en el año 2000 una encuesta sobre la frecuencia de presentación de las enfermedades reumáticas en España, el estudio EPISER. Como resultado del citado estudio se apreció que la artrosis tenía una frecuencia de presentación, especialmente en sus localizaciones en rodilla y en articulaciones de las manos, muy superior a la forma de artritis que se evaluó preferentemente, a saber, la artritis reumatoide.

La artrosis (figura 2) es una enfermedad degenerativa de las articulaciones que puede afectar a la columna cervical y lumbar, a las articulaciones de los nudillos de los dedos, las caderas, las rodillas y el primer dedo del pie, entre otras. Ocasiona dolor que llamamos mecánico; al menos en las primeras fases de la enfermedad el sufrimiento doloroso sólo aparece cuando solicitamos la articulación para hacer un esfuerzo, estar de pie, caminar, hacer algo con las manos. No suele existir inflamación, aunque la articulación puede aumentar su diámetro, especialmente en los dedos, por un crecimiento del hueso en los márgenes. La rigidez articular, es decir, la dificultad para reanudar una actividad de movilidad de la articulación, tras un período de descanso, suele ser local, transitoria y pasajera y limitarse a la localización articular enferma. Las pruebas analíticas son normales; si se

Las figuras 2 y 3 pertenecen al Banco de Imagen de la Sociedad Española de Reumatología y han sido realizadas por los Dres. Beltrán Fabregat y Pascual Gómez.

Tabla 1

DIFERENCIAS ENTRE ARTRITIS Y ARTROSIS

ALTERACIÓN	ARTROSIS	ARTRITIS
Cartilago articular	Degenera, se ulcera, se adelgaza y puede desaparecer	Puede afectarse pero de forma secundaria
Membrana sinovial	Episodios ocasionales de inflamación pueden aparecer	Enferma primariamente con capacidad invasiva del hueso y capacidad destructiva
Hueso paraarticular	Se compacta y se vuelve más denso Crece en los márgenes: osteofitos	Osteoporosis Erosiones
Capsula articular	Engrosamiento y fibrosis	Inflamación

extrae líquido de la articulación enferma, éste muestra las características habituales del líquido mecánico (pocas células y puede conservar algo de viscosidad). La radiología simple suele ser muy orientativa, encontrando estrechamiento del espacio articular, compactación y eburnización del hueso subcondral (que se ve más blanco en las radiografías) y crecimiento del hueso en los márgenes de los huesos de la articulación (los llamados osteofitos).

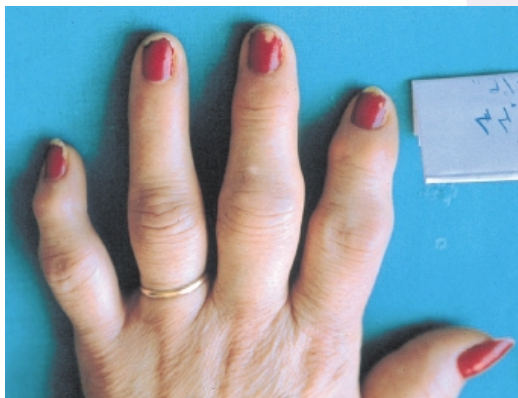


Figura 2. Artrosis en manos.

La artritis, y especialmente la que constituye el objetivo de divulgación del presente libro, la artritis reumatoide (figura 3), muestra características diferenciales con la artrosis. El dolor articular inflamatorio suele ocupar toda la jornada diaria de la vida del paciente. Aunque empeora con el

ejercicio y la actividad, también existe en reposo e, incluso, es de máxima intensidad durante la noche. Puede acompañarse de algunas décimas o de fiebre franca y de cansancio y fatigabilidad; todos estos síntomas no se observan nunca en la artrosis. En la artritis reumatoide la rigidez es más intensa por la mañana al levantarse y suele durar más de media hora y ser generalizada. También es muy característico de la artritis la aparición precoz de atrofia en los músculos que rodean a la articulación inflamada, especialmente en manos y en la rodilla.



La artrosis, salvo en las articulaciones de los nudillos de los dedos y en las rodillas, no suele alterar los ejes de la articulación. La artritis reumatoide produce con una gran facilidad desviaciones y deformaciones.

Figura 3. Artritis reumatoide en manos.

Las articulaciones en las que se localiza cada una de las enfermedades también son distintas. En la artritis reumatoide la localización incluye situaciones inhabituales para la artrosis primaria, como son las articulaciones escapulohumerales, el codo, las metacarpofalángicas y los tobillos. Las pruebas de laboratorio muestran, frente a la artrosis, alteraciones que nos ayudan y permiten detectar la existencia del reflejo de la inflamación en los análisis. Puede verse elevada la velocidad de sedimentación de la sangre o aparecer anemia. Asimismo, las radiografías del esqueleto demuestran alteraciones orientativas, entre las que incluiríamos el engrosamiento de las partes blandas, la osteoporosis (es decir, la descalcificación, que hace que el hueso se vea más negro) en las zonas cercanas a la unión articular y, también, las erosiones, desviaciones y destrucciones articulares.

> ¿Existe alguna relación entre la dieta y la artritis?

Hay una forma de artritis, la gota, en la que la relación con la dieta puede ser clara. Los alimentos ricos en purinas (mariscos y vísceras animales) y el alcohol presentan una relación clara con la enfermedad, ya que contribuyen a la elevación de las cifras de ácido úrico en la sangre y también pueden actuar como factor precipitante de un episodio de artritis aguda.

En la artritis reumatoide no parece existir una clara relación del proceso con ningún alimento en particular a la hora de tener en cuenta su aparición y perpetuamiento. Se ha discutido si las dietas ricas en ácidos grasos insaturados (por ejemplo, los que abundan en los pescados azules) podría influir sobre el control y la progresión de la inflamación articular. No obstante, no existe un acuerdo universal sobre la utilidad de este tipo de alimentación para el tratamiento de la artritis.



2 ¿Qué síntomas tiene la ARTRITIS REUMATOIDE?


Dr. Antonio Naranjo

*Hospital Universitario Dr Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.
Profesor Titular de la Facultad de Medicina*

El dolor en las articulaciones grandes y pequeñas del cuerpo es el síntoma más frecuente en la artritis reumatoide. Este dolor es consecuencia de la inflamación de las articulaciones, que con frecuencia se puede ver a simple vista. La artritis reumatoide afecta a cualquier articulación periférica y a la columna cervical, quedando a salvo el resto de la columna. En la figura 2.1 se expone la frecuencia aproximada con la que se afectan las diferentes articulaciones. Los pacientes con dolor en todas las articulaciones, toda la columna y todos los músculos no son el prototipo de artritis reumatoide. Las articulaciones dañadas con más frecuencia son las muñecas, los nudillos, las articulaciones de los dedos, los codos, los hombros, las caderas, las rodillas, los tobillos y los dedos de los pies.

La inflamación, mantenida y no controlada, puede acabar dañando los huesos, ligamentos y tendones que hay alrededor, lo cual puede conducir a deformidad progresiva de las articulaciones y a pérdida de la capacidad para hacer algunas tareas de la vida diaria.

Lo más frecuente es que la artritis reumatoide comience con dolor e hinchazón en las pequeñas articulaciones de los dedos de las manos con rigidez o tirantez matutina que puede ser hasta de varias horas. Es característico que las molestias alivien con el movimiento y a lo largo del día. Los síntomas evolucionan en semanas o meses a una poliartritis simétrica, es decir, con dolor e hinchazón en ambas manos, rodillas, pies, etc.



El dolor es consecuencia de la inflamación de las articulaciones.

Con menor frecuencia comienza con hormigueo en ambas manos (síndrome del túnel del carpo) o dolor e hinchazón intermitente de una muñeca o una rodilla. Más raramente puede comenzar con pérdida acusada de peso o fiebre. En uno de cada 10 casos, el comienzo es agudo o rápido. Muchos pacientes pueden presentar cansancio, así como alteración del sueño y desánimo, todo ello relacionado con la intensidad del dolor y la inflamación.

Articulaciones de las manos

Es típica la afectación de pequeñas articulaciones de los dedos y de las muñecas (figura 2.2), con carácter bilateral. La hinchazón de la cara dorsal o extensora de la muñeca es muy típica de la artritis reumatoide. Con el tiempo, y de no realizarse un tratamiento adecuado, la articulación de la muñeca pierde la movilidad, inicialmente para la extensión. También es frecuente que estén inflamadas las articulaciones de los pequeños huesos del carpo por delante de las muñecas.

Con el paso de los años pueden aparecer deformidades, sobre todo en los casos más graves, como desviación de los dedos.

En algunos pacientes pueden producirse roturas tendinosas de los extensores de los dedos, lo cual provoca dificultad para extender o estirar el dedo meñique y a veces los dedos anular y corazón. A veces, el dolor de los dedos de la mano es producido por inflamación de las vainas de los tendones en la zona de la palma, provocando gran dificultad para cerrar los dedos, que se traban y que se conocen como dedos en resorte.

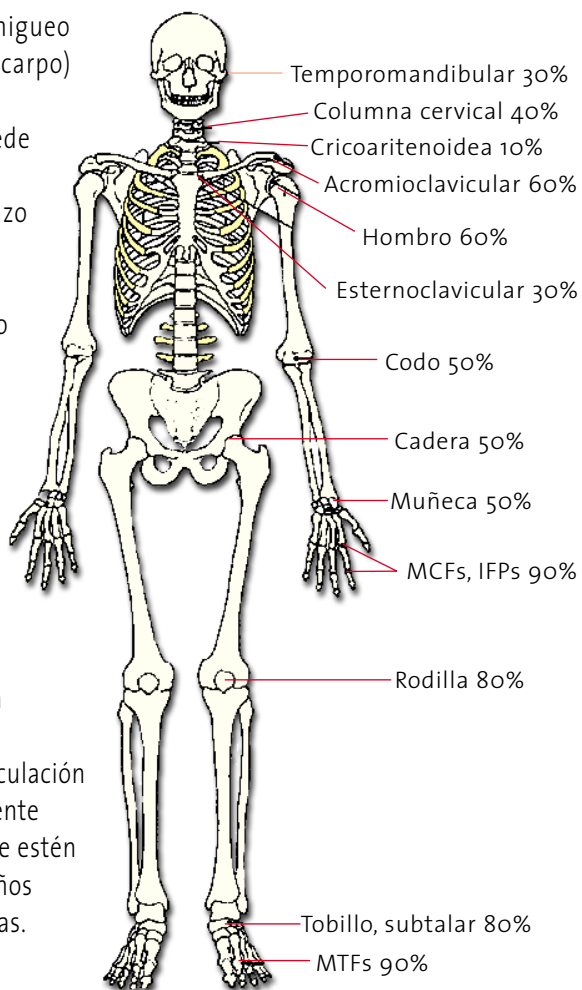


Figura 2.1
Frecuencia aproximada con la que se afectan las diferentes articulaciones en la artritis reumatoide. Banco de la imagen de la SER.

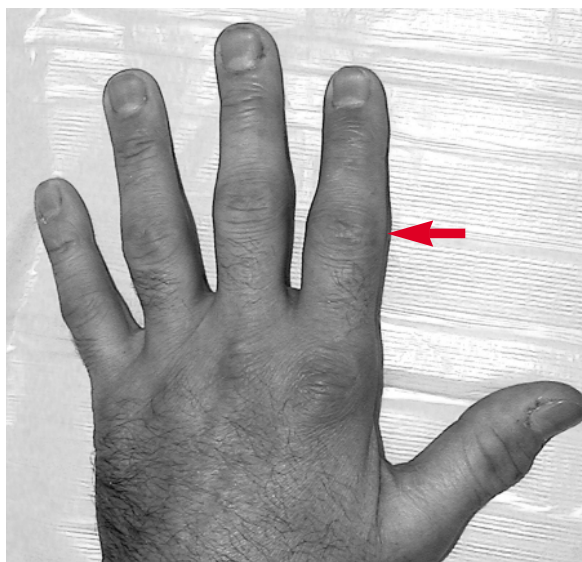


Figura 2.2

Inflamación de las articulaciones de los dedos (interfalángicas proximales) indicada por la flecha.

En la cara palmar de la muñeca la inflamación puede comprimir el nervio mediano, dando lugar a hormigueo y pérdida de sensibilidad en los dedos pulgar, índice y corazón, especialmente cuando las manos están en reposo, como, por ejemplo, acostado en la cama o en la misma postura durante largo rato.

Articulación del hombro

A menudo los pacientes se quejan de dolor de hombros y limitación para las actividades de la vida diaria, como vestirse, lavarse la espalda y levantar los brazos para alcanzar objetos. Es típica la tendinitis y la bursitis, que en ocasiones evoluciona a la rotura de los tendones.

Articulación del codo

El codo está frecuentemente afectado en la artritis reumatoide, desarrollándose precozmente contractura en flexión del codo (limitación para estirarlo del todo). También podemos encontrar hinchazón en la cara posterior del tamaño de una nuez, correspondiente a una bursitis, así como nódulos reumatoides.

Articulación de la cadera

El compromiso de la articulación de la cadera suele ser bilateral y aparece en las formas más graves de la enfermedad, con dolor en la ingle y en la nalga de ese lado, conduciendo a dificultad para andar, levantarse de un asiento y, por supuesto, subir y bajar escaleras.



Figura 2.3

Inflamación de primer y quinto dedos del pie indicada por flechas (articulaciones metatarsofalángicas).

Articulación de la rodilla

La rodilla se afecta con mucha frecuencia y en ocasiones es la forma de comienzo de la enfermedad como única manifestación. La inflamación crónica puede conducir a contractura en flexión (dificultad para estirla del todo) y atrofia muscular del muslo. Puede haber cojera o dificultad para andar. En la parte posterior de la rodilla puede aparecer hinchazón, conocida como quiste de Baker, resultado del aumento de líquido sinovial en una bursa o cavidad comunicante con la articulación. En ocasiones, el quiste puede romperse y provocar un cuadro parecido al de una tromboflebitis, con dolor y aumento de tamaño de la pantorrilla.

Articulaciones del pie

Las articulaciones metatarsofalángicas (donde nacen los dedos) están casi siempre afectadas en la artritis reumatoide, conduciendo a callosidades en la parte de apoyo de los dedos en la planta del pie (figura 2.3). Los pacientes sufren a menudo dolor en dicha zona, como sensación de tener piedrecitas o cristales, sobre todo por las mañanas; a veces incluso llegan a cojear, y se sienten incómodos con muchos zapatos. Los dedos pueden deformarse a la larga, por ejemplo, el primero como un “juanete”. En el tobillo puede haber artritis y también tendinitis, tanto de la cara interna como de la externa, así como de la zona posterior o tendón de Aquiles. En fases avanzadas puede aparecer deformación del talón del pie y tendencia a pie plano.

Articulaciones de la columna cervical

La columna cervical se afecta a menudo en estos pacientes, que se quejan de dolor en el cuello coincidiendo con dolor en otras articulaciones, como las manos, sobre todo por las mañanas, mejorando a medida que pasa el día. La lesión más típica es la luxación de la primera y segunda vértebras cervicales, por rotura de un ligamento que en casos graves de artritis puede conducir a compresión de la médula espinal. El síntoma más frecuente de esta luxación es el dolor de cuello justo en la parte posterior de la cabeza, mientras que la debilidad de las piernas y los problemas urinarios sugieren que la luxación es grave.

Otras articulaciones

El dolor matinal al masticar alimentos es típico de la artritis de las temporomandibulares. La inflamación de las articulaciones cricoarritenoideas de la laringe es rara y puede producir ronquera o dificultad para respirar.

Manifestaciones fuera de las articulaciones

Otros síntomas poco frecuentes pueden tener que ver con alteraciones de la enfermedad a otros niveles o con efectos poco deseables de los tratamientos que se utilizan. Lo más frecuente es que sean independientes, pero hay que contar al reumatólogo síntomas como: fiebre inexplicable, cansancio fácil, dolor de cuello intenso y persistente, hormigueos en manos o pies, ronquera mantenida sin notar catarro, sensación de falta de aire con los esfuerzos, tos continua, dolor en el pecho o en los costados, sequedad de la boca, enrojecimiento o sensación de arenilla en los ojos, picor vaginal, manchas o bultos en la piel o diarrea persistente.

Aunque la localización fundamental de las lesiones producidas por la artritis reumatoide es en la membrana sinovial de las articulaciones, a veces se pueden alterar otras estructuras. Se denominan manifestaciones extraarticulares a las que son debidas a la artritis reumatoide pero afectan a órganos diferentes de las articulaciones. La más frecuente la constituye los nódulos reumatoides, presentes en uno de cada 4 pacientes con artritis reumatoide. Son bultos debajo de la piel de un tejido inflamatorio y cicatricial característicos de los pacientes con factor reumatoide en suero positivo, y, por tanto, son la consecuencia de la actividad de la enfermedad (figura 2.4). Los nódulos no son dolorosos, apareciendo en zonas de roce, sobre todo en codos, en la cabeza, dedos de las manos y en los talones. También se pueden localizar en el interior del organismo, aunque

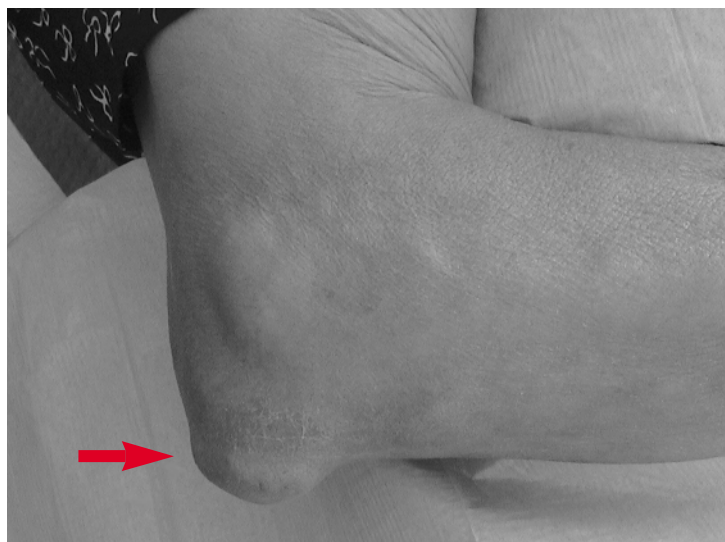


Figura 2.4

Nódulo reumatoide en el codo (flecha).

raramente producen lesiones de relevancia para la salud. A veces pueden aparecer en el pulmón, en la válvula mitral del corazón o en las cuerdas vocales de la laringe. Muchas veces los nódulos se quitan solos con el tratamiento, aunque ocasionalmente hay que eliminarlos con cirugía.

Las lesiones de vasculitis son raras y se caracterizan por líneas de hemorragia cerca de las uñas y a veces coloración oscura de un dedo o úlceras crónicas en las piernas. La enfermedad puede producir en algunos casos inflamación de una membrana que rodea al corazón, el pericardio, conduciendo a pericarditis, y más rara vez a problemas en las válvulas del corazón. También puede haber inflamación y fibrosis en el pulmón o inflamación de la membrana que lo rodea (la pleura), especialmente cuando es una artritis más grave. Es posible encontrar nódulos reumatoides en el pulmón, que a veces se confunden con tumor.

Las manifestaciones oculares propias de la artritis reumatoide son raras, siendo la más grave y dolorosa la escleritis. El síntoma más frecuente en los ojos es la sensación de tierra por ojo seco, que se produce por inflamación y atrofia de las glándulas productoras de lágrimas en algunos pacientes que llevan años con la enfermedad. Se le denomina síndrome de Sjögren secundario a artritis reumatoide y produce sequedad de la piel y de las mucosas con disminución de lágrimas, saliva, jugos digestivos o flujo vaginal.

PARA RECORDAR

- 1** Con frecuencia, la artritis reumatoide comienza con dolor e hinchazón en las pequeñas articulaciones de los dedos de las manos.
- 2** Es característica la rigidez o tirantez matutina que puede ser hasta de varias horas y que alivia con el movimiento, a lo largo del día.
- 3** La inflamación, mantenida y no controlada, puede acabar dañando los huesos, ligamentos y tendones, lo cual puede conducir a deformidad progresiva de las articulaciones y a pérdida de la capacidad para hacer las tareas de la vida diaria.
- 4** Se denominan manifestaciones extraarticulares a las que son debidas a la artritis reumatoide, pero afectan a órganos diferentes de las articulaciones.



Preguntas de los pacientes

respondidas por el Dr. Antonio Naranjo
Hospital Universitario Dr Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.
Profesor Titular de la Facultad de Medicina



> *¿La artritis afecta a los órganos internos o son los medicamentos?*

La artritis reumatoide puede afectar a los órganos internos, aunque es muy poco frecuente. Algunos pacientes tienen inflamación de la membrana que rodea al pulmón, la pleura, lo cual no reviste gravedad. En algunos casos con mucho tiempo de evolución de la enfermedad, puede presentarse fibrosis del pulmón. Más raramente disminución de la cifra de glóbulos blancos (leucocitos) y aumento de tamaño de una víscera abdominal, el bazo, lo que conforma el llamado síndrome de Felty.

Otras veces las lesiones de órganos internos son debidas a medicamentos. El metotrexato excepcionalmente puede producir inflamación del hígado (generalmente leve) y del pulmón (neumonitis). La leflunomida también puede provocar inflamación del hígado. Otros medicamentos, como los antiinflamatorios y la ciclosporina, pueden provocar alteración de la función de los riñones. En realidad, los efectos adversos por los medicamentos se producen en todas las enfermedades y la artritis reumatoide no iba a ser menos. Afortunadamente, los reumatólogos están muy capacitados para prevenir y detectar a tiempo las complicaciones que pueden producir los medicamentos empleados para mejorar la artritis.

> *¿Por qué siempre me encuentro cansado?*

Los enfermos que sufren artritis reumatoide pueden quejarse de cansancio con cierta frecuencia, sobre todo en las fases de aumento del dolor y la hinchazón de las articulaciones, que puede acompañarse de anemia. Otras veces el cansancio es debido a los efectos adversos de algunos fármacos. Cuando el dolor y la hinchazón de las articulaciones mejora y se normalizan los valores de los análisis de sangre, es habitual que ceda el cansancio. Si continúa, debe pensarse en otra enfermedad o problema asociado: fibromialgia, hipotiroidismo (funcionamiento muy débil del tiroides), enfermedad muscular y otras.



¿Qué frecuencia tiene la ARTRITIS REUMATOIDE? ¿Qué factores pueden FAVORECER SU APARICIÓN?

Dr^a. Loreto Carmona

*Unidad de Investigación.
Fundación Española de Reumatología*

Aproximadamente, cinco de cada mil personas padecen artritis reumatoide en el mundo – el 0,5% de la población –, siendo una de las llamadas enfermedades inflamatorias más frecuentes. A las personas a quienes más afecta la enfermedad son a las mujeres entre 40 y 50 años, casi cuatro por cada hombre afectado. Salvo en algunas zonas de África, la artritis reumatoide está presente en todas las zonas del mundo en las que se ha estudiado, y siempre en frecuencias más o menos variables entre el 0,2% y el 2% de la población. En

algunos asentamientos humanos, en especial en tribus cerradas de indios americanos o de esquimales, la frecuencia se dispara, mientras que en países del entorno mediterráneo y en Asia la frecuencia de artritis reumatoide es más baja, especialmente en Asia.

Curiosamente, cuando se ha medido la frecuencia de artritis entre emigrantes de países concretos en países occidentales, se ha encontrado que la frecuencia está más dentro del rango de la del país de origen que la del país de acogida. Son las diferencias en la frecuencia de la enfermedad lo que hace sugerir la existencia de factores hereditarios o genéticos, y en parte medioambientales, en la aparición de la enfermedad.



Se han estudiado muchos genes en relación a la artritis reumatoide, la mayoría en relación con células y moléculas implicadas en la defensa del organismo – inmunidad –, pero aún queda por explicar más de la mitad de la heredabilidad de esta enfermedad. Si bien queda clara la existencia de un componente genético, la frecuencia de artritis reumatoide entre miembros de una misma familia no es la que cabría esperar al tratarse de una enfermedad de las llamadas autoinmunes, todas ellas altamente heredables. Si, por ejemplo, un gemelo tiene artritis reumatoide, la probabilidad de que el otro la presente es elevada, pero no absoluta. A pesar de existir todo un campo de estudio en genética de la artritis reumatoide, el estado actual del conocimiento en la genética de esta enfermedad es tal que no sabemos exactamente ni en qué genes puede estar el fallo – aunque hay varios candidatos –, ni si la genética en realidad predispone a padecer la enfermedad o a mayor gravedad una vez contraída.

Para poder entender mejor el componente genético de la artritis reumatoide, se ha estudiado su relación con otras enfermedades y se ha buscado la relación entre genes que sí se han visto implicados en estas otras enfermedades y la artritis reumatoide. Es curioso ver cómo la diabetes o las enfermedades autoinmunes del tiroides son muy frecuentes entre los pacientes con artritis reumatoide y sus familiares, mientras que otras enfermedades son aparentemente menos frecuentes que las esperadas en la población general, como la atopia o la esquizofrenia. No obstante, el significado de estos hallazgos es aún incierto.

Hay factores no genéticos para los que también se ha encontrado una relación con la artritis. Parece ser, por ejemplo, que las hormonas femeninas juegan algún papel protector, dado que tanto los anticonceptivos como el embarazo se asocian a veces con una disminución del riesgo de artritis reumatoide, o quizás la pospongan, mientras que la menopausia y el post-parto son una época de riesgo de enfermedad y más aún la lactancia de un segundo hijo. Por supuesto, esto no quiere decir que mujeres todavía reglando no puedan contraer la enfermedad. De hecho, y como ocurría con los factores genéticos, la relación entre hormonas femeninas y artritis reumatoide no es definitiva, pero siempre es más frecuente en mujeres post-menopáusicas. Es interesante conocer como el embarazo puede relacionarse con la enfermedad. Se ha visto que las mujeres nulíparas – esto es, que no han tenido hijos – tienen mayor riesgo de artritis, pero, por otra parte, las mujeres solteras no lo presentan. Es como si el riesgo estuviera más en relación con la fertilidad que con el hecho de tener embarazos o no. En cuanto al aumento de la frecuencia en mujeres en el post-parto, parece ser que pudiera estar relacionado con una hormona que se libera durante la lactancia del bebé, la prolactina,





que se ha visto que puede tener efecto pro-inflamatorio, o alguna respuesta anormal a esta hormona, probablemente en mujeres predisuestas genéticamente. En relación también con el papel de las hormonas como desencadenantes de la enfermedad, la artritis reumatoide es poco frecuente en hombres y además se ha visto que, bastantes de los que la padecen, tienen niveles más bajos de testosterona, la hormona masculina por excelencia. En cualquier caso, es difícil descubrir claramente la asociación entre hormonas y desencadenamiento

de la enfermedad, y ello por dos razones: porque las hormonas fluctúan mucho a lo largo de la vida y porque es muy difícil precisar cuándo empieza la artritis reumatoide.

Se han estudiado también factores antropométricos o constitucionales en relación con el riesgo de padecer artritis reumatoide. Un estudio reciente, por ejemplo, puso de manifiesto una asociación entre estar obeso y padecer artritis. El porqué de esta relación no está claro. Quizás no se trate de un factor de riesgo, sino una consecuencia de la enfermedad y la inmovilización a la que aboca. O es posible también que se deba a que las personas más obesas son también las que más estrógenos producen. No obstante, otro estudio posterior vio que la obesidad estaba indirectamente relacionada a través de otros factores de riesgo, como son el tabaquismo, la edad y el estado civil. Esto quiere decir que personas iguales con respecto a estos tres últimos factores no tenían más riesgo de padecer artritis reumatoide si además eran obesas.

Un factor para el que existe mucha evidencia de una relación con la artritis reumatoide son las infecciones. Se ha visto que en muchas poblaciones, la artritis reumatoide es cada vez menos frecuente (en algunas incluso se ha reducido a la mitad su frecuencia en los últimos 30 años), existiendo detrás de este declinar la hipótesis de su relación con una menor ocurrencia de infecciones por las mejores condiciones higiénicas. Otras evidencias de un agente infeccioso en el inicio de la enfermedad son la aparición de la artritis

reumatoide en aglomerados temporo-espaciales, exactamente como ocurre con las epidemias, aunque en menor escala, claro, y también el hecho de que personas que han recibido transfusiones de sangre están en mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. En este sentido, actualmente cada vez se vigilan más los agentes infecciosos en los productos de sangre, en especial, la hepatitis y el SIDA. Sin embargo, esto no era posible hacerlo en el pasado porque no se conocía este mecanismo de transmisión. Muchos han sido los gérmenes que se han identificado en algún momento como posibles desencadenadores de artritis reumatoide, como el virus de Epstein-Barr, los parvovirus y algunas bacterias (Proteus, Micoplasma). Sin embargo, es muy difícil establecer un vínculo definitivo con cualquiera de ellos, porque son muchas las personas que contraen estas infecciones y la mayoría no acaba padeciendo artritis reumatoide.

Los estudios que relacionan el tipo de dieta y la artritis son muy difíciles, ya que es habitual cambiar a menudo los alimentos más frecuentemente consumidos. No obstante, cada vez hay más evidencias de que las dietas ricas en ácidos grasos omega-3, esto es, las ricas en pescado, tienen un efecto favorable sobre la artritis reumatoide, disminuyendo la inflamación. Lo que no está claro es su relación con el inicio de la enfermedad. Cada vez hay más evidencia entre la relación entre las enfermedades cardiovasculares y la artritis reumatoide y que las dietas consideradas sanas, en general las que no abusan de carnes y grasas animales, tienen un efecto saludable no sólo en la prevención de enfermedades cardiovasculares y la diabetes, sino también en la prevención de la artritis reumatoide. En cuanto al consumo de productos lácteos o al consumo total diario de calorías, las evidencias son muy contradictorias, de modo que no se deben hacer aún recomendaciones al respecto.

Pero de todos los factores, es sorprendente que hasta hace poco tiempo no se hubiera estudiado en profundidad la relación entre el hecho de fumar y la aparición de la artritis, cuando el tabaco es uno de los factores de riesgo típicos estudiados en casi todas las enfermedades crónicas. Quizás se deba a que parece haber tanta distancia entre

el pulmón y las articulaciones. Pues bien, curiosamente, los datos, derivados en su mayoría de estudios de alta calidad metodológica, son contundentes: existe una asociación clara entre el consumo de tabaco y la presencia de artritis reumatoide. Ya se sabía que las personas fumadoras tenían con más frecuencia el factor reumatoide positivo, pero ahora además se ha demostrado que, dentro de las personas que tienen factor reumatoide positivo, las que fuman tienen mucho mayor riesgo de contraer la enfermedad.

PARA RECORDAR

- 1 Aproximadamente cinco de cada mil personas padecen artritis reumatoide en el mundo, especialmente las mujeres entre 40 y 50 años (casi cuatro mujeres por cada hombre afectado).
- 2 Las hormonas femeninas, al igual que los anticonceptivos y el embarazo, protegen contra la artritis reumatoide.
- 3 Las dietas ricas en ácidos grasos omega-3, esto es, las ricas en pescado, tienen un efecto favorable sobre la artritis reumatoide, disminuyendo la inflamación.
- 4 Existe una asociación clara entre el consumo de tabaco y el desarrollo de esta enfermedad.

Preguntas de los pacientes

respondidas por la Dr^a. Loreto Carmona
Unidad de Investigación.
Fundación Española de Reumatología



> *¿Tienen las infecciones bucales algo que se relacione con la aparición de la enfermedad?*

A principios del siglo XIX existía una teoría de cierta importancia en la literatura médica sobre las infecciones focales que empujó definitivamente el desarrollo de la odontología. Esta teoría proponía que los microorganismos, o sus toxinas, podían diseminarse a partir de un foco infeccioso, dando como consecuencia el inicio o la exacerbación de una enfermedad sistémica – esto es, por todo el cuerpo – o el daño a distancia de algún órgano. Se identificó por aquel entonces una estrecha relación entre la salud dental y la artritis reumatoide. Con el tiempo, esta teoría quedó desacreditada porque sólo existían evidencias anecdóticas que la apoyaran y apenas estudios científicos controlados. En el momento actual existe un renovado interés en la influencia que los focos de infección orales pueden

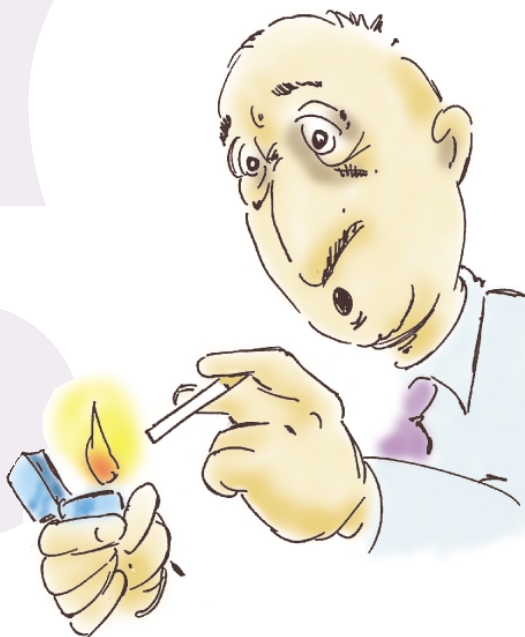
tener en la salud general. Hay investigaciones recientes que sugieren una posible relación entre la salud dental y la enfermedad cardiovascular y se han publicado casos de fuentes dentales como causa de enfermedades sistémicas. La mejora de los procedimientos de laboratorio que utilizan técnicas de la biología molecular sofisticadas y técnicas para la estimulación de cultivos han permitido a los científicos demostrar la existencia de bacterias en sangre de venas distantes a las de la boca durante las



endodoncias. Se ha llegado a sugerir que la presencia de bacterias en sangre, o de sus toxinas, a causa de la manipulación de las raíces dentales, puede causar complicaciones a distancia. Además, algunos estudios epidemiológicos han revelado una asociación entre la infección periodontal y las enfermedades cardiovasculares, aunque no se demuestra en otros. Por lo que sabemos de la artritis reumatoide y su asociación con las enfermedades cardiovasculares, éstas comparten muchas más similitudes que las que se podía intuir en un principio. A la pregunta, pues, de si existe un riesgo de padecer artritis reumatoide por tener infecciones dentales, la respuesta es que esto no está descartado, es decir, que es posible que sí. Recordemos, en cualquier caso, que la buena higiene dental – aparte de las múltiples ventajas para nuestra salud dental – podría protegernos de la artritis.

> ¿El tabaco perjudica la artritis?

Como ya hemos dicho anteriormente, cada vez hay más evidencia, y además de buena calidad metodológica, en este sentido. Los fumadores tienen mayor probabilidad de padecer artritis reumatoide que los no fumadores. Y, aunque no se ha estudiado específicamente, los fumadores pasivos entrarían dentro del grupo de fumadores. El porqué de esta predisposición podría estar relacionado con la mayor frecuencia de infecciones, en principio de origen bronquial y de la boca, de los fumadores y por una mayor frecuencia de factor reumatoide entre los fumadores. Este factor reumatoide –lo que se llaman “pruebas reumáticas” generalmente– podría crearse en mayor cantidad entre los fumadores por acción indirecta de las infecciones o directa por algún componente del tabaco. No se sabe. Lo que sí está clara es la relación entre fumar y padecer artritis. Una razón más para dejar de fumar.



Testimonio

DE UN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE

Tengo 57 años y desde hace 18 padezco artritis reumatoide. Los comienzos fueron brotes muy agudos con sinovitis en muñecas, tobillos, codos y rodillas.

En aquella época, el acceder al Servicio de Reumatología era difícil, con demoras entre 6 y 12 meses. Recuerdo tener unos dolores insoportables noche y día. El médico de familia me recetaba Nolotil, me dormía media hora y el dolor seguía, ante lo cual me derivó al traumatólogo, donde me recetaron (sin ningún tipo de analítica) unas inyecciones que tampoco me quitaban la inflamación; en vista de lo cual me contestaron que podía ser reuma.

Me fui a Inspección Médica a pedir un volante para la consulta de Reumatología. Después de un montón de gestiones llegué al citado Servicio, donde me hicieron toda clase de pruebas y le dieron nombre a mi padecimiento.

He pasado por fases difíciles de inflamación y dolor, que fui superando con la medicación que entonces existía (sales de oro, antiinflamatorios, corticoides, etc.) con control del reumatólogo y también con rehabilitación.

Ante la lentitud de la mejoría, también por ilusión y, por qué no, desesperación, probé con medicinas alternativas, como homeopatía y tratamientos naturales, a la par que practicaba yoga, balneoterapia, etc.; no es que me sirviesen para mucho, pero tampoco creo que me hayan perjudicado. Actualmente recibo tratamiento biológico y me encuentro bastante estable.

En principio, psicológicamente nos afectó bastante tanto a mí como a mi familia, de la que tuve siempre un apoyo incondicional, imprescindible para salir adelante. Desconocíamos totalmente la enfermedad.

Mi vida laboral también se vio afectada. Los períodos de baja eran frecuentes y al cabo de unos seis años me concedieron la Incapacidad Absoluta.

Mi artritis reumatoide siempre fue agresiva y en progresión. En consecuencia, al cabo de unos 12 años tenía diversas deformaciones que me afectaron al 90% de las articulaciones, teniendo que recurrir a la cirugía para poner prótesis en ambas rodillas y hace cuatro años me operé de ambas manos. El resultado fue bueno, gané en movilidad, independencia y calidad de vida.

Coincidiendo en Rehabilitación con personas que tenían la misma patología, decidimos formar una Asociación de pacientes con artritis, en la cual, periódicamente y con la colaboración de reumatólogos y otros especialistas implicados en nuestro problema, nos dan charlas divulgativas, informando del proceso, evolución y tratamientos de la enfermedad. Esta iniciativa tiene aún hoy continuidad, y personalmente me sirve de ayuda al compartir con otros afectados los problemas y experiencias que tenemos en común.

Con el tiempo te mentalizas de que al ser una enfermedad crónica, con la que tienes que convivir, procuras hacerlo de la forma más positiva, sin lamentos y con ilusión para la familia que te quiere y te apoya.

Aunque físicamente esté bastante deteriorada, tengo gran fuerza de voluntad para disfrutar de las cosas buenas que, pese a todo, tiene la vida.

Mi visión optimista, pese a la gravedad y complicaciones de la artritis reumatoide, es que los que empiezan ahora con la enfermedad tienen mejores expectativas tanto de diagnóstico precoz como de tratamientos, y que en el futuro nadie padecerá las deformaciones e incapacidades que se observan en las personas que comenzamos con esto tiempo atrás.

**Con el tiempo
te mentalizas
de que al ser una
enfermedad crónica...
procuras hacerlo de
forma positiva, sin
lamentos y con ilusión
para la familia que te
quiere y te apoya**

Rosa Menéndez Martínez
(Oviedo)

¿Cómo se DIAGNOSTICA?

Dr. José C. Rosas Gómez de Salazar

*Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa.
Villajoyosa (Alicante)*

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad de etiología desconocida que se caracteriza por provocar la inflamación crónica de las articulaciones (artritis) y a menudo afecta a los tendones (tendinitis o tenosinovitis) de alrededor de las mismas. Con una distribución universal, es la enfermedad más frecuente que produce artritis. En España la padecen 200.000 personas (prevalencia: 0,5% de la población) y cada año aparecen 20.000 casos nuevos (incidencia). Con frecuencia puede afectar a la calidad de vida de los pacientes que la padecen, provocando incapacidad en las tareas cotidianas y laborales. En nuestro país es la causa del 5% de las incapacidades permanentes. Por todo ello, el objetivo principal debe ser el diagnóstico y tratamiento precoz de esta enfermedad para intentar evitar las complicaciones.

¿Cuál es el perfil clínico del paciente con AR?

En la práctica clínica cotidiana, el médico debe pensar en la AR, ante todo paciente, especialmente mujer, que presente varias articulaciones inflamadas, sobre todo si afecta de forma simétrica a las manos y/o a los pies. Las articulaciones inflamadas están aumentadas de tamaño (especialmente si hay derrame de líquido sinovial en la articulación). Puede detectarse aumento de temperatura en la articulación inflamada, pero no es habitual la presencia de enrojecimiento articular muy llamativo, como ocurre en artritis agudas como la gota.

Además de presentarse inflamando varias articulaciones (poliartritis), la AR puede comenzar de diversas formas: afectar sólo a una articulación o a varias de forma no simétrica; dolor generalizado con predominio de la rigidez, sin clara evidencia de inflamación (especialmente en ancianos). Este aspecto es importante, puesto que puede retrasar el diagnóstico y el inicio del tratamiento correcto.

Tabla 1

SENSIBILIDAD Y ESPECIFICIDAD DE LOS CRITERIOS DIAGNÓSTICOS DE LA ARTRITIS REUMATOIDE. SE CONSIDERA QUE UN PACIENTE PADECE ARTRITIS REUMATOIDE SI PRESENTA AL MENOS 4 DE LOS SIGUIENTES CRITERIOS. LOS CRITERIOS 1 AL 4 DEBEN ESTAR PRESENTES AL MENOS DURANTE 6 SEMANAS.

<i>CRITERIOS DIAGNÓSTICO DE AR</i>	<i>SENSIBILIDAD (%)</i>	<i>ESPECIFICIDAD (%)</i>
<i>1. Rigidez matutina</i>	<i>68</i>	<i>65</i>
<i>2. Artritis de tres o más articulaciones</i>	<i>80</i>	<i>43</i>
<i>3. Artritis de articulaciones de las manos</i>	<i>81</i>	<i>46</i>
<i>4. Artritis simétrica</i>	<i>77</i>	<i>37</i>
<i>5. Nódulos reumatoideos</i>	<i>3</i>	<i>100</i>
<i>6. Factor reumatoide en sangre positivo</i>	<i>59</i>	<i>93</i>
<i>7. Cambios radiológicos</i>	<i>22</i>	<i>98</i>

Crterios para el diagnóstico

Para ayudar al diagnóstico correcto de esta enfermedad y no confundir la AR con otras enfermedades que provocan artritis, desde 1988 se llegó a un acuerdo internacional en el que se exige una serie de parámetros o criterios para su diagnóstico. Aunque inicialmente se desarrollaron para la clasificación de los pacientes en trabajos epidemiológicos y de investigación, se utilizan de forma general para el diagnóstico en la clínica diaria (tabla 1). Se incluyeron 7 criterios que evalúan parámetros clínicos, de laboratorio y radiológicos:

1. Rigidez matutina. Se refiere a la sensación de rigidez alrededor de las articulaciones, especialmente en las manos, que dificulta su movilidad, al menos durante una hora. Tiene importancia la duración, puesto que rigidez menor de 1 hora se puede presentar en otras enfermedades articulares no inflamatorias, como la artrosis.
2. Presencia de artritis en al menos 3 áreas o articulaciones. Este criterio incluye un aspecto imprescindible de la AR: la presencia de inflamación articular o artritis. Se exige que debe ser objetivada y evaluada siempre por un médico. Implica la presencia de artritis, aumento de partes blandas o la existencia de derrame articular, de forma obligada en al menos tres de las siguientes áreas de forma simultánea (izquierda o

derecha): manos (metacarpo-falángicas o nudillos, interfalángicas proximales en dedos), muñeca, codo, rodilla, tobillo, metatarso-falángicas en pies.

3. Artritis de articulaciones de las manos. Debe apreciarse inflamación en alguna articulación de las siguientes: metacarpo-falángicas, interfalángicas proximales o muñeca.
4. Artritis simétrica. Junto con la artritis de manos, la afectación simultánea de articulaciones simétricas nos debe llevar a descartar siempre la presencia de AR. La afectación de las articulaciones interfalángicas proximales, metacarpo-falángicas o metatarso-falángicas pueden ser bilaterales y no simétricas. Es decir, puede estar inflamada la articulación metacarpo-falángica del segundo dedo de la mano izquierda y la del cuarto dedo de la mano derecha y no afectar a los mismos dedos, pero sí a la misma área, en este caso metacarpo-falángica.
5. Nódulos reumatoideos. Para no ser confundidos con otro tipo de nódulos o tumoraciones deben ser siempre observados por un médico. De forma característica aparecen en prominencias óseas, superficies de extensión o alrededor de las articulaciones. Con frecuencia se pueden apreciar en la parte posterior de los codos, región aquilea e incluso en el dorso de los dedos.
6. Factor reumatoide en sangre positivo. El método utilizado para el análisis del factor reumatoide debe ser positivo en menos del 5% de los sujetos sanos como control.
7. Cambios radiológicos típicos. Los cambios típicos de la enfermedad se refieren a la demostración de erosiones u osteoporosis regional en la radiografía pósterio-anterior de mano y muñeca.

Para la clasificación de un paciente con AR se exige la presencia de al menos 4 de los 7 criterios, y los cuatro primeros deben estar presentes más de 6 semanas. Esto último intenta evitar que se haga un diagnóstico de AR a los pacientes que padecen artritis aguda, como la artritis virales, en los que habitualmente desaparecerá la inflamación en ese tiempo.

Sin embargo, el diagnóstico diferencial de la AR en algunos enfermos puede ser amplio y presentar dificultades. Además de estos criterios, será la presencia o ausencia de otros datos clínicos y/o de laboratorio los que nos ayudarán en el diagnóstico de un paciente concreto; por ejemplo, la presencia de leucopenia y lesiones cutáneas orienta hacia el lupus eritematoso sistémico (LES), o la demostración de cristales de urato en el líquido sinovial hacia la gota, etc.

Con el uso de estos criterios se alcanza para el diagnóstico de AR una Sensibilidad global del 91% (sensibilidad: probabilidad de que un paciente, estando enfermo, tenga el test positivo) y una especificidad del 89% (especificidad: probabilidad de que un sujeto, estando sano, el test sea negativo).

Diagnóstico precoz

Sin duda es esencial llegar al diagnóstico lo antes posible para disminuir e incluso evitar el objetivo más importante: la aparición de lesiones irreversibles en las articulaciones (figura 1). Se debe intentar, porque en un número no despreciable de pacientes se puede conseguir. En los últimos años hemos asistido a una rápida mejora en el manejo terapéutico de esta enfermedad, tanto por la aparición de nuevos fármacos, cada día más eficaces, como los fármacos biológicos o anti-TNF, como en la experiencia en el uso de los distintos fármacos de forma aislada o en combinación.

En la tabla 1, se muestran los datos de sensibilidad y especificidad para cada uno de los criterios. Podemos apreciar que de forma aislada ninguno es suficientemente sensible: la mayor sensibilidad la presenta la presencia de artritis en varias articulaciones, sobre todo en manos. Si bien es cierto que algunos criterios tienen una alta especificidad, como la presencia de nódulos y de lesiones radiológicas, realmente se trata de criterios de enfermedad ya evolucionada con presencia de lesión ósea. Por tanto, de forma lógica las dificultades podrían presentarse en el diagnóstico al inicio de la enfermedad. Sin embargo, como se ha comentado previamente, la presencia de artritis en manos, acompañada de rigidez matutina, especialmente si se acompaña de factor reumatoide positivo y teniendo en cuenta la presencia o ausencia de otros datos característicos de otras enfermedades, nos llevarán habitualmente al diagnóstico correcto también en estadios precoces de la enfermedad.

Un avance reciente muy importante para ayudar al diagnóstico precoz de la AR ha sido la demostración, mediante análisis de sangre, de que los llamados anticuerpos antipéptidos

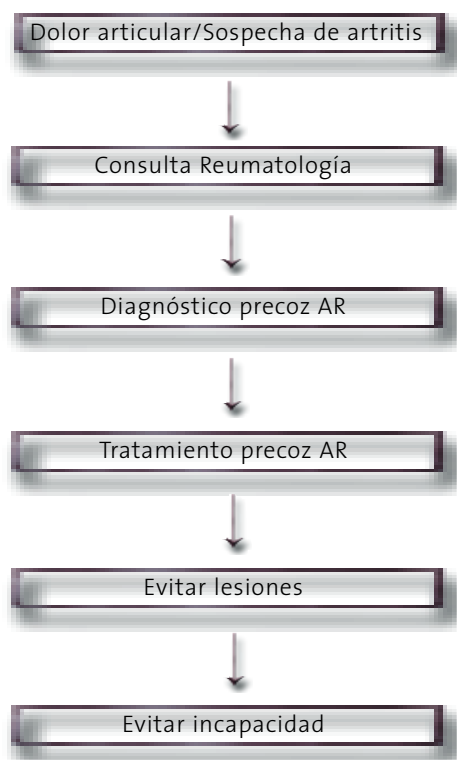


Figura 1. Esquema a seguir y consecuencias ante un paciente con sospecha de artritis reumatoide.

citrulinados (anti-PCC) son específicos de la AR, no aparecen en otra artropatía. Pueden ser esenciales ante dudas de diagnóstico, especialmente cuando en el paciente no se demuestra factor reumatoide.

Finalmente, con el objetivo de detectar la enfermedad durante los primeros 2-3 meses de evolución, algunas actuaciones en diversos niveles se deberían poner en marcha:

1. Sensibilizar a las administraciones sanitarias para dotar de recursos que incrementen la detección precoz de la enfermedad.
2. Difundir entre la población información sobre esta enfermedad, sus posibles consecuencias y los avances en el tratamiento de la misma. Insistir en la población cuándo deben consultar por la presencia de signos y síntomas que sugieran la presencia de artritis.
3. Aumentar la información sobre los avances en la AR entre los médicos de asistencia primaria.
4. Implantar y desarrollar en los Servicios de Reumatología las denominadas “unidades de artritis precoz”, ya presentes en algunos centros, que han demostrado claramente su eficacia.

PARA RECORDAR

- 1 La experiencia del reumatólogo es el mejor arma para el diagnóstico.
- 2 Se presenta habitualmente como una artritis de muchas articulaciones y que afecta de forma simétrica a ambos lados del cuerpo.
- 3 La presencia de una proteína en la sangre – denominada factor reumatoideo – y de lesiones características en las radiografías son datos importantes para diagnosticar.
- 4 Un avance reciente muy importante para ayudar al diagnóstico precoz ha sido la demostración, mediante análisis de sangre, del llamado anticuerpo antipéptido cíclico citrulinado (anti-PCC).



Preguntas de los pacientes

respondidas por el Dr. José C. Rosas
Sección de Reumatología. Hospital Marina Baixa
Villajoyosa (Alicante)



> *¿Cómo influye el clima? ¿Influye más el frío o el calor?*

Se puede afirmar que, desde hace siglos, existe la creencia popular de que el clima o los cambios del tiempo atmosférico influyen en la aparición o en la variación (aumento/descenso) de los dolores articulares. Esta creencia ha calado de tal manera que incluso en ambientes profesionales se admite como verdadera y se llega a aconsejar el traslado de domicilio a los pacientes. Llama la atención que esta creencia ocurra tanto en zonas con clima estable como en zonas con clima inestable.

¿Realmente influye el clima? La respuesta hoy en día parece sencilla: no, y en todo caso la influencia sería muy limitada o escasa. Posiblemente, los cambios climáticos influyan en la percepción del dolor, pero no en la propia enfermedad. Investigaciones científicas han comprobado que los cambios de presión atmosférica, que motivan los cambios climáticos, repercuten en modificaciones en la presión en las articulaciones enfermas y eso puede suponer dolor, pero no empeoramiento de la propia enfermedad. No está, por tanto, indicado cambiar de domicilio buscando un clima diferente al de donde habitualmente vivimos. Aunque al inicio notásemos un pequeño beneficio en el dolor, éste pronto desaparecería y la enfermedad continuaría tal como estaba en nuestro domicilio anterior.

> *¿Por qué no me hacen un scanner, si son más demostrativos que las radiografías?*

La primera consideración a la pregunta sería que depende del contexto clínico que se encuentre el paciente. Las pruebas diagnósticas, sean las que sean, son esenciales para el médico si van a aportar datos relevantes para el diagnóstico, el pronóstico o se van a tomar decisiones en el tratamiento según su resultado. Por tanto, el médico con mucha frecuencia se hace la pregunta: ¿Necesito para mi paciente un scanner o TAC? Por ejemplo, en pacientes con artritis reumatoide se realizan radiografías de columna cervical, si el paciente presenta dolor cervical y se realizará un scanner o una resonancia magnética si se sospecha por el médico la presencia de compresión de la médula a nivel cervical.

En muchas enfermedades reumáticas el primer paso debe ser la realización de una radiografía convencional. Entre otras, tiene la ventaja de que todos los médicos, además de los especialistas, están habituados a realizar una primera evaluación con una radiografía y a partir de ella iniciar la toma de decisiones. El acceso a la realización de radiografías convencionales suele ser rápido, dado que todos los hospitales y centros de especialidades disponen de aparatos para realizarlas. A diferencia de pruebas del tipo de scanner o de resonancia magnética, donde, por su menor número de centros que disponen de ellos, el acceso es más limitado.

Por otra parte, en muchas situaciones de la práctica clínica diaria se siguen las directrices de protocolos clínicos consensuados tanto a nivel local, nacional o internacional, donde se refleja en qué situación y con qué técnica debe realizarse.

Finalmente, otra consideración que no se debe olvidar es que algunas pruebas, como el scanner, implican una irradiación de rayos X para el paciente y, por tanto, un riesgo que se debe sopesar.

Por tanto, la respuesta a la pregunta es: siempre que sea necesario.

¿Cómo evoluciona la enfermedad Y QUÉ PRONÓSTICO TIENE?

Dr. Eduardo Úcar Angulo

Hospital de Basurto. Bilbao

La artritis reumatoide suele aparecer, en alrededor del 50% de los casos, de forma progresiva, y sólo en el 10 al 25% de forma brusca. Al principio, la mayoría tiene afectadas únicamente las articulaciones, pero en algunos casos se acompaña de otras lesiones, como inflamación de estructuras próximas a las articulaciones: tendones, bolsas articulares o nervios, por ejemplo, el Síndrome del Túnel Carpiano.

Podemos resumir las formas de presentación de la artritis reumatoide en las siguientes:

1. **Gradual:** Es la más frecuente. La inflamación afecta a las articulaciones de las manos, rodillas o dedos de los pies, de forma lentamente progresiva, con mayor dificultad para la movilidad y más dolor al despertar por la mañana e imposibilidad para hacer fuerza con las manos u otras articulaciones.
2. **Afectación moderada de una articulación:** Durante semanas o meses, tan sólo una o dos articulaciones, como las rodillas o los hombros, duelen y se inflaman de manera continuada, o en otros casos con periodos intermedios sin síntomas. Esta forma precede a la afectación de otras articulaciones, como las manos, codos, pies, etc.
3. **Afectación brusca y aguda de una o varias articulaciones:** Es menos frecuente, pero resulta muy incapacitante por la intensidad del dolor, la imposibilidad de hacer esfuerzos con las manos u otras articulaciones, la limitación del movimiento y el agarrotamiento, que se sufre en las primeras horas del día.
4. **Episodios aislados de artritis aguda:** Afectan a una o a varias articulaciones durante unas horas o unos días, desapareciendo a continuación la inflamación hasta el siguiente brote. Es el llamado Reumatismo Palindrómico.

La evolución es muy diferente de unos pacientes a otros. Lo más habitual es que lo haga en forma de brotes, en otros casos cursa de una forma lenta y progresiva, y menos frecuentemente progresa rápidamente. Al inicio de la enfermedad es muy difícil precisar cuál será su forma de avanzar. Los pacientes tienen sus articulaciones inflamadas, esto es, duelen, están hinchadas, calientes y con disminución del movimiento, a lo largo de muchos años. Presentan además períodos de tiempo en el que la enfermedad parece estar parada, sin dolor o limitación del movimiento y otros en los que la enfermedad se muestra muy activa, esto es, cursa en forma de brotes. Algunos pacientes no tienen apenas limitación del movimiento de sus articulaciones aun cuando éstas se encuentran algo inflamadas y sólo una pequeña parte de los afectados sufrirán lesiones severas, con importantes secuelas.

La manera en la que puede evolucionar la artritis reumatoide se puede dividir en tres formas (tabla 1):

1. Episodios de artritis aguda, que, tras unos meses o unos pocos años, desaparecen los síntomas durante meses o años. Ocurre en el 20% de los casos.
2. En forma de brotes con períodos de agudización y otros de alivio parcial de los síntomas, durante varios meses. Ocurre en la mayoría de los pacientes.

3. De forma progresiva: se van intensificando los síntomas de forma continuada, con algunos días de leve alivio de los mismos. Es la forma más severa y la sufre el 10% de los enfermos.

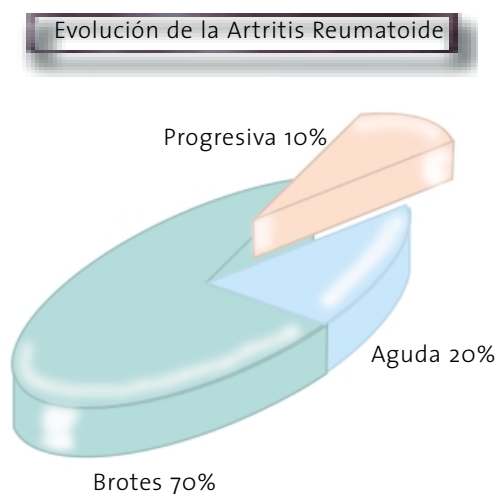


Tabla 1

¿Cómo sabemos que la enfermedad se está agudizando, esto es, que presenta un nuevo brote?

Para ello nos fijaremos en los signos siguientes: dolores fuertes en varias articulaciones a la vez, aumento de la inflamación articular, agarrotamiento más prolongado al despertar por la mañana, signos de estar todo el

cuerpo afectado, como: cansancio, debilidad y en alguna ocasión febrícula (37° a 38° C). Algunos pacientes presentan, además de los síntomas de las articulaciones, otros, que corresponden a la afectación de otras estructuras propias o ajenas a las articulaciones: bultos o nódulos debajo de la piel, hormigueo y adormecimiento de las manos, sequedad de ojos y de boca, palidez e insensibilidad de los dedos y laxitud o aflojamiento de los ligamentos, que sujetan y estabilizan a las vértebras de la región próxima al cráneo. Ante la aparición de cualquiera de los síntomas mencionados, lo más recomendable es ponernos pronto en contacto con el Reumatólogo que nos está tratando.

Para poder valorar la actividad de la enfermedad el médico explora al paciente y le formula una serie de preguntas que tienen que ver con el dolor y con las limitaciones, que presenta para realizar las actividades habituales de cada día. La medida del dolor siempre es difícil tanto para el paciente y aún más para el médico. Por ello se le indica al paciente, que marque en una escala el grado de dolor que ha presentado en los últimos siete días. Esto nos permite comparar cómo varía la intensidad del dolor de unas veces a otras. Además le solicitará una serie de análisis, y en alguna ocasión radiografías, de las articulaciones afectadas. Entre los análisis que más frecuentemente se solicitan están la Velocidad de Sedimentación Globular (VSG), la Proteína C Reactiva (PCR) y el Factor Reumatoide (FR), así como otros en sangre y en orina.

Los síntomas de la inflamación de las articulaciones, la duración y rapidez con la que se presentan, la aparición de nuevos brotes y el número de ellos a lo largo del tiempo, el grado de deformidad de las articulaciones, la presencia de otras estructuras lesionadas, las lesiones de las articulaciones, que aparecen en las radiografías y los resultados de los análisis, dan al médico una idea de la situación de la enfermedad y de la rapidez de su deterioro, con lo que podrá ver cómo está evolucionando la enfermedad.

La evolución de la enfermedad, el tiempo transcurrido desde su inicio, las complicaciones que hayan podido surgir a lo largo de todo ese tiempo, los fármacos que precisa el paciente, así como los efectos secundarios o falta de eficacia que haya presentado a los distintos medicamentos, permiten al médico establecer un pronóstico. La valoración de todos estos factores nos dará una visión de conjunto que nos permite establecer el pronóstico de la enfermedad en el momento de su valoración. Todos estos factores son más graves cuanto mayor sea su cantidad, excepto en el caso del tiempo de evolución, ya que cuanto más corto sea el tiempo transcurrido desde el inicio de la enfermedad, más severas serán las alteraciones que observamos.

Estas variables nos sirven tanto para establecer la actividad de la enfermedad en ese momento como el pronóstico y para valorar la respuesta al tratamiento. Otras

circunstancias, como ser mujer, postmenopausia y bajo nivel educativo, influyen negativamente en el pronóstico.

La actividad de la enfermedad debe ser medida al principio con mayor frecuencia, por ejemplo, cada tres meses, para valorar adecuadamente su evolución. La frecuencia de las consultas variará naturalmente en función de la gravedad de cada caso. Cuando en sucesivas revisiones se observa que la enfermedad está estable, esto es, que no varía mucho de unas veces a otras, se puede retrasar la siguiente visita. Por el contrario, cuando la evolución es mala, esto es, que los índices de actividad empeoran de una a otra vez, o bien que éstos se mantienen altos a lo largo del tiempo, o aparecen efectos no deseados de los fármacos, el paciente debe ser revisado con mayor frecuencia para hacer modificaciones en el tratamiento que traten de cambiar la evolución de la enfermedad.

La evolución y el grado de actividad de la enfermedad en el momento de acudir al médico hacen que cada caso sea tratado de una forma individualizada. La buena colaboración del paciente y el médico, en los dos sentidos, facilitan, por un lado, al médico el conocimiento del estado actual de la enfermedad y, por el otro, al paciente el conocimiento de su pronóstico y una mayor motivación para cumplir el tratamiento.

La alimentación no se ha demostrado que influya en la evolución de la artritis reumatoide, por lo que se recomienda una dieta variada, en una cantidad que no aumente el peso corporal. El sobrepeso añade un mayor riesgo de deterioro sobre las articulaciones de los miembros inferiores y puede aumentar la intensidad del dolor en la región lumbar, caderas, rodillas y pies.

El clima no cambia el curso de la enfermedad. La frecuencia de la artritis reumatoide es similar en los países del Norte y en los del Sur de Europa y tampoco varía dentro de las distintas Comunidades españolas. Lo que los pacientes notan en sus articulaciones es una ligera agudización del dolor en las articulaciones dolorosas o inflamadas con los cambios de presión atmosférica, que



ocurren unas horas antes del cambio de tiempo. Es por esto que algunos pacientes con enfermedades inflamatorias de las articulaciones noten estos cambios de tiempo.

La acupuntura, homeopatía, mesoterapia y otras medicinas alternativas tampoco han demostrado ninguna influencia sobre la evolución y el pronóstico de la enfermedad. Algunos pacientes nos refieren alivio temporal del dolor articular con acupuntura, lo cual es distinto que alterar el curso de la enfermedad.

El único factor capaz de variar en sentido favorable la evolución de la artritis reumatoide y, por lo tanto, mejorar su pronóstico, es el correcto cumplimiento del tratamiento. Los tratamientos empleados en la artritis reumatoide han demostrado la capacidad de reducir el ritmo del deterioro de las articulaciones, lo que se comprueba al observar el enlentecimiento de la aparición de nuevas erosiones de los bordes óseos en las radiografías de las articulaciones.

La gravedad de la enfermedad puede variar entre leve a severa a lo largo del tiempo. Los episodios de agudización pueden ser de pocos días o prolongarse a lo largo de varios meses, lo que limita de distinta forma la capacidad del paciente para desarrollar las actividades de la vida diaria, como asearse, vestirse, desplazarse, relacionarse, trabajar, etc.

PARA RECORDAR

- 1 La enfermedad suele presentarse de forma gradual y lentamente progresiva.
- 2 Evoluciona con brotes transitorios en los que el paciente se encuentra peor, con más dolor e inflamación, seguida de períodos en los que los síntomas mejoran parcialmente.
- 3 En los brotes puede haber fiebre y mal estado general, y aumenta la velocidad de sedimentación de la sangre.
- 4 Es muy difícil predecir al principio cuál será el comportamiento de la enfermedad.

Preguntas de los pacientes

respondidas por el Dr. Eduardo Úcar Angulo
Unidad de Basurto.
Bilbao



> *¿La enfermedad puede haber cambiado mi carácter?
¿Son normales los cambios de ánimo?*

El padecer una enfermedad crónica, con limitación progresiva de la movilidad y dolores, produce en muchos pacientes intranquilidad al principio, seguido de desánimo, trastornos de adaptación a su nueva situación, estrés, distintos grados de tristeza o depresión, hasta que se acepta la enfermedad, se conoce su pronóstico, las posibilidades de tratamiento y el correcto manejo de las medicinas aconsejadas por el médico. Llegada esta última fase, el enfermo aprende a convivir con sus limitaciones físicas, laborales y socioeconómicas y a luchar por mejorar su pronóstico. En un estudio realizado en pacientes españoles con artritis reumatoide, se encontró que un 33,5% de ellos presentaron depresión en algún momento de su enfermedad. Los cambios descritos hacen que se produzcan épocas de alteración en la conducta familiar, emocional o sexual, trastornos del sueño, del apetito o fatiga.

Para mejorar los trastornos descritos es importante la colaboración entre el paciente y su familia y las personas con quienes conviva. También el buen entendimiento con su médico le llevará a comprender los síntomas y las situaciones dolorosas de su enfermedad.

> *¿Existe alguna forma de prevenir las enfermedades reumáticas?*

No se puede generalizar sobre las enfermedades reumáticas dado, las más de 200 existentes. Su causa es muy variada y, por tanto, habrá que referirse a cada una de ellas de forma distinta. Las de origen infeccioso pueden prevenirse extremando las medidas higiénicas; las de origen metabólico, cuidando la alimentación, el ejercicio físico o corrigiendo las alteraciones bioquímicas existentes, según los casos. En otros casos, hay que extremar las medidas para evitar caídas o traumatismos, evitar el sobrepeso, que castiga a las articulaciones de la mitad inferior del organismo, que soportan el peso, evitar los trabajos repetitivos, con sobrecarga sobre una articulación, que puede lesionar a sus ligamentos y tendones. El estrés puede desencadenar enfermedades que permanecían latentes o provocar una crisis de agudización de los síntomas de la enfermedad. El ejercicio físico adecuado y regular previene la aparición de dolores tan frecuentes como los de las regiones cervicales, lumbares, de piernas, etc. El cuidado de los niveles de colesterol, glucosa y de la tensión arterial evita muchas complicaciones de las enfermedades autoinmunes. En las enfermedades reumáticas en las que no se conoce su causa, solamente se pueden recomendar medidas generales, válidas para toda la población, como mantener el ejercicio físico, alimentación variada, evitar los tóxicos y acudir pronto al médico ante la aparición de síntomas de enfermedad.



¿Se puede hacer UN DIAGNÓSTICO PRECOZ?

Dr^a. Alicia García López

Hospital Universitario Virgen del Rocío

El término artritis reumatoide (AR) se usa clínicamente para describir una poliartritis simétrica inflamatoria asociada a veces con la presencia en la sangre de una proteína denominada Factor Reumatoide (FR). Se ha demostrado que la enfermedad temprana puede permanecer al principio "indiferenciada" y persistir así algún tiempo; es por ello por lo que su identificación es importante por su gran impacto tanto para el individuo como para la sociedad. De igual forma, el diagnóstico temprano de la enfermedad es de gran importancia para conseguir el mayor beneficio terapéutico.

Actualmente no hay consenso sobre el tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas, para considerar el estado temprano de la enfermedad. La mayoría de los estudios consideran como diagnóstico de AR temprana un tiempo no mayor de dos años de duración de los síntomas en el momento del diagnóstico.

El reconocimiento de la enfermedad establecida es sencillo para el médico especialista e incluso para el no especialista. Sin embargo, en los estadios iniciales de la enfermedad el diagnóstico puede ser muy difícil – sobre todo en los tres primeros meses de enfermedad –, ya que no existe una característica clínica inequívoca, y diversas enfermedades pueden simular la artritis reumatoide. Además, en estas fases tempranas, las pruebas de laboratorio y de imagen pueden ser normales. Debemos de considerar también

que la artritis reumatoide es una enfermedad heterogénea, pero que tiende a presentar un curso progresivo puesto de manifiesto por la rapidez de las alteraciones radiológicas y la discapacidad. Dado que el tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad no está exento de complicaciones, es obligatorio diferenciar entre artritis reumatoide y otras formas de artritis, antes de empezar un tratamiento específico. Sin embargo, existen evidencias de que la intervención terapéutica precoz en el curso de la artritis reumatoide conduce a un control más rápido de la enfermedad y menor lesión articular, y por ello el diagnóstico en estas primeras fases se hace imprescindible.

En las etapas tempranas usualmente el diagnóstico se basa más en una apropiada historia clínica que en las pruebas complementarias. Así, en la AR precoz interesan especialmente: la edad, el sexo, la historia familiar de AR, la duración de los síntomas en la primera visita, la duración de la rigidez matutina de las manos, el número y localización de las articulaciones tumefactas (hinchadas) y dolorosas y el dolor en la compresión bilateral de las articulaciones metacarpofalángicas (mcf) de las manos y metatarsfalángicas (mtf) de los pies. La artritis reumatoide puede iniciarse súbitamente con la inflamación de varias articulaciones a la vez, pero con mayor frecuencia empieza de forma sutil, dañando gradualmente a distintas articulaciones. Un paciente típico con artritis reumatoide temprana tendrá síntomas de dolor, rigidez que usualmente empeora por las mañanas o tras un período de inactividad, y referirá hinchazón articular. Al examen físico se puede encontrar hinchazón simétrica con dolor en pequeñas articulaciones de manos y pies. De igual forma, además de la imprescindible analítica de rutina (hemograma, bioquímica hepática, función renal y orina), interesan una serie de pruebas complementarias: la VSG (Velocidad de Sedimentación Globular) la PCR (Proteína C Reactiva) y el FR (conocidas estas últimas como Pruebas Reumáticas) y las radiografías de manos y pies. Con esta primera valoración inicial se puede razonablemente descartar algunas formas más frecuentes de artritis que no son artritis reumatoide (por ejemplo, sépticas, gota, reactivas, virales...). En algunos centros hospitalarios, se puede realizar la determinación de una prueba de laboratorio muy específica de artritis reumatoide: el anticuerpo anti-péptido cíclico citrulinado (CCP)– y que, por tanto, puede ser de gran utilidad. En cuanto al estudio por imágenes, se ha mostrado en diversas publicaciones que la resonancia magnética nuclear (RMN) es válida para demostrar, de manera más temprana que la radiografía convencional, cambios articulares característicos de la enfermedad. La evaluación radiológica a los dos años muestra que hasta un 70% de pacientes desarrollan erosiones, pero en pacientes con enfermedad reciente (menos de 6 meses de enfermedad) la evaluación radiológica evidencia erosiones en un 13-15% de pacientes y la RMN en un 45% de los mismos. Uno de los hallazgos por RMN que precede a las erosiones es el edema óseo, por lo que su detección en pacientes con enfermedad

temprana podría sugerir el inicio de una terapia más agresiva para estos pacientes. Sin embargo, el hecho de que se trate de un procedimiento costoso y todavía no estandarizado, no permite actualmente que su uso sea difundido y tampoco permite tomar decisiones acerca de la idoneidad de los tratamientos. La ecografía ha mostrado eficacia para detectar de forma temprana sinovitis, pudiendo también detectar erosiones en forma más temprana que la radiografía convencional, pero, aunque es una exploración más económica, es algo menos precisa que la RMN.

El diagnóstico precoz es uno de los factores pronósticos más importante. Es por ello que cada vez existen más consultas destinadas a atender a las artritis de comienzo reciente. Se ha demostrado que los pacientes referidos a una consulta de reumatología durante el primer año desde el comienzo de los síntomas mantienen una capacidad funcional mejor que los remitidos más tardíamente. También se ha demostrado que los enfermos no tratados tienen una mayor discapacidad y que la duración de la enfermedad se correlaciona con las lesiones radiológicas. Las clínicas, consultas o unidades de artritis temprana pretenden fundamentalmente la disminución del tiempo del diagnóstico y, por tanto, del tiempo de inicio del tratamiento. La correcta puesta en marcha y funcionamiento de estas unidades en los centros hospitalarios mejora el pronóstico de los pacientes, optimizando de este modo el uso de recursos, a medio y largo plazo, destinados al manejo de estos enfermos, respecto a la práctica clínica habitual. Esta precocidad está asociada a una mayor probabilidad de respuesta favorable y una menor probabilidad de deterioro funcional y radiológico. Las consultas de diagnóstico precoz de artritis comenzaron a funcionar a inicios de los años ochenta en Europa, y constituyeron un avance importante en el reconocimiento de la AR como problema de salud, además de permitir un mejor conocimiento del curso de la enfermedad, y enseñarnos que los tratamientos instaurados en forma temprana modifican el curso de la enfermedad. En esencia y sin entrar en las particularidades de cada unidad, se trata de que aquellos pacientes que, evaluados por los médicos de Atención Primaria y que presenten al menos dos o más articulaciones hinchadas entre cuatro semanas y hasta dos años de evolución, sean derivados a estas unidades. Cuando se evalúan los resultados, más de la mitad de las consultas tienen el diagnóstico establecido en la primera visita y sólo un 10% de pacientes permanecen sin diagnóstico reumatológico después de visitas e investigaciones repetidas. Un año después, 89% de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide definida conservan este diagnóstico, y sólo cambia un 5%. Entre aquellos enfermos con diagnóstico de artritis reumatoide probable, 70% tenían un año después el diagnóstico de AR definida y sólo un 16% experimentó un cambio en el diagnóstico. Una dificultad añadida a los obstáculos en el diagnóstico es que el acceso del paciente a la consulta reumatológica es muy limitado, en parte debido al escaso número de reumatólogos en

nuestro país. En el año 2000, en España, la media de tiempo desde el primer síntoma a la remisión del paciente fue de 17 meses. Aunque se ha producido un cambio sustancial en estos últimos años, todavía el número de enfermos que accede al reumatólogo sigue siendo limitado. Por ello, la colaboración e instrucción de los médicos generalistas es el pilar más esencial en la identificación de pacientes que puedan presentar una AR precoz.

PARA RECORDAR

- 1** Se puede hablar de “artritis reumatoide precoz o temprana” cuando tiene menos de dos años de evolución.
- 2** El diagnóstico precoz es uno de los factores pronósticos más importante. Es por ello que cada vez existen más consultas destinadas a atender a las artritis de comienzo reciente.
- 3** En las primeras fases de la enfermedad todos los estudios analíticos y radiográficos pueden ser normales.
- 4** La resonancia magnética nuclear (RMN) demuestra, de manera más rápida que la radiografía convencional, cambios articulares característicos de la enfermedad.



Preguntas de los pacientes

respondidas por la Dr^a. Alicia García
Hospital Universitario Virgen del Rocío



> *¿Es mejor el reposo o el ejercicio?*

El reposo es importante en el tratamiento de la AR. Toda persona con AR debe descansar entre ocho y diez horas por la noche, y entre treinta minutos y una hora en la siesta. En los episodios de exacerbación del proceso articular es aconsejable un reposo más prolongado en cama o el reposo de ciertas articulaciones en postura funcional. En estas situaciones es aconsejable realizar ejercicios de movilidad pasivos o activos asistidos y contracciones musculares isométricas, para evitar contracturas y mantener la función articular. El reposo total prolongado, es decir, permanecer todo el día en la cama o en el sillón no es aconsejable, ya que esta actitud tiende a producir a la larga una disminución de la movilidad articular, debilidad en los músculos y descalcificación en los huesos (osteoporosis).

> *¿Me voy a recuperar de la artritis o acabaré en una silla de ruedas?*

En las últimas décadas de los estudios a largo plazo se desprende que la mayoría de los pacientes con AR experimentan una enfermedad progresiva. El daño radiográfico a menudo se observa en los dos primeros años de enfermedad. Durante los siguientes 10 años, la progresión radiológica, el deterioro en el estado funcional y la discapacidad progresiva para el trabajo caracterizan la enfermedad en una gran parte de enfermos. La recuperación de la enfermedad es el objetivo del reumatólogo que dispone de terapéuticas muy eficaces, que, aplicadas precozmente, pueden inducir la remisión de la enfermedad con una menor lesión articular. En el momento actual, hay que desterrar la visión de la silla de ruedas, ya que aunque entre un 15-20% de pacientes pueden requerir artroplastia en un plazo de cinco años, en el hipotético caso de daño articular severo en miembros inferiores, la cirugía reconstructiva, con sus prótesis completas, está cada vez más perfeccionada.

Diagnóstico: poliartritis reumatoide, en el año 1988

Siempre he sido una persona muy activa; además de mi jornada de trabajo, siempre he tenido otros trabajos complementarios, estudios de formación profesional y maestría industrial, cargos de responsabilidad en partido político, sindicato, concejal del Ayuntamiento de mi ciudad. Esto indica que siempre he tenido muchas horas de actividad diaria.

En el año 1988 empecé a sentir dolor en la planta de los pies, me costaba mucho trabajo caminar. Y teniendo en cuenta que en ese momento trabajaba ocho horas en el comité de empresa y luego desempeñaba el cargo de concejal en el Ayuntamiento de mi ciudad, al final de la jornada mis pies no resistían más. Me puse en contacto con la ortopedia y me aconsejaron poner plantillas de descarga. Lo hice y parece que sentí mejoría, pero me empezaron a doler los dedos de las manos y las muñecas.

Decidí pedir consulta con el médico de familia, cosa que muy pocas veces había hecho, pues en mi expediente laboral solo figuraba treinta días de baja laboral por una operación de apendicitis y doce por un proceso gripal, nunca más había estado enfermo. El médico me dijo que posiblemente fuera artrosis y me recetó *Inyesprin* (ácido acetilsalicílico). Con el tratamiento (tres veces al día), parecía que el dolor remitía, y así fui resistiendo hasta septiembre del año 1989, en que el dolor ya se extendía a las rodillas, los tobillos, las ingles, los hombros, las mandíbulas y el cuello. Mi



desesperación era total, pues veía cómo cada día me era más difícil poder desempeñar mi trabajo, teniendo que utilizar taxis para poder desplazarme al no poder conducir mi coche, ya que no podía hacer las maniobras de aparcamiento por el fuerte dolor que sentía en las manos.

Acudí al médico de empresa diciéndole que el tratamiento que tenía no me parecía el indicado, pues mi problema cada día era mayor. Éste me hizo radiografías y me dijo que le parecía que lo que yo tenía era artritis reumatoide y me concertó una consulta con el Servicio de Reumatología, cosa muy difícil de conseguir, pues mi región, con 1.100.000 habitantes, sólo disponía en ese momento de tres reumatólogos. Me dieron consulta y me ingresaron en el hospital por un período de ocho días, tras los cuales me diagnosticaron poliartritis reumatoide, poniéndome tratamiento de *naprosin*, *inacid*, *miocrin* y *dezacor*, así como gimnasia articular.

“ Con el apoyo de mi familia, sobre todo el de mi esposa, tratando siempre de que no cayera en una depresión, y siendo consciente de que no me podía rendir, seguí con el trabajo, teniendo que levantarme una hora antes de lo habitual para hacer gimnasia, con el fin de que se pasara la rigidez; caminando, siempre que el dolor me lo permitía, y haciendo esfuerzos para no meterme en la cama

Pasados quince días tras darme el alta en el hospital, pedí el alta laboral confiando en el nuevo tratamiento, pero mi vida era un calvario. Veía cómo cada día me resultaba más difícil cumplir con mis obligaciones tanto en el trabajo como en el Ayuntamiento; tenía brotes con mucha frecuencia, se me inflamaban las rodillas, las manos, con mucha rigidez matutina y las deformaciones cada día eran mayores. Pensaba que con el tratamiento que me habían dado los reumatólogos no mejoraba, que después de eso no habría nada y mi futuro sería quedar incapacitado. Era tormentoso pensar que tendría que dejar el trabajo y tantas otras cosas que me gustaba hacer. Y así, con el apoyo de mi familia, sobre todo el de mi esposa, tratando siempre de que no cayera en una depresión, y siendo consciente de que no me podía rendir, seguí con el trabajo, teniendo que levantarme una hora antes de lo habitual para hacer gimnasia, con el fin de que se pasara la rigidez; caminando, siempre que el dolor me lo permitía, y haciendo esfuerzos para no meterme en la cama. En agosto de 1990 me quedé de vacaciones

y al terminarlas tuve que coger la baja laboral, ya que me resultaba imposible hacer nada. A partir de esa fecha, tenía que pasar con mucha frecuencia por la consulta de Reumatología hasta que, en marzo de 1991, me ingresaron de nuevo y me cambiaron el *miocrin* por *metotrexato*, con lo que empecé a mejorar: los brotes se fueron espaciando en el tiempo, aunque fueron necesarios tres años para estabilizar la velocidad de sedimentación y poder hacer una vida casi normal.

En este período de tiempo acudí a balnearios, realicé gimnasia, seguí el tratamiento al pie de la letra, dejé de beber alcohol, dejé de fumar. Hoy afortunadamente me encuentro mucho mejor. Tengo muy claro que mi mejoría se debe fundamentalmente al tratamiento médico, en especial al metotrexato, y a otro factor decisivo, que fue el haberme encontrado con la asociación de enfermos reumáticos, *Liga Reumatológica Asturiana*, que fue un gran apoyo psicológico donde me pude enterar de lo que era mi enfermedad, a través de las muchas charlas que los médicos reumatólogos dan en la asociación, así como la abundante documentación de la que dispone la misma, siendo ésta la causa de que yo asumiera mi enfermedad, cosa que creo es fundamental para poder llevar una vida de cierta calidad.

Tengo muy claro que mi mejoría se debe fundamentalmente al tratamiento médico, ..., y a otro factor decisivo, que fue el haberme encontrado con la asociación de enfermos reumáticos, Liga Reumatológica Asturiana, que fue un gran apoyo psicológico donde me pude enterar de lo que era mi enfermedad

Bernardino Fernández Prieto

(Avilés, Asturias)

¿Qué tipo de medicamentos existen para tratar la ARTRITIS REUMATOIDE?

Dr. Raimon Sanmartí

Hospital Clínico de Barcelona

La artritis reumatoide (AR) todavía no se puede curar, pero los tratamientos actuales suelen ser muy efectivos. Aunque la terapia física o la cirugía en casos seleccionados pueden ser útiles en los enfermos con AR, no cabe ninguna duda que el tratamiento principal de la AR recae en los fármacos (medicamentos). Existen diferentes grupos de medicamentos para tratar la AR que tienen características y funciones diferentes. A efectos didácticos, los podríamos dividir en cinco grandes grupos: a) antiinflamatorios no esteroideos, b) los llamados fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad, c) glucocorticoides, d) terapias biológicas y e) grupo miscelánea (analgésicos, relajantes musculares, antidepresivos...).

- a) **Antiinflamatorios no esteroideo (AINEs)**: Son un grupo de medicamentos que inhiben la acción de las prostaglandinas, unos potentes mediadores de la inflamación: disminuyen el dolor, la rigidez y la inflamación de las articulaciones de los pacientes con artritis. Existen diferentes familias de AINEs, entre las que se incluyen los llamados coxibs. Su uso en la AR no es obligatorio, ya que si bien mejora la sintomatología de los pacientes, no es capaz de frenar la enfermedad ni evitar la destrucción de las articulaciones. Es, pues, un tratamiento puramente sintomático, que suele utilizarse en las fases de brote de la artritis o al inicio del tratamiento con los antirreumáticos modificadores de enfermedad, ya que, como veremos, estos últimos pueden tardar semanas en producir sus efectos. No obstante, algunos pacientes con AR reciben de forma crónica AINEs, al no poderse controlar adecuadamente su enfermedad.



Los AINEs pueden producir diversos efectos secundarios, siendo el más frecuente la toxicidad digestiva, aunque también aparecen complicaciones cardíacas en pacientes con hipertensión arterial no controlada y con antecedentes coronarios.

- b) **Fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad (FAMEs).** Constituyen el grupo de fármacos más importantes y son el pilar fundamental sobre el que asienta el tratamiento de la AR. Deben su nombre a que no sólo mejoran los síntomas de la artritis, sino que frenan la enfermedad y enlentecen la destrucción y deformidad de las articulaciones. Actúan interfiriendo sobre la producción de sustancias o funciones de células que están implicadas en la inflamación de la membrana sinovial, aunque el mecanismo de acción de algunos de ellos no se conoce con exactitud. Su acción beneficiosa suele observarse al cabo de un tiempo de su administración (entre 3 y 10 semanas aproximadamente, dependiendo del medicamento). Su uso es obligatorio ante todo paciente que haya sido diagnosticado de AR. Los medicamentos incluidos en este grupo son: metotrexato, leflunomida, salazopirina (o sulfasalazina), las sales de oro intramusculares (aurotiomalato), los antimaláricos (cloroquina e hidroxicloroquina) y la ciclosporina. Otros FAMEs, como la penicilamina o la azatioprina, ya no se utilizan hoy en día para tratar a los pacientes con AR. Dentro de los FAMEs el más utilizado es el metotrexato, ya que tiene una eficacia contrastada y, si se usa adecuadamente, tiene pocos efectos adversos. En algunos pacientes pueden utilizarse los FAMEs en combinación. Los FAMEs, a diferencia de lo que mucha gente cree, suelen ser bien tolerados y su perfil de seguridad es bueno. Esto no quiere decir que puedan aparecer efectos adversos en el curso de su administración, que generalmente son leves y desaparecen con la suspensión o la disminución de dosis del fármaco. En la tabla 1 se resume la posología habitual y los efectos secundarios más frecuentes de los distintos FAMEs
- c) **Glucocorticoides:** Los fármacos derivados de la cortisona suelen tener mala prensa, ya que, si se usan a dosis altas y por períodos de tiempo prolongados pueden ocasionar efectos secundarios importantes. No obstante, un empleo juicioso de estos fármacos es muy útil en la AR. Pueden utilizarse en las fases iniciales de la enfermedad, en espera que los FAMEs ejerzan su acción o en períodos de exacerbación de la artritis. Hay que usarlo durante el menor tiempo posible, aunque algunos pacientes con AR emplean dosis bajas del medicamento

durante largos periodos de tiempo, sin efectos secundarios graves. Los glucocorticoides son también los compuestos que suelen utilizarse para la realización de las infiltraciones articulares, con muy buenos resultados. Pueden ocasionar diferentes efectos secundarios, como la osteoporosis, diabetes, cataratas, etc.

- d) **Fármacos biológicos.** Representa el principal avance terapéutico en esta enfermedad. Su empleo en la práctica clínica diaria data de hace unos cinco años. Son fármacos, diseñados por técnicas complejas de biología molecular, que van dirigidos específicamente a bloquear la acción de sustancias que hoy en día se sabe que tienen un papel esencial en la perpetuación de la inflamación sinovial y la destrucción de las articulaciones. Los medicamentos que han resultado de mayor éxito son los dirigidos contra una proteína (citocina) denominada factor de necrosis tumoral alfa ($TNF\alpha$); son los denominados antagonistas o bloqueadores del $TNF\alpha$ (o fármacos anti- $TNF\alpha$): infliximab (anticuerpo monoclonal quimérico [75% humano y 25% de ratón]), etanercept (receptor soluble del $TNF\alpha$) y adalimumab (anticuerpo monoclonal humano). El primero se utiliza por vía endovenosa y los demás por vía subcutánea. El anakinra es un fármaco biológico que bloquea la acción de la interleuquina 1 y también ha demostrado su eficacia en la AR, aunque en menor medida que los anteriores. Hoy en día se están investigando nuevos fármacos biológicos dirigidos contra otras proteínas o sustancias que tienen un papel en el desarrollo de la enfermedad, algunos de los cuales han dado resultados muy esperanzadores. Los antagonistas del $TNF\alpha$ han demostrado su eficacia en el control de la artritis en pacientes que no habían respondido satisfactoriamente a los FAMES y además se ha comprobado que tienen un efecto notable sobre la destrucción de las articulaciones, evitando su progresión. Aunque su perfil de seguridad es bueno, pueden ocasionar algunos efectos secundarios (predisposición a infecciones, sobre todo tuberculosis, reacciones alérgicas, etc.), por lo que sólo deben ser manejados por especialistas con conocimiento de estos productos. El coste económico de estos fármacos es elevado.
- e) **Otros fármacos.** Muchos enfermos siguen tratamiento con otros medicamentos con un papel que podríamos denominar secundario en la enfermedad, en función de las características de cada paciente, como analgésicos menores tipo paracetamol, relajantes musculares, ansiolíticos o antidepresivos. Cabe recordar que muchos pacientes con AR reciben además tratamiento concomitante con otros fármacos por otras patologías (hipertensión arterial, hipercolesterolemia, diabetes), circunstancia que debe tenerse presente para evitar interacciones y conseguir un buen cumplimiento del tratamiento.

Tabla 1

FÁRMACOS ANTIRREUMÁTICOS MODIFICADORES DE ENFERMEDAD (FAMEs).
DOSIS HABITUALES Y EFECTOS SECUNDARIOS MÁS FRECUENTES

FAME	DOSIS HABITUAL	EFECTOS SECUNDARIOS MÁS FRECUENTES
Metotrexato	10-25 mg/semana	Toxicidad hepática Aftas (úlceras) bucales
Leflunomida	10-20 mg/día	Toxicidad hepática Diarrea, caída cabello
Salazopirina	2-3 gr/día	Molestias gástricas
Sales de oro intramusculares	Inicial: 50 mg/sem Mantenimiento 50 mg/2-4 semanas	Toxicidad cutánea Estomatitis (úlceras bucales) Albúmina en orina
Antimaláricos	Cloroquina: hasta 4 mg/Kg de peso/día Hidroxicloroquina: hasta 6 mg/Kg de peso/día	Toxicidad ocular (retina) Hiperpigmentación cutánea
Ciclosporina A	Hasta 2,5 mg/Kg/día	Hipertensión arterial Insuficiencia renal

En este contexto, ¿cuál sería la estrategia actual de tratamiento medicamentoso en la AR? Como se ha comentado previamente, es muy importante realizar un diagnóstico precoz de la enfermedad, para realizar un tratamiento lo más rápido posible. Una vez el paciente es diagnosticado de AR, debe ser tratado de forma inmediata con un FAME. Ya que estos compuestos tienen una acción retardada, puede prescribirse momentáneamente AINEs o glucocorticoides por vía oral (e infiltraciones articulares si fuera preciso). Si, al cabo de unas semanas, el paciente sigue con evidencia de inflamación articular, puede incrementarse la dosis de FAME, añadir otro FAME o cambiar un FAME por otro. El objetivo sería reducir la inflamación articular al máximo, ya que así, aparte de mejorar los síntomas del paciente, evitamos que se produzca la destrucción y desgaste de las articulaciones. Si después de utilizar dos o más FAMEs (se recomienda que uno de ellos sea siempre el metotrexato) la enfermedad no está controlada, estaría indicado usar un antagonista del TNF α . En general, estos compuestos biológicos suelen usarse conjuntamente con el metotrexato, ya que estudios recientes ponen de manifiesto que si

se usan conjuntamente, aumenta notablemente la eficacia y la duración del efecto terapéutico. No se recomienda por el momento que los antagonistas del TNF α . se administren en las fases más iniciales de la enfermedad, antes de haber probado los FAMEs. Desafortunadamente, con esta estrategia de tratamiento no logramos curar la enfermedad, pero la mayoría de pacientes experimenta una notable mejoría con buen control del dolor y la inflamación de las articulaciones y, lo que es muy importante, con una buena función física y calidad de vida.

PARA RECORDAR

- 1** La artritis reumatoide (AR) todavía no se puede curar, pero los tratamientos actuales suelen ser muy efectivos.
- 2** Los antiinflamatorios son tratamientos puramente sintomáticos, que suelen utilizarse en las fases de brote de la artritis.
- 3** Los fármacos antirreumáticos modificadores de enfermedad (FAMEs) frenan la enfermedad y enlentecen la destrucción y deformidad de las articulaciones, y son el pilar fundamental sobre el que asienta el tratamiento.
- 4** Los glucocorticoides suelen tener mala prensa por sus efectos secundarios, pero un empleo juicioso de estos fármacos es muy útil en la AR.



Preguntas de los pacientes

respondidas por el Dr. Raimon Sanmartí
Hospital Clínico de Barcelona



> *¿Puede la suspensión del tratamiento provocar una reactivación de la enfermedad?*

La respuesta es un Sí rotundo. La práctica totalidad de lo enfermos que están siendo tratados con FAMEs, como metotrexato, leflunomida, salazopirina, etc, y estaban bien controlados mientras lo tomaban, reactivan su enfermedad al abandonarlos. Dicha reactivación no suele ser inmediata, sino que tarda unas semanas (de tres a cuatro semanas en el caso del metotrexato y de meses en el caso de las sales de oro). Ocasionalmente, aunque ésta no es en absoluto la regla general, algunos pacientes no sufren esta reactivación; esto puede verse curiosamente en algunos casos tratados con sales de oro que estaban en remisión y han abandonado el tratamiento por toxicidad; estos pacientes pueden continuar en remisión durante varios meses. También puede observarse este fenómeno en algunos casos de poliartritis de muy poco tiempo (menos de 3 meses) de evolución, que, aunque cumplían los criterios actualmente aceptados de AR, podrían en realidad no serlo y remitir completamente de forma espontánea.

Esta reactivación de la enfermedad puede verse también en pacientes que reducen rápidamente los glucocorticodes. Los pacientes tratados con fármacos biológicos también suelen reactivar la artritis cuando se suspende el tratamiento.

> ¿Existe un tratamiento que cure esta enfermedad?

Desafortunadamente NO. Aunque se ha avanzado mucho en los últimos años en el conocimiento de la AR y los mecanismos implicados en la inflamación de la membrana sinovial y la destrucción del hueso y cartilagos articulares, se desconoce cuál es exactamente su causa. Mientras ésta no se conozca con certeza, es difícil pensar en una curación definitiva de la enfermedad. Las nuevas terapias biológicas consiguen que muchos enfermos, que anteriormente tenían una artritis grave y con gran actividad inflamatoria, controlen la enfermedad y algunos incluso prácticamente no tengan síntomas, pero tampoco curan la enfermedad. En algunos enfermos tratados con FAMEs también se consigue este efecto, con práctica ausencia de dolor, rigidez e inflamación articular. Este estado, que denominamos remisión, es relativamente poco frecuente y no suele ser muy duradero en el tiempo. Además, como se ha comentado, la enfermedad suele reactivarse si el paciente abandona el tratamiento antirreumático.

Así pues, la AR es una enfermedad crónica, que puede controlarse adecuadamente con los tratamientos actuales, pero que precisará de un manejo preciso por parte del reumatólogo y, en general, un uso continuado de los medicamentos antirreumáticos.

¿Existen otros tratamientos EN ESTA ENFERMEDAD?

Dr^a. Rosario García de Vicuña

Hospital de la Princesa. Madrid

Introducción

El objetivo final del tratamiento en cualquier enfermedad es devolver al paciente la calidad de vida que podría disfrutar si no estuviera enfermo. Esta afirmación se hace especialmente válida en enfermedades crónicas como la artritis reumatoide (AR), que limita las capacidades físicas y puede conducir a cambios de humor, ansiedad e incluso depresión. Con este ambicioso objetivo, el tratamiento global de un paciente con artritis reumatoide incluye varios pilares terapéuticos que complementan el tratamiento con fármacos y que deben tenerse en cuenta de forma individualizada. El extraordinario avance en el tratamiento farmacológico de la enfermedad en los últimos años ha hecho que los periodos de gran incapacidad física sean mucho más limitados y que las limitaciones a largo plazo mejoren en una gran parte de los pacientes. A lo largo de este capítulo intentaremos esbozar algunos principios generales sobre estas medidas, pero no debemos perder de vista que **nunca pueden sustituir al tratamiento de fármacos**, ya que no sirven para controlar los mecanismos que producen la inflamación ni los que directamente dañan el cartílago, el hueso, tendones o ligamentos.

1. Estilo de vida. Recomendaciones generales

Tradicionalmente se ha recomendado a los pacientes con AR modificar su estilo de vida, tanto doméstico como laboral, para evitar gran actividad física o estrés psíquico. Sin embargo, estas recomendaciones no pueden hacerse extensivas a todos los pacientes y van a depender de la actividad de la enfermedad y de las secuelas irreversibles que se hayan producido.

- En pacientes con poca duración de la enfermedad, en los que se ha conseguido la remisión (ausencia de dolor, rigidez, cansancio y sin inflamación en la exploración y analítica) y sin daño en las articulaciones, las recomendaciones pueden ser las mismas que para la salud de la población general. Esto incluiría una dieta adecuada (la dieta mediterránea en nuestro país es muy saludable), no fumar, descanso nocturno de 8 horas y ejercicio aeróbico de moderada intensidad durante 30 minutos al menos 3 días

por semana. Dependiendo del tratamiento con fármacos, el reumatólogo puede prohibir o restringir las bebidas alcohólicas respecto a la recomendación general (un vaso de vino en las comidas diario). Por lo tanto, en estos pacientes, la actividad doméstica no tiene por qué cambiar y, salvo que la actividad laboral o de ocio requiera actividad física mantenida y muy intensa, no tendría por qué ser modificada.

- En los pacientes que presentan síntomas como dolor, inflamación o cansancio, la modificación del estilo de vida dependerá de la intensidad y duración de los síntomas, y del daño articular, así como de las articulaciones afectadas. Hoy sabemos que la inactividad prolongada en estos pacientes es claramente nociva. Por lo tanto, esta situación puede mejorarse mediante un adecuado balance entre el reposo, con recomendaciones específicas sobre reposo general o de una articulación concreta, y el ejercicio.

En cuanto al entorno laboral, que no siempre puede ser modificado o elegido, se deben evitar trabajos con actividad física intensa, sobre todo si es mantenida, permanecer mucho tiempo de pie o sin moverse de una posición fija, o realizar movimientos repetitivos con las articulaciones afectadas (manos, hombros, rodillas), sobre todo si requieren fuerza. Estas recomendaciones incluyen actividades del trabajo doméstico, como retorcer ropa, usar fregonas, abrir tarros o utensilios a rosca, limpiar cristales, etc. Si el trabajo es sentado, debe mantenerse la espalda recta y apoyada, con los antebrazos apoyados y no pegados al cuerpo. Hay que evitar permanecer con la espalda o el cuello



doblados durante períodos prolongados. Es recomendable levantarse cada 60 o 90 minutos y estirar los músculos o caminar durante 5 minutos.

- El uso de un calzado adecuado es fundamental. Debe ser elástico pero firme y con el talón sujeto, para lo que se pueden usar zapatos deportivos o tipo botín con el tobillo y talón sujetos o con un refuerzo posterior. La puntera debe ser ancha y el empeine alto para evitar el roce con los dedos si tienen deformidades. El reumatólogo puede indicar las plantillas adecuadas si hay anomalías en el apoyo plantar.

2. Reposo y ejercicio

2.1. Reposo. Es un componente crucial en el cuidado de los enfermos reumáticos y puede dividirse en general (de todo el cuerpo) o de una articulación (o un grupo articular) específicamente.

Reposo general. El reposo general adecuado, incluyendo el sueño reparador nocturno, es necesario para la salud general. El reposo nocturno puede comenzarse con actividades relajantes (baño o ducha caliente o ejercicios de relajación), y es recomendable que las horas de inicio y despertar sean regulares. También es aconsejable comenzar el día con un baño o ducha caliente, que reduce la rigidez o el agarrotamiento de las articulaciones tras el reposo prolongado. Debe asegurarse una superficie firme, con almohadas que sujeten la cabeza y el cuello sin producir la flexión hacia adelante del cuello o los hombros, y que permitan mantener el cuerpo alineado si se descansa de lado. Hay que evitar mantener las articulaciones dobladas y poner almohadas bajo las rodillas. En períodos de brote articular inflamatorio se debe procurar reposo nocturno de 8 a 10 horas, con períodos de 30-60 minutos adicionales por la mañana y por la tarde. La duración de estos períodos se limitará a la resolución del brote agudo, ya que la inactividad prolongada es claramente nociva para la recuperación general y articular.

Reposo articular. En períodos de dolor o inflamación que afecta a una articulación determinada, puede estar indicado el reposo para evitar lesiones de la cápsula, tendones o ligamentos. Se pueden usar férulas o aparatos (ortesis) que, colocados en la articulación, permiten disminuir la movilidad o la carga. Estos sistemas pueden usarse durante los períodos de descanso para evitar deformidades (figura 1) o durante actividades potencialmente estresantes sobre la articulación (ej.: férulas para proteger la rodilla, figura 1). La carga sobre una articulación puede ser controlada mediante utensilios de descarga (bastones), o modificando las actividades habituales en las que participen articulaciones de carga (rodillas o caderas). Subir-bajar escaleras, estar de pie sobre una sola pierna, o cargar

pesos superiores al 10% del peso corporal puede producir sobrecarga en la cadera, y caminar muy rápido o correr aumenta el estrés mecánico sobre las rodillas. Por lo tanto, en períodos de inflamación aguda de estas articulaciones o en pacientes en las que estén irreversiblemente dañadas se cambiará el ejercicio habitual hacia actividades de bajo impacto o con gravedad reducida, como nadar, bicicleta estática o caminar normalmente.

2.2. Ejercicio. Las personas con artritis de larga evolución o aquellas que mantienen cierta actividad de la enfermedad, presentan disminución del rango de movimientos, menos fuerza y potencia muscular, anormalidades en la marcha y en la postura y falta de acondicionamiento físico general. Pero, como en cualquier persona sana, la condición física general depende también del nivel de actividad física que se desarrolle habitualmente, y ésta repercute en la capacidad cardiorrespiratoria, contenido de grasa corporal total y resistencia física. Los pacientes con AR pueden disminuir su debilidad física con diferentes grados de ejercicio aeróbico, de resistencia y de flexibilidad.

Mantenimiento de la movilidad articular y flexibilidad. El ejercicio puede reducir la rigidez, incrementar o mantener el rango de movimiento de una articulación, e incrementar la longitud y elasticidad de los músculos y tejidos blandos que rodean la articulación. En la tabla 1 se recogen las recomendaciones para los ejercicios que mantienen el recorrido articular y la flexibilidad. Durante la inflamación aguda, la movilidad articular se debe mantener mediante movimientos de todo el recorrido de la articulación (puede precisar la ayuda de otra persona), al menos una vez al día.

Acondicionamiento

muscular. Los programas para mejorar la fuerza y la resistencia muscular incluyen varios tipos de ejercicio.

- a) El ejercicio *isométrico* implica contracción mantenida muscular sin movimiento articular. El ejemplo más práctico es el que realizamos con el bíceps del brazo “al echar un pulso”.



Figura 1. DIFERENTES TIPOS DE FÉRULAS PARA PROTEGER LAS ARTICULACIONES. En la imagen de la izquierda vemos una férula de descanso (nocturna) para mantener en buena posición la muñeca y los dedos y evitar deformidades en flexión o la desviación de los dedos. En la derecha, una férula textil para proteger la rodilla durante la marcha.

Tabla 1

RECOMENDACIONES PARA EL EJERCICIO DE RECORRIDO ARTICULAR Y FLEXIBILIDAD

1. Ejercicio diario en el momento de menor dolor y rigidez
2. Tomar una ducha caliente o aplicar calor o frío local antes y después del ejercicio
3. Movilizar la articulación en todo su recorrido:
 - a). por la noche para reducir la rigidez matutina
 - b). por la mañana para entrar en calor antes de levantarse
4. Modificar la frecuencia y/o el tipo de ejercicio para evitar provocar dolor articular durante o después del ejercicio
5. Usar aparatos de ayuda, como poleas situadas por encima de la cabeza o varas (un mango largo) para realizar ejercicios suaves de estiramiento muscular
6. Reducir el número de repeticiones si las articulaciones están inflamadas

b) *Ejercicio dinámico*. Consiste en repeticiones de contracción y relajación de un músculo que supone movimiento articular y cambios en la longitud del músculo. Puede iniciarse realizando elevaciones del grupo muscular contragravedad y seguir posteriormente con movimientos contra-resistencia (ej.: pesas o aparatos).

c) *Ejercicio aeróbico*. Además de aumentar la resistencia física, este tipo de ejercicio, junto a una dieta adecuada, fortalece el corazón, los pulmones y el sistema circulatorio. Una vez que consigue aumentar la frecuencia cardíaca (las pulsaciones) desencadena mecanismos metabólicos que queman las grasas, pero debe ser rítmico, continuo y mantenido durante un mínimo de 20 minutos, 3 veces por semana, para obtener beneficios (tabla 2). En pacientes con riesgo de sobrecarga articular se recomienda ejercicio aeróbico progresivo, de moderada-baja intensidad (nadar o correr con el cuerpo sumergido, ejercicios acuáticos, bicicleta estática, bailar, jardinería), de forma prolongada o habitual.

3. Terapia física

Las modalidades físicas de calor, frío o electroterapia se usan con frecuencia para mejorar el dolor, la rigidez y la flexibilidad de forma local en un área articular, pero sus efectos duran poco tiempo y no curan la enfermedad. A largo plazo, muchos estudios demuestran

Tabla 2

BENEFICIOS DEL EJERCICIO AERÓBICO

1. Fortalece y aumenta la eficiencia del corazón
2. Mejora la circulación sanguínea
3. Reduce la tensión arterial
4. Incrementa los niveles de colesterol protector (HDL)
5. Reduce los triglicéridos (un tipo de grasas) en sangre
6. Aumenta la energía y resistencia física
7. Disminuye la tensión psíquica y el estrés
8. Mejora la calidad del sueño y descanso nocturno
9. Aumenta la respuesta a la insulina (sustancia que metaboliza la glucosa)
10. Aumenta la densidad mineral del hueso
11. Reduce el exceso de grasa corporal (con dieta adecuada)

que el ejercicio adecuado consigue mejor estos objetivos, en los que la aplicación de calor o frío puntual puede ser complementaria.

3.1. Calor y frío

El calor *superficial* penetra en la piel sólo unos escasos milímetros (no alcanza las articulaciones) y se puede aplicar con la misma eficacia usando bolsas calientes, baños de parafina, lámparas de infrarrojos o hidroterapia. Se puede usar en casa de forma segura siguiendo unas mínimas instrucciones. Puede ser útil al inicio del día o antes de comenzar el ejercicio. No debe aplicarse más de 20 minutos y no debe producir dolor. Nunca se debe dormir sobre una bolsa o manta caliente, ya que puede producir quemaduras. En general, si una articulación se ha hinchado de forma aguda, rápida, o tras realizar un ejercicio repetido, se recomienda usar bolsas de hielo para reducir el dolor y la hinchazón. La profundidad que alcanza depende del tiempo de aplicación, que generalmente varía entre 10-30 minutos, pero hay que tener cuidado para no producir congelaciones.

El calor *profundo* se produce por la conversión de energía eléctrica (onda corta) o del sonido (ultrasonidos) en energía calórica que alcanza regiones más profundas, como el músculo o los tejidos de la articulación. La onda corta se suele aplicar durante 20 minutos en áreas extensas del cuerpo (por ejemplo, región cervical o lumbar), mientras que el ultrasonido se focaliza en áreas mucho más pequeñas (ej.: una zona de un tendón

o ligamento) y en períodos más cortos de 3-10 minutos. La aplicación de estas fuentes no puede hacerse en el domicilio y requiere un fisioterapeuta.

3.2. TENS (estimulación eléctrica de un nervio a través de la piel)

Un aparato colocado en la piel puede enviar impulsos eléctricos a los nervios que llegan a la articulación y su cápsula disminuyendo el dolor y la rigidez. Proporciona alivio sintomático en una articulación, pero no superior a la que se alcanza con antiinflamatorios no esteroides, por lo que su aplicación también es limitada.

4. Infiltraciones de corticoides

Se usan para tratar la inflamación de áreas limitadas, cuando no responden al tratamiento general con fármacos, o si interesa controlar de forma rápida la hinchazón o limitación de movimiento. Consiste en la administración de un corticoide, mediante una inyección, en el interior de una articulación, de una bolsa sinovial o en la vaina que rodea a un tendón. Se puede realizar en la Consulta por el Reumatólogo y reducen la inflamación local y, por lo tanto, el dolor, de forma mucho más rápida que otros antiinflamatorios no esteroides, con mínimos efectos secundarios. Su efecto puede prolongarse durante semanas o incluso meses.

5. Cirugía ortopédica y reparadora

Cuando el tratamiento médico y las infiltraciones de corticoides no pueden controlar la actividad inflamatoria de una articulación, o si está muy dañada y el dolor y la disminución de movilidad comprometen la realización de actividades cotidianas, se recurre a la cirugía para repararlas. El tipo de cirugía varía desde una artroscopia hasta la sustitución completa de una articulación por otra artificial y es realizada por unos especialistas de Traumatología llamados Cirujanos Ortopédicos.

En la artroscopia no hace falta abrir la articulación, por lo que la recuperación es muy rápida, pero habitualmente se realiza bajo anestesia general. El cirujano inserta varios tubos con diferentes instrumentos en el interior de la articulación que le permiten retirar el tejido sinovial inflamado (sinovectomía) o reparar los tejidos bajo visión directa del interior. En otros casos la sinovectomía puede requerir cirugía abierta, que también se realiza para reparar tendones, corregir desviaciones articulares o eliminar parte de los huesos de una articulación que producen dolor o deformidad (ej.: cabezas de metatarsianos en pies o parte del radio en el codo).

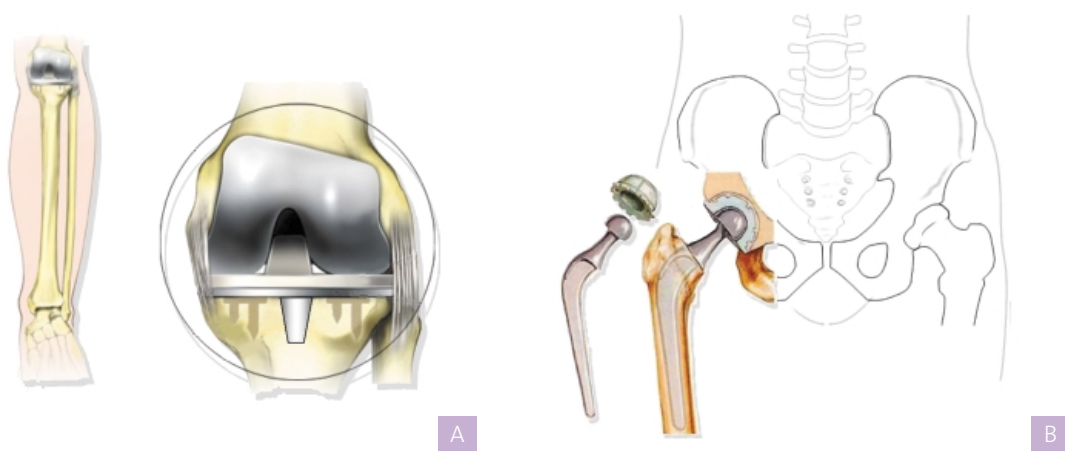


Figura 2. (A). Componentes de una prótesis total de rodilla: en el fémur se inserta un componente metálico que se extiende para articularse con la rótula. Generalmente en la cara posterior de la rótula se aplica un componente plástico (polietileno) que reemplaza al cartílago dañado. En la tibia hay un componente plástico (polietileno) que es el que forma la superficie articular con el componente femoral, y un componente metálico con un anclaje que se introduce en la tibia. En otras ocasiones este componente metálico se ancla en la tibia mediante tornillos. (B). Componentes de una prótesis total de cadera. En la cadera enferma se elimina la cabeza femoral (esfera) y el acetábulo (la cúpula que la acoge en el hueso de la pelvis). La cabeza del fémur se reemplaza con una bola metálica que se ancla al fémur con un vástago metálico, insertado en la cavidad del hueso largo y fijado con cemento. En el acetábulo se coloca una cúpula artificial de plástico (polietileno) que se sujeta al hueso con cemento. Como alternativa al cemento, se pueden recubrir los elementos artificiales con un material poroso que permite el crecimiento del hueso normal alrededor de la prótesis.

Cuando una articulación está destruida se reemplaza por materiales artificiales (prótesis) en una intervención denominada reemplazamiento o sustitución articular, que puede ser total (todos los componentes de la articulación) o parcial. Inicialmente, en cada extremo de la articulación, hay que retirar el cartílago y el hueso dañados para insertar los componentes artificiales. Las pequeñas articulaciones de las manos pueden ser reemplazadas por material plástico especial, mientras que las grandes, como rodilla o cadera, se suelen reemplazar con metales. En la figura 2 se recogen los componentes de una prótesis total de rodilla (A) y de cadera (B). La fijación de estos componentes al hueso se puede realizar con un cemento especial (prótesis cementadas) o recubriendo el componente artificial con una superficie porosa especial que permite el crecimiento del

hueso sano alrededor de la prótesis para fijarla. En los últimos años, el vástago femoral de las prótesis de cadera se recubre con un material cerámico, la hidroxiapatita, que es un componente mineral del hueso normal, con la intención de que el hueso sano adyacente crezca dentro del recubrimiento y fije la prótesis. Las articulaciones que con mayor frecuencia requieren una sustitución total, y en las que hay una experiencia mayor y más prolongada, son las grandes articulaciones de carga, como la rodilla o la cadera, pero últimamente se está avanzando en la colocación de prótesis de codo y hombro.

Antes de cualquier cirugía hay que hacer una cuidadosa valoración de la actividad de la enfermedad, revisar la medicación e identificar los factores de riesgo que puedan suponer complicaciones añadidas. El cirujano ortopédico decidirá con el paciente cuál es el tipo de cirugía o de prótesis más adecuado, dependiendo de la edad, el estado previo de la articulación y del hueso, el tipo de vida y la actividad física del paciente. Las complicaciones intraoperatorias ocurren en menos del 5%. Las postoperatorias (trombosis en las venas de las piernas o émbolos pulmonares, infecciones, movilidad de la prótesis) pueden reducirse mediante tratamientos profilácticos adecuados y una buena técnica quirúrgica. El tratamiento rehabilitador precoz es fundamental en la recuperación, y prácticamente el 100% de los pacientes experimentan alivio del dolor y mejoran su capacidad de movimiento respecto a la previa.

PARA RECORDAR

- 1 En periodos de dolor o inflamación que afecta a una articulación determinada, puede estar indicado el reposo para evitar lesiones de la cápsula, tendones o ligamentos.
- 2 Después de un brote, los pacientes con AR pueden disminuir su debilidad física con diferentes grados de ejercicio aeróbico, de resistencia y de flexibilidad.
- 3 Las infiltraciones se usan para tratar la inflamación de áreas limitadas, cuando no responden al tratamiento general con fármacos.
- 4 Cuando una articulación está destruida se reemplaza por materiales artificiales (prótesis) en una intervención denominada reemplazamiento o sustitución articular.



Preguntas de los pacientes

respondidas por la Dr^a. Rosario García de Vicuña
Hospital de la Princesa. Madrid



> *¿Cuánto dura una prótesis de rodilla?*

La principal complicación a largo plazo de una prótesis de rodilla es que alguno de los componentes artificiales se “despegue” del hueso adyacente y la prótesis se mueva. Esto ocurre porque el cemento se puede agrietar o cuartear, porque el hueso alrededor del cemento o de otros materiales se reabsorba o porque haya un “rechazo” a los componentes artificiales. Esta complicación se relaciona en parte con el peso y con la actividad física, y por eso es más frecuente en personas obesas o menores de 55 años. Además de mantener un peso adecuado, es muy importante evitar actividades físicas que sobrecarguen la articulación, como correr o deportes de contacto. Si tenemos en cuenta toda la población operada por cualquier enfermedad, la duración de las prótesis cementadas es mayor en los pacientes mayores de 55 años, las mujeres, las intervenciones realizadas después de 1990 (las técnicas quirúrgicas han mejorado) y en pacientes operados por artritis reumatoide (en comparación con artrosis u otras causas de cirugía). Así, en pacientes con artritis reumatoide, una prótesis total cementada se mantiene sin complicaciones en casi el 95% de los pacientes a 10 años, en el 85% a 15 años, y entre 70-75% a los 20 años. En las prótesis de cadera, si eliminamos los pacientes con una recomendación dudosa o con malas condiciones iniciales, la prótesis puede permanecer con éxito casi en el 95% a los 15 años. Otras causas que hagan fracasar la prótesis, como infecciones tardías, ocurren entre el 1-3%, sobre todo en situaciones que disminuyan las defensas. Es muy importante seguir las indicaciones de profilaxis con tratamiento antibiótico ante cualquier cirugía, procedimientos diagnósticos o tratamientos invasivos (incluido el dentista) que puedan movilizar gérmenes a la sangre y, por lo tanto, alcanzar la articulación sustituida.

> *¿Son buenos los balnearios?*

La creencia en las propiedades curativas de las aguas minerales o termales data de la Antigüedad y está especialmente arraigada en Europa. El término balneoterapia aludía tradicionalmente a la hidroterapia en aguas naturales termales o con componentes minerales especiales, pero actualmente se ha ampliado a otras modalidades “curativas” y lúdicas que se agrupan bajo el término Spa. La terapia Spa incluye además la inmersión en agua de mar (talasoterapia), la aplicación de barro caliente u otras sustancias (¡hasta se invocan las propiedades terapéuticas del chocolate!), múltiples tipos de masajes y manipulaciones y, generalmente, en unas condiciones climáticas especiales de exposición solar, temperatura, humedad y presión. Desde el punto de vista médico, el beneficio de esta terapia puede derivar de la aplicación de calor superficial que ya hemos descrito, un efecto mecánico por la inmersión, que mejora el tono muscular y favorece el movimiento, y un efecto químico, por la composición mineral de las aguas. Sin embargo, no hay evidencia de que los elementos minerales sean absorbidos a través de la piel, y la dieta con suplementos minerales (cobre, manganeso, selenio) no ha demostrado beneficio, salvo que se compruebe una deficiencia. La mayoría de los estudios realizados tienen importantes defectos para justificar su recomendación de forma generalizada, pero casi siempre se observa mejoría de alguno de los síntomas (dolor, rigidez) o de la movilidad, pero de corta duración (semanas). Los balnearios no pueden ser un sustituto de la medicación, sino una posible terapia complementaria en determinados pacientes sintomáticos. Dado el componente lúdico que proponen las múltiples áreas turísticas que se han desarrollado en torno a estas terapias, es difícil separar el componente realmente terapéutico del indudable beneficio de la relajación y el descanso en un ambiente óptimo alejado de la dura vida cotidiana.



Mitos y realidades de la ARTRITIS REUMATOIDE

Dr. F. Javier Ballina

*Unidad de Reumatología.
Hospital Universitario Central de Asturias*

La palabra “mito” significa textualmente: “fábula que desfigura la realidad”. Efectivamente, en las culturas antiguas, como la griega, cuando a un hecho no le encontraban explicación, recurrían a elaborar un mito, en el que generalmente intervenían los dioses de una manera fundamental. Por ejemplo, para explicar los males del mundo, los griegos inventaron el mito de la “caja de Pandora”, en el que el dios Júpiter, para castigar a los hombres, envía a la Tierra a Pandora con una caja que, se le ordena, no debe ser abierta. Como el propio Júpiter preveía, Pandora abre la caja y de esa forma se escapan todos los males al mundo. Es curioso, y viene a colación, relatar que el propio mito menciona que al abrir la caja se escaparon todos los males, entre ellos el reumatismo, la gota y otras enfermedades.

Las enfermedades reumáticas no son, por tanto, algo moderno. Son tan viejas como la humanidad. No es, pues, sorprendente que unas enfermedades tan antiguas estén llenas de mitos y fabulaciones, que arraigan en la cultura popular y cuyo peligro es que sirvan de base para que charlatanes y otros curanderos aparten a los enfermos de las verdaderas soluciones que no están en otro sitio que en la medicina científica, es decir, en la Reumatología actual.

1) El reuma es una enfermedad

El primer mensaje que quisiera dejarles es "NO SOLAMENTE EL REUMA NO ES UNA ENFERMEDAD, SINO QUE EL REUMA NO EXISTE". Para muchos, esto no dejará de ser sorprendente. Estamos acostumbrados a pensar que esos dolores o molestias que padecemos sobre el aparato locomotor son simplemente "reuma". Son frecuentes comentarios como "mi padres padecen de reuma" o "he consultado al médico por mi reuma".

Sin embargo, el "reuma" o "reúma" no es una enfermedad, ni siquiera es mencionado así en ningún libro de Medicina. Lo que existen son las ENFERMEDADES REUMÁTICAS. El cambio de pensar de "reuma" a enfermedades reumáticas no es, ni mucho menos, pequeño. Los pacientes no informados, cuando tienen una enfermedad reumática, piensan o pueden pensar "tengo reuma" (con su connotación de banalidad, de incurable, de algo etéreo) y se toman la primera aspirina que encuentran, negándose a sí mismos la posibilidad de un diagnóstico y un tratamiento adecuado a su problema. Un paciente, mal informado en esta cuestión, también puede aceptar con resignación que un médico poco versado en estos temas le diga "lo suyo es reuma". Pues no, señor. No acepten el diagnóstico de reuma: Ud tendrá artritis, artrosis o cualquiera de las enfermedades reumáticas, pero no reuma; el reuma no existe.

El "reuma" no existe en la Medicina. Existe la Reumatología, la especialidad que se ocupa del tratamiento de las enfermedades reumáticas, es decir, de las enfermedades del aparato locomotor. El aparato locomotor, a su vez, está formado por los huesos, músculos y articulaciones. Sus funciones principales son sostener a las vísceras y los tejidos, y facilitar el movimiento.

Estas enfermedades carecen de "glamour", pocas veces verán Udes. titulares espectaculares en los periódicos refiriéndose a las enfermedades reumáticas, aunque sí los verán del SIDA o del trasplante cardíaco. Pero tengan presente los siguiente y compréndanlo en toda su profundidad: LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS SON LA PRIMERA CAUSA DE DOLOR Y DE INCAPACIDAD.

2) La artritis es poco más que "un dolor de huesos" (es decir, un pequeño inconveniente)

Muchas personas piensan que la artritis es algo así como cuando tenemos un resfriado, muy molesto pero banal. La realidad es muy otra. La artritis reumatoide puede ser un proceso serio que amenaza, no sólo el estilo de vida del paciente, sino también, en algunos casos,



la propia vida. La mortalidad, afortunadamente, no es frecuente en estas enfermedades, pero algunas artritis se complican con problemas de pulmón, corazón o riñón que pueden motivar graves problemas de salud.

Otra importante consecuencia es la pérdida de la capacidad laboral que pueden tener los pacientes con artritis. Las enfermedades reumáticas, en su conjunto, son la primera causa de incapacidad en todos los países occidentales. Tengamos además en cuenta que la artritis que afecta a personas jubiladas o amas de casa no parece que produzcan incapacidad laboral, pero también lo hacen.

Como consecuencia lógica, los gastos económicos que produce la artritis son abrumadores. Los gastos en que incurren los pacientes son de tres grandes tipos: *directos* (visitas al médico, gastos de farmacia, gastos en radiografías...), *indirectos* (si una persona no puede trabajar por su enfermedad, la sociedad le da una pensión de incapacidad) e *intangibles* (por ejemplo, contratar a un cuidador o arreglar la casa para que pueda circular una silla de ruedas...).

3) No sabemos nada de la artritis

Esta aseveración es sencillamente falsa. Conocemos muchas cosas de estas enfermedades, a las que la Medicina aplica el método científico y la investigación para su estudio, al igual que lo hacemos con la cardiología o el aparato digestivo. La Reumatología es precisamente el estudio científico de las enfermedades del aparato locomotor. Los avances en esta especialidad son continuos y eso nos permite tener muchos y muy buenos medicamentos que harán que los pacientes, sino curar, sí podrán aliviar su dolor y hacer una vida normal, o casi normal, en la mayoría de los casos. Así, por ejemplo, en la



artritis reumatoide conocemos que la causa está en unas células de la sangre, los linfocitos, que hacen que se produzcan una serie de sustancias que inflaman nuestras articulaciones.

La reumatología emplea los métodos más modernos en el diagnóstico de las enfermedades. La ecografía que nos permite ver en el interior de las articulaciones, la densitometría que mide la cantidad de calcio de los huesos, capilaroscopia... y otras muchas.

Por tanto, sabemos mucho de estas enfermedades y ello hace que, aunque no sean enfermedades banales, tengamos muchas armas en nuestras manos para hacerles frente.

4) Nada puede hacerse por los pacientes con artritis

A los pobres pacientes no les queda más que la aspirina (un buen medicamento, por cierto) y sobre todo la resignación. Tremendo error. Es cierto que muchas enfermedades reumáticas no curan, pero esto es algo que ocurre con la mayor parte de las enfermedades actuales en los países desarrollados. ¿Se cura la diabetes?, ¿o la hipertensión arterial? Todos sabemos que no. En general, las enfermedades del mundo actual se diagnostican y se tratan, con lo que se pueden controlar y evitar que progresen, pero no se pueden curar. Lo mismo sucede con los reumatismos.

Algunas enfermedades reumáticas se pueden curar, especialmente todas las infecciones que asientan en los huesos y en las articulaciones. Por ejemplo, la osteomielitis o la tuberculosis articular. En otras enfermedades no podemos curar, pero sí tratar y evitar que la enfermedad vaya a más. También podemos rehabilitar, y hacer que aquellas funciones que se habían perdido por la enfermedad se recuperen. Incluso, en algunas enfermedades, podemos prevenir su aparición o que den síntomas. Por ejemplo, evitar la obesidad y hacer ejercicio suave y adaptado a la edad previenen la aparición de artrosis en las rodillas. Tomar leche y productos ricos en calcio desde la niñez o la adolescencia previenen, especialmente en la mujer, el desarrollo de una osteoporosis después de la menopausia.

5) La artritis es “cosa de viejos”

Éste es un comentario que a veces oímos en boca de personas más o menos jóvenes, y que por ello se creen a salvo de este tipo de problemas. Sin embargo, no deja de ser otro mito. La artritis reumatoide puede afectar a cualquier edad, incluso a niños. En muchas

ocasiones esta enfermedad tan severa implica a gente joven, y puede suponer severas limitaciones en una época de la vida en que estas personas se están formando o están desarrollando una vida llena de responsabilidades.

Por otra parte, los ancianos en España suponen ya el 15% de la población, pero es que para el 2020 llegaremos a ser el 25% toda la población española. Una persona de cada cuatro tendrá más de 65 años. Habrá en España aproximadamente más de 10 millones de ancianos. Con un número tal de personas mayores, ¿cuántos de ellos serán reumáticos y precisarán asistencia? Es una realidad para no tomársela a la ligera.

6) La causa de la artritis está en el clima

Es cierto que muchos pacientes artríticos notan que sus síntomas empeoran en determinadas situaciones climáticas, como, por ejemplo, la humedad o el frío. Incluso algunos pueden predecir la lluvia o la nieve, porque sus articulaciones les "avisan" unos días antes de aparecer. Este hecho, de común conocimiento, pero también comprobado científicamente, es fácil de comprender si uno piensa que las articulaciones son lugares herméticamente cerrados donde se pueden notar claramente los cambios de presión atmosférica. Las personas sanas no apreciamos dichas modificaciones, que suceden cuando cambia el tiempo, pero sí lo hacen los que tienen alguna lesión en dichas articulaciones.

Sin embargo, desgraciadamente el clima no es la causa de la artritis reumatoide, y digo desgraciadamente, porque, si así fuera, con cambiar de residencia, a un clima diferente, la enfermedad estaría solucionada. No es así; la artritis reumatoide se ve en todas las partes del mundo y en todos los climas, y éste no influye más que discretamente en la apreciación de los síntomas.

7) La causa de la artritis está en la dieta

Determinadas personas piensan que una dieta puede conseguir curaciones de la artritis reumatoide. Es cierto que algunos pacientes con artritis mejoran de sus síntomas reumáticos de una forma notable cuando realizan estrictas dietas y adelgazan de una manera importante. La causa de esto está científicamente estudiada y se debe a que al dejar de comer grasas disminuye la producción de unas sustancias llamadas prostaglandinas que empeoran la inflamación. Sin embargo, con la dieta no se corrige ni se cura la enfermedad.

8) Mis padres sufrían de artritis, o sea, que yo estoy condenado a padecerlo

¿La artritis o el reumatismo se heredan? Herencia, en Medicina, son los factores que heredamos de nuestros padres, mediante los genes. La herencia juega un papel importante en la aparición de muchas enfermedades, y también en algunos tipos de enfermedades reumáticas, pero no es el único factor desencadenante. Como ya hemos venido hablando, otros factores, tales como el estilo de vida y los acontecimientos que se suceden durante su vida, también pueden determinar el desarrollo o no del reumatismo.

9) Si padeces artritis, tienes que acostumbrarte al dolor

El dolor es una especie de sistema de alarma que nos dice que "algo no va bien". Cuando nuestro organismo sufre un daño, los nervios del área afectada liberan señales químicas, que son enviadas hacia nuestro cerebro y allí sentimos el dolor. El dolor agudo generalmente nos dice cómo actuar; si tocamos una plancha caliente, el reflejo del dolor nos hace retirar la mano inmediatamente, impidiéndose que el calor lesione nuestra piel. El dolor crónico, como el que tienen las enfermedades reumáticas, es diferente, puesto que ya no es tan fácil de aliviar.

El dolor crónico que motivan las enfermedades reumáticas puede estar causado por varios factores: inflamación, lesión de las estructuras articulares, fatiga o cansancio y depresión o estrés. Cada tipo de dolor es diferente y, sobre todo, responde a diferentes terapéuticas. Por ello, el reumatólogo siempre tiene recursos para controlar el dolor de los pacientes reumáticos y hacer que no interfiera con su calidad de vida. Muchas cosas pueden hacerse para aliviar el dolor reumático: medicación, masajes, relajación, ejercicio adecuado y actitudes positivas frente a él, pero en ningún caso rendirse ante el dolor y pensar que hay que soportarlo como sea, porque no puede hacerse nada.

10) Los medicamentos para la artritis son más peligrosos que la enfermedad

Algunas personas tienen miedo de los efectos secundarios de las medicaciones antirreumáticas. Conocen que los antiinflamatorios pueden producir lesiones en el estómago o que los corticoides pueden "descalcificar los huesos". En cierto modo, tienen razón. Todos los medicamentos, no solo los antirreumáticos, pueden tener efectos secundarios. No obstante, cuando un medicamento se autoriza para ser prescrito por los

médicos tiene muchos estudios que nos dicen, no sólo que es eficaz, sino sobre todo que es muy seguro.

Desde luego que cuando tomamos un medicamento corremos un cierto riesgo. Un riesgo menor, en cualquier caso, que cuando tomamos un coche y circulamos por una autopista. Todo en la vida tiene algún riesgo. Sin embargo, los riesgos más importantes los corremos cuando tenemos una enfermedad y no la tratamos. Las enfermedades reumáticas, con frecuencia, son progresivas si no se tratan, y esto sí que es un peligro cierto. El riesgo está en tomarse los medicamentos por consejo de los vecinos o por cuenta propia. Utilizar los medicamentos antirreumáticos siguiendo el consejo del reumatólogo nos permite controlar la enfermedad, evitar que progrese y mantener nuestra calidad de vida.

PARA RECORDAR

- 1** El "reuma" o "réuma" no existe, no es una enfermedad. Lo que existen son las enfermedades reumáticas que, en conjunto, son la primera causa de incapacidad en todos los países occidentales.
- 2** La artritis reumatoide puede afectar a cualquier edad, incluso a jóvenes y niños, lo que puede suponer severas limitaciones en una época de la vida en que las personas se están formando o desarrollando una vida llena de responsabilidades.
- 3** Ni el cambio de clima, ni de dieta, conseguirán curar la artritis reumatoide. La herencia no es decisiva en la aparición de la enfermedad.
- 4** El riesgo de efectos secundarios con los medicamentos antirreumáticos es bajo, si se usan adecuadamente y bajo control médico.



Preguntas de los pacientes

respondidas por el Dr. F. Javier Ballina
Unidad de Reumatología.
Hospital Universitario Central de Asturias



> *¿Qué es un ensayo clínico? ¿Debo participar en ellos?*

Un ensayo clínico es un tipo de estudio de investigación en el que se compara, en una determinada enfermedad, un tratamiento nuevo frente a otro ya disponible. Todas las medicaciones que son aprobadas para su uso en seres humanos han tenido que demostrar su eficacia y seguridad en, generalmente, varios ensayos clínicos. Los ensayos clínicos sirven para aprender sobre las enfermedades y desarrollar mejores tratamientos.

La decisión de participar en ellos es siempre una decisión que debe de tomar el paciente, lógicamente aconsejado por sus médicos. Los ensayos clínicos antes de ser puestos en práctica han de ser aprobados por los Comités de Ética e Investigación de los hospitales, los cuales, de una forma independiente, certifican que son seguros y que dicha investigación cumple los requisitos éticos, imprescindibles en toda investigación en humanos. Antes de participar, al paciente se le entrega un formulario con información escrita del propósito del estudio, de sus beneficios y riesgos, y de las visitas y procedimientos que se llevarán a cabo en el estudio. El paciente ha de leerlo durante el tiempo que necesite, preguntar todo aquello que desee, y puede llevárselo a su casa para poder consultar con sus familiares y su médico de Atención Primaria u otros profesionales. Una vez conforme el paciente con participar, ha de firmar otro formulario denominado “consentimiento informado”, en el que autoriza a ser incluido en el ensayo. No obstante, el paciente dispone de la posibilidad de preguntar y consultar sus dudas en cualquier momento, y de retirarse del ensayo cuando lo crea conveniente, incluso una vez comenzado. Si así lo decide, sus cuidados médicos y sus relaciones con los médicos que le atienden en su enfermedad no tienen que sufrir ningún tipo de cambio.

> *¿Funcionan las llamadas terapias alternativas en la artritis reumatoide?*

Las terapias alternativas son todas aquellas que no son habitualmente empleadas en la llamada Medicina convencional: entre ellas están la acupuntura, quiropraxia, homeopatía, naturopatía, suplementos herbales o dietéticos... Este tipo de terapias tienen diferentes prácticas y visiones filosóficas, pero comparten, en general, la idea de que la salud nace de un adecuado equilibrio entre el cuerpo, la mente y el ambiente externo. La enfermedad sería, según esto, la consecuencia de un desequilibrio de estos factores, y debe vencerse tratando a la persona en su conjunto (aproximación holística). También las terapias alternativas creen que la curación es siempre una autocuración, en el sentido de que nuestro organismo tiene recursos para vencer por sí mismo las enfermedades, y el médico o terapeuta debe,



simplemente, ayudar en este proceso natural. En su mayoría, las terapias alternativas carecen de estudios científicos que garanticen su eficacia y seguridad, por lo que poco puede decirse al respecto.

Hay que conocer, sin embargo, que la mayoría de los campos de la Medicina alternativa no están regulados o controlados por las guías médicas occidentales. Por ello, se debe recomendar al paciente que consulte siempre con su médico antes de comenzar cualquier terapia de Medicina complementaria o alternativa, ya que algunas pueden interferir con el tratamiento estándar o habitual. Por el mismo motivo, el paciente debe estar atento a la existencia de ciertas señales que nos indican la posibilidad de que el tratamiento alternativo que nos proponen sea fraudulento:

- El tratamiento promete curación, generalmente comentando "curaciones milagrosas" o "nuevos descubrimientos". Si el producto fuera curativo, ya estaría incluido en los tratamientos de la Medicina convencional.*
- Uso de jerga falsamente científica, como hablar de "purificador", "desintoxicante" o "vigorizante".*
- Al paciente se le recomienda que no use la medicina estándar o convencional. Los proveedores acusan a las Administraciones Sanitarias o a los médicos de ocultar información importante sobre los beneficios del producto*
- El tratamiento es un secreto y sólo puede ser administrado por ciertos proveedores.*
- El tratamiento requiere viajar a otro país.*

La artritis

desde el punto de vista femenino

Permitidme que me presente: me llamo Caridad, vivo en Madrid y antes de empezar este pequeño artículo, querría contaros algo de mi historia clínica y personal para que podáis entenderla mejor, y quizá pueda seros más útil el relato de por qué estoy aquí y qué quiero transmitir con él.

Probablemente al nacer tenía ya esta enfermedad (pues parece que mi llanto era constante y no engordé nada durante los primeros meses), lo que sí sé seguro es que al cumplir los dos años mis padres lo advirtieron porque empezó a hincharse la rodilla izquierda. Luego, desde esos dos años, he pasado por todo tipo de tratamientos (sales de oro, cortisona, hospitales, balnearios, aspirinas, antibióticos, incluso la escayola que me pusieron a los dos años, aunque lo único que consiguieron fue que me olvidara de andar. Afortunadamente mis hermanos, como juego, volvieron a enseñarme).

El diagnóstico, a los 7 años, fue que padecía una variedad de reuma llamada ENFERMEDAD DE STILL; viviría..., pero en una silla de ruedas. Me negué a ello, aunque las deformidades se fueron extendiendo hasta hacerse generales.

Pero no voy a hacer ahora un relato pormenorizado de mis males, lo que quiero resaltar con esto es que, desde un principio, esta enfermedad (dolorosa, invalidante y deformante) me afectó a mi, mujer, cuando era una niña aún.

Mi infancia creo que no se diferenciaría mucho de cualquier otro niño (chica/chico)



afectado por ella... Supongo que el andar con mucho esfuerzo, las continuas visitas a médicos y hospitales, pruebas... y burlas a veces de los otros niños en mi esfuerzo por adaptarme "a lo normal", podrían pertenecer a cualquier otro niño afectado, sea chico o no.

Para mis padres, mi porvenir, pese a ello, estaba asegurado: más adelante, cuando mi padre muriera, me quedaría su pensión, como a cualquier persona entonces disminuida. Me negué a ello, y continué mis estudios. Cuando acabé el C.O.U. –con las mejores notas del colegio– se me aconsejó de nuevo que hiciera, si tenía tanto empeño, "una carrerita corta"... y otra vez decidí que no. Decidí "salir a la vida" y hacerme valer, no ya como persona enferma que busca su integración en un mundo de gente normal, sino como mujer que sale a buscar su realización plena como persona.

**Decidí "salir a la vida"
y hacerme valer
como mujer que
sale a buscar
su realización plena
como persona**

Y es a partir de mi "vida en la Facultad" donde empecé a ser consciente de que la enfermedad me ha afectado a mí, Caridad, y que yo soy una mujer...

Mi vida universitaria fue sorprendentemente igual a las demás compañeras y "normal": conciertos en el Campus, guateques (en los que hasta hacía mis pinitos de baile) e, incluso, intentaban ligar conmigo, pese a mi incredulidad y la "sana envidia" de mis compañeras.

Supongo que en gran parte es debido a mi carácter –tímido ante una reunión como ésta–, pero entre "mi gente" soy muy charlatana –y dicen que ocurrente– así que, aunque a primera vista tengo aspecto de robotina, "impacto mucho" .

Es verdad que en mi fondo lo he pasado (y paso) mal. En una cultura donde casi sólo se valora –en anuncios, etc– no ya una mujer de aspecto normal, sino espectacular; en una cultura donde todas las medidas están prefijadas, donde los hombres reconocen que la mujer "tiene que entrar por la vista", donde hasta la chica más guapa y bien proporcionada cae en bulimias, cirugía estética, etc., para ser más espectaculares aún, ¿qué podría pensar yo de mí misma, de mis deformidades y modo raro de moverme?... Prácticamente, como si fuera algo "fuera de" ..., pero, pese a que a primera vista pueda "repeler", los chicos terminan aceptándome y

eligiéndome... aunque mi ego femenino (el querer ser bonita, tener buen tipo, andar elegantemente...) es algo que mi enfermedad ha tachado de un plumazo.

Terminé mi carrera de Filosofía y Letras –sección de Filología Clásica– sin perder ningún año y con muy buenas notas. Al mismo tiempo estudié algo de alemán e inglés (del que conseguí el Certificado de Aptitud), me defiendo en francés, Internet y Ofimática –también tengo otro diploma de más o menos entendida–. Saqué el carné de conducir... y conseguí mi propio coche, eso sí, adaptado, para el que he obtenido una plaza de aparcamiento de minusválido, aunque prácticamente ya no lo llevo.

Después, cuando me consideré con fuerzas, me presenté a las oposiciones para Profesora de Instituto y saqué el número 1 en la oposición.

Cierto es que en aquel entonces, después de aprobar, decidieron anulármela por mi estado físico. Pero de nuevo luché contra viento y marea y conseguí que al menos me concedieran "una oportunidad..."; después, ya en el Instituto, he sido Secretaria, Jefe del departamento de Griego, del de Latín, etc.

Es verdad que en mi fondo lo he pasado (y paso) mal. En una cultura donde casi sólo se valora -en anuncios, etc- no ya una mujer de aspecto normal, sino espectacular.

Como veis, soy profesora... y disfruto mucho con mi trabajo. Teóricamente, podría estar ya de baja –de gran invalidez–, pero mientras me queden fuerzas no pienso hacerlo. Me encanta dar clases, conocer y ayudar a mis alumnos (que van siendo como los hijos que voy perdiendo año tras año). Creo –y no quiero pecar de inmodestia– que soy una de las profesoras más queridas por los chicos. Este mismo año

vinieron en septiembre varias alumnas, una vez superada la Selectividad, con una Tarjeta con la dedicatoria de "Los amigos verdaderos brindan siempre la mano... –y al abrirla se lee el resto–... tú eres especial, porque brindas siempre las dos" ...

Pienso que el ser mujer me ayuda en esta profesión. Sé que tengo que superar el "primer día": la primera impresión. Una vez que eso está... muchas veces siento que me ven como la mujer cálida y acogedora que se hace cargo de ellos y les ayuda en sus problemas.

A los 22 años, mi enfermedad me jugó de nuevo otra mala pasada y me atacó a la vista –ataques de uveítis e iridociclitis–, que se fueron haciendo poco a poco más

graves y frecuentes hasta llevarme a la ceguera años después. De nuevo tratamiento con ciclopéjicos, y cortisona a veces inyectada en los ojos; pero al final pierdo la vista definitivamente. Entonces, decidí aprender Braille, hasta que me operaron poco después de ambos ojos (98 y 99). Apenas falté a clase durante esa temporada, aunque las anécdotas en mi trabajo fueron numerosas, como podéis imaginar.

Soy la segunda de una familia numerosa. Eso me ha servido muchísimo para integrarme, siendo niña, como otro más, "normal", a través de los juegos (aunque apenas podía participar en muchos juegos y me dedicaba a leer). Creo que eso me ayudó mucho también en el comportamiento social, y respecto al trato con los demás.

Naturalmente, mi madre nos hizo ser "mujeres de nuestra casa" (nosotros nos encargamos en la adolescencia de que a mis hermanos les tocara ser "hombres de la misma casa" en democracia). Cierto que yo no iba a la compra, ni hacía limpiezas generales, pero sí cuidaba de los pequeños, cosía y arreglaba la ropa, y hacía las tareas para las que pensaban que sí valía.

Hace algunos años compré un pequeño apartamento para "guardar mis cosas" y recibir a mis amigos. Cuando mi padre volvió a casarse (hace poco, a sus 80 años), yo decidí, "para dar libertad a la parejita", intentar la aventura de vivir sola, de ser un ama de casa y al mismo tiempo mujer de negocios independiente: en definitiva, ser una persona libre, "normal" y con una vida totalmente plena.

Por supuesto mi casa está adaptada (el portal sin escaleras y con cuatro ascensores... por si algún día falla la luz). Es un pequeño apartamento (50 m²) pero está precioso –casi de revista– y en él me siento muy cómoda, útil y válida.

Me tratan en el hospital Ramón y Cajal, donde me han implantado ya las dos prótesis de cadera y la de la rodilla izquierda, y estoy pendiente de la de rodilla derecha. Parece, para colmo de males, que tengo también una grave compresión

Como veis,
soy profesora...
y disfruto mucho
con mi trabajo.
Teóricamente, podría
estar ya de baja pero
mientras me quedan
fuerzas no pienso
hacerlo

medular a nivel de cervicales. Sigo con todo tipo de tratamientos, actualmente con Metotrexato, Celebrex –antes Vioxx–, Dezacor y un largo etcétera de tratamientos y medicinas. Supongo que fue por ello por lo que en el año 91 el INSERSO me concedió un grado de minusvalía superior al 80%.

Pero sigo insistiendo en que mi vida debe ser tan normal como la de cualquier otra persona, así que tengo contratada una persona 3 horas al día para que me haga las compras y me arregla algo el piso. El resto "es para mí": cocino, trabajo en Internet, preparo mis clases... y, por supuesto, recibo llamadas.

Pienso que el ser mujer me ayuda en esta profesión. Sé que tengo que superar el "primer día": la primera impresión

Quizá el gran triunfo de mi vida, como persona y como mujer, sea lo solicitada y querida que me encuentro. Al volver de las clases (tengo el turno nocturno y llego a las 11 de la noche), empiezan las llamadas, los planes, las peticiones de salir, de excursiones... mis amigos y amigas me han aceptado pese a mis limitaciones y casi, casi, se me rifan.

Y, claro está, salgo todos los fines de semana; he viajado por España y Europa (Holanda, Alemania, Suiza, Inglaterra, Italia, Grecia, Chipre, etc.) en muchas ocasiones en mi coche y con amigos; en viajes arqueológicos –con la S.E.E.C., a la que pertenezco– o de "diversión" y, pese a mis rodillas, ojos, etc., tengo planes hasta rellenar todo mi tiempo libre... aunque algunas veces, yo me quedo esperando el regreso de los que tienen mejor movilidad para que me cuenten qué es lo que han visto.

Este último verano, por ejemplo, estuve en las Seychelles. Hice un esfuerzo "por si más adelante"... Conocí y hablé con los nativos, que ya son amigos y me prometieron "aprender español para mi próxima visita"; en Gran Canaria –con un amigo–, en Segovia –con otro– y en Bilbao, donde suelo ir todos los años en verano a disfrutar con mis amigos de allí.

Y ahora estoy aquí, con vosotros, para contaros desde mi punto de vista cómo influye la artritis en femenino... Sé que la procesión va por dentro, que en mi vida diaria a veces, aparte del dolor, me invade la rabia y la impotencia ante los más triviales actos

cotidianos y que, en un mundo de belleza, soy un desastre –un cúmulo de deformidades y limitaciones–.

A veces, en broma, he comentado que si existiera la reencarnación, pediría volver como Claudia Schiffer; entonces mis amigos me dicen: "quizá si hubieras sido alta y bonita –como tus hermanas–, no hubieras tenido el carácter que tienes ahora... y no te hubiéramos querido tanto ni hubieras sido tan especial para todos nosotros"...

Entonces me sonrío y creo que quizá tengan razón. Tal vez con el instinto de mujer he sabido potenciar mis posibilidades y salir "airosa" de este trance.

Caridad Vasco

(Madrid)

Por supuesto
mi casa está
adaptada
(el portal sin escaleras
y con cuatro ascensores...
por si algún día falla la
luz). Es un pequeño
apartamento, pero
está precioso

10 ¿Artritis Reumatoide EN LOS NIÑOS?

Dr. Indalecio Monteagudo Sáez

*Servicio de Reumatología.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid*

La artritis reumatoide (artritis idiopática juvenil) de los niños es la enfermedad reumática infantil más frecuente. Es un proceso inflamatorio crónico que afecta a las articulaciones y que se caracteriza por:

- Es un diagnóstico de exclusión y siempre se debe descartar la presencia de otras enfermedades que se manifiestan de forma parecida.
- Comienza antes de los 16 años.
- Afecta tanto a niños como a niñas y puede durar años.
- Implica a las articulaciones de miembros superiores e inferiores, fundamentalmente manos, muñecas, codos, rodillas, tobillos, caderas y pies.
- Se pueden interesar otras partes del cuerpo: ojos, piel, vísceras, etc.
- En general, es una enfermedad distinta a la artritis reumatoide del adulto.
- La enfermedad no se hereda, aunque tiene cierta susceptibilidad genética asociada al sistema de histocompatibilidad llamado HLA.
- Aparece en todas las razas.
- No hay pruebas diagnósticas específicas.
- No se conoce la causa de la enfermedad.



- Existen diferentes tipos de artritis y cada forma tiene un pronóstico y tratamiento diferente.
- Algunas formas se pueden curar, pero otras pueden evolucionar mal, con deformidades articulares, incapacidad funcional y secuelas ortopédicas graves.
- Hoy en día se dispone de tratamientos, inmunosupresores y terapias biológicas, que pueden llevar a la remisión de la enfermedad y evitar las graves secuelas.

La artritis se considera que es la enfermedad crónica más frecuente de la infancia después del asma y la diabetes. Aparecen unos 8 casos nuevos cada año por cada 100.000 niños y existen unos 80 niños con esta enfermedad por cada 100.000 niños menores de 16 años. La enfermedad se diagnostica una vez excluida la presencia de otras enfermedades.

La artritis reumatoide juvenil engloba a una serie de artritis inflamatorias crónicas que, al no tener una prueba diagnóstica concreta, ha llevado a utilizar diferentes formas de clasificación. La última de ellas es la llamada “artritis idiopática juvenil”, que sustituye a las antiguas clasificaciones denominadas “artritis crónica juvenil” de los europeos y a la “artritis reumatoide juvenil” de los americanos. Por tanto, hoy en día cuando decimos que un niño tiene una “artritis idiopática juvenil” es lo que antes llamábamos artritis reumatoide juvenil. La clasificación se hace por la forma de comienzo de la enfermedad, por el número de articulaciones afectadas y por los signos de afectación corporal.

Así, hoy en día se reconocen estas formas:

Artritis sistémica

Artritis: significa inflamación de las articulaciones.

Sistémica: significa que se puede afectar cualquier órgano (pulmón, hígado, etc.), o sistema (neurológico, cardiopulmonar, etc.) del cuerpo.



La artritis idiopática juvenil de comienzo sistémico se caracteriza por:

- Artritis con afectación de una o varias articulaciones. Los niños notan dolor, inflamación, puede haber enrojecimiento y algo de calor y tienen dificultad para la movilización. La artritis puede estar presente desde el inicio de la enfermedad. En general, la artritis es simétrica (las dos rodillas, los dos tobillos, etc.), aunque en raras ocasiones no hay artritis, lo que complica el diagnóstico. Existen dolores musculares y dolor a la palpación de las articulaciones sin inflamación y rigidez por la mañana a la movilidad. Al niño “le cuesta trabajo moverse por la mañana y a lo largo del día va mejorando esta sensación”. En otros casos la artritis aparece semanas después de comenzar la enfermedad.
- Fiebre diaria de al menos dos semanas de duración, en forma de picos, de 39° a 40° C, suele haber fiebre por la tarde-noche y por la mañana tener temperatura normal.
- Además: puede haber lesiones en la piel que se llaman eritema evanescente, es decir, manchas de color rojo-salmón que aparecen en extremidades, en tórax y abdomen que dura horas y, en general, acompaña a los picos febriles.
- Adenopatías: inflamación de los ganglios linfáticos en axilas, ingles y cuello.
- Hepatomegalia o esplenomegalia: aumento del hígado o del bazo.
- Derrames pleurales, en pericardio o en peritoneo. Es lo que se conoce como serositis.

De todas las artritis idiopáticas juveniles, entre un 10 y un 15% comienzan de esta forma. Con frecuencia tienen anemia, aumento del número de leucocitos y de plaquetas. Tiene velocidad de sedimentación globular elevada (es lo que se conoce como “velocidad en la sangre”). El factor reumatoide, una de las pruebas reumáticas, es negativo.

¿Cómo evolucionan los niños con esta forma de artritis?

- Aproximadamente la mitad tiene un episodio único que dura semanas y no se vuelve a repetir y se cura prácticamente sin secuelas.
- Un número importante tiene uno o varios brotes y evoluciona a una artritis poliarticular

(afectación de muchas articulaciones), y, en general, tiene un mal pronóstico por las incapacidades importantes que puede provocar, siempre y cuando no se traten.

- Otro número pequeño tiene una evolución policíclica es decir que reaparece después de intervalos de meses o años sin afectación.

En esta forma es muy importante diferenciar otras enfermedades que pueden comenzar de esta manera, como las leucemias, tumores, infecciones y otras enfermedades reumáticas.

Oligoartritis

Significa la presencia de artritis de una a cuatro articulaciones en los seis primeros meses desde el inicio de la enfermedad. Dependiendo del número de articulaciones afectadas, se subclasifica en oligoartritis persistente o en oligoartritis extendida.

Representa casi el 50% de las formas de la artritis idiopática juvenil y es más frecuente en niñas. Se afectan con mayor frecuencia las rodillas y tobillos. La inflamación articular es poco dolorosa y puede permanecer muchos meses e incluso años inflamada la articulación. Ocasiona poca destrucción o lesiones en líneas generales. Los padres notan alteración en la marcha o limitación a los movimientos completos de la rodilla, manos o codos.

La forma clásica es una niña entre 2 y 5 años de edad con inflamación de una rodilla, con ligera cojera y que tiene el factor reumatoide negativo y los anticuerpos antinucleares positivos. Este grupo tiene un riesgo importante de tener una complicación severa, que es la presencia de uveítis anterior crónica de uno o los dos ojos, es decir, inflamación de la cámara anterior del ojo, que origina poca sintomatología. Por ello, la niña no se queja y los padres no notan nada extraño, pero si no se diagnostica precozmente puede ocasionar cicatrices, cataratas, afectación de la córnea, e incluso ceguera. Por tanto, una niña de entre 2 y 5 años de edad, con artritis y anticuerpos antinucleares positivos, debe ser vista de forma rápida por el oftalmólogo, y realizarse seguimiento en caso de detectarse uveítis.

La forma de comienzo oligoarticular suele tener buen pronóstico y en muchas ocasiones se cura completamente y sin secuelas articulares, aunque en otros casos puede reaparecer la enfermedad tras largos períodos de inactividad.

Poliartritis factor reumatoide negativo

Se define por artritis que afecta a 5 o más articulaciones durante los seis primeros meses de la enfermedad y que la prueba del factor reumatoide es negativa. Es frecuente en niñas por debajo de los 8 años. Se afectan las articulaciones en grado variable y evoluciona o con poca actividad inflamatoria y destructiva y otros casos con grave incapacidad funcional.

Poliartritis factor reumatoide positivo

Esta forma es la equivalente a la artritis reumatoide del adulto. Es más frecuente en niñas a partir de los 8 años de edad, el factor reumatoide es positivo y tienen poliartritis, que suele ser progresiva, de las pequeñas y grandes articulaciones, en manos, muñecas, codos, rodillas, tobillos y pies. Tienen rigidez matutina importante. Puede haber otras complicaciones sistémicas, afectación de la aorta torácica, sequedad de mucosas e inflamación de los vasos sanguíneos. Si no se tratara el pronóstico, es malo, ya que hay destrucción de las articulaciones, fusión de muñecas y tarsos y grave afectación de las caderas con importante y severa invalidez. Afortunadamente los tratamientos actuales pueden cambiar este pronóstico.

Otras formas

- Artritis psoriásica: existe artritis y lesiones cutáneas, que es la psoriasis.
- Artritis relacionada con entesitis: existe artritis, inflamación y dolor en tendones, en columna lumbar y puede haber afectación ocular o del aparato digestivo.
- Otras artritis: son aquellas que no se pueden clasificar dentro de las formas anteriores.

Pruebas de laboratorio

En la artritis idiopática juvenil no hay pruebas diagnósticas que nos digan si un niño tiene o



no tiene la enfermedad. No obstante, como en otras enfermedades reumáticas, utilizamos las siguientes pruebas de laboratorio:

- Velocidad de sedimentación globular: en la artritis suele estar elevada y es un dato que marca inflamación.
- Proteína C reactiva: es una proteína de la sangre que aumenta cuando hay inflamación.
- Factor reumatoide: es un anticuerpo que se detecta en la sangre de los pacientes con artritis o con otras muchas enfermedades. Es positivo o negativo. Los niños con la forma poliarticular factor reumatoide positivo tienen peor pronóstico articular.
- Anticuerpos antinucleares: son anticuerpos que se detectan en la sangre y que atacan a estructuras propias del cuerpo; su presencia es importante, ya que las niñas con la forma oligoarticular y anticuerpos antinucleares positivos tienen riesgo acentuado de desarrollar la uveítis crónica anterior.
- HLA B27: es un antígeno de histocompatibilidad y se relaciona con la presencia de la forma de artritis relacionada con entesitis.

Tratamiento

El objetivo del tratamiento de la artritis es conseguir aliviar el dolor, erradicar la inflamación, prevenir las alteraciones físicas, ortopédicas y psicológicas que se pueden originar y asegurar el normal desarrollo y crecimiento del niño.

El programa básico incluye la rehabilitación y la atención a los aspectos familiares, psicológicos y escolares, por lo que varios profesionales son necesarios para lograr un tratamiento integral. En primer lugar, es obligada la explicación detallada de la enfermedad a los padres o a los adolescentes y tratar de transmitir lo que es y lo que puede ocurrir. Hay que procurar que no se altere el desarrollo educativo del niño, limitando las pérdidas escolares y no ingresarlos en hospital si no es absolutamente necesario. Es fundamental hacer partícipe a los educadores de la nueva situación para que se faciliten, si es necesario, programas especiales de ayuda escolar. Es importante la ayuda psicológica por parte de la familia o educadores para minimizar el impacto que produce una enfermedad crónica. El niño se va a comparar con otros niños y posiblemente pueda tener limitadas sus aptitudes físicas para las

clases de educación física: ¡que haga lo que pueda!, ¡que no se le transmita una sobreprotección ni la idea que es un enfermo crónico!

La realización de ejercicios físicos es importante y el médico rehabilitador y los fisioterapeutas indicarán un programa adecuado para cada niño.

Tratamiento farmacológico

Hay que aliviar el dolor y detener la inflamación; para ello utilizamos una serie de medicamentos:

- *Antiinflamatorios no esteroideos*: Los más usados son el ibuprofeno y el naproxeno. Se pueden usar otros. Se consigue aliviar el dolor, la rigidez matutina y se disminuye la inflamación, pero no detienen la enfermedad ni evitan las secuelas ortopédicas.
- *Inmunosupresores*: Estos fármacos alteran el curso natural de la enfermedad y en muchas ocasiones evitan las graves complicaciones. El más usado es el metotrexato, que es un fármaco seguro y bien tolerado en líneas generales. Se usa a dosis semanal por vía oral o parenteral (intramuscular o subcutáneo). Necesita controles periódicos para ver la tolerancia. Utilizado a dosis adecuadas y de forma temprana en el inicio de la enfermedad ofrece efectos positivos en el control y en la progresión de la enfermedad, y disminuye la aparición de complicaciones ortopédicas.
- *Terapias biológicas*: Se están usando desde hace pocos años y han proporcionado una herramienta muy útil para el control de la enfermedad. Se tiene bastante experiencia con el etanercept, que es una molécula de síntesis farmacológica que actúa deteniendo el proceso inflamatorio. Esto se consigue bloqueando el receptor de una molécula que



está implicada en la inflamación, que se llama TNF (factor de necrosis tumoral). Ha dado muy buenos resultados y en España se tiene bastante experiencia. En líneas generales, disminuye de forma importante la inflamación, enlentece la progresión de la enfermedad y evita notablemente el daño ortopédico. Sólo está autorizado en algunas formas de artritis, las más graves, cuando hayan fracasado otras alternativas y necesitan un riguroso control y explicación detallada de los posibles efectos secundarios que pueden provocar. Hay que estar alerta de las posibles infecciones que pueden aparecer y adecuar la administración de vacunas a los niños que reciben este tratamiento.

- **Corticoides:** Son útiles para controlar procesos graves o en situaciones con gran inflamación. Por los problemas que pueden provocar deben usarse en períodos cortos de tiempo. En algunas formas de artritis pueden emplearse en las infiltraciones de alguna articulación inflamada.

Tratamiento quirúrgico

Se utiliza para corregir deformidades y prevenir destrucciones articulares.

Hay que tratar de evitar y prevenir el desarrollo de osteoporosis o la alteración en el crecimiento normal de los niños. Hay que administrarles suplementos de calcio y vitamina D y estimularles para que hagan ejercicio físico. Puede haber trastornos por sobrecrecimiento de una extremidad con artritis, por ejemplo, de una rodilla. Aquí el uso precoz de infiltraciones en esa articulación inflamada ayudará a evitar este trastorno.

Deben recibir una adecuada alimentación con una buena ingesta calórica y tratar de evitar el uso de corticoides de forma prolongada.

Los niños pueden superar y de hecho, en líneas generales, superan la enfermedad, se adaptan a ella con la ayuda de su familia, de los educadores y de la adecuada atención de los profesionales implicados en su tratamiento. Es muy importante hablar con el médico, tener una buena relación de confianza médico-paciente-familia y no sentirse desesperanzado ante la presencia de esta enfermedad en uno de nuestros hijos, pues con la ayuda de todos y el buen hacer de la sanidad se disminuye de forma notable el posible problema físico y psicológico de los niños, y conforme pasa el tiempo tenemos más conocimientos y mejores tratamientos para esta enfermedad.

Hoy en día se comprende y se trata mejor la artritis en nuestro país.

PARA RECORDAR

- 1** La artritis se considera que es la enfermedad crónica más frecuente de la infancia, después del asma y la diabetes.
- 2** La forma sistémica, además de artritis, suele tener fiebre elevada y manchas cutáneas.
- 3** La forma llamada oligoarticular (afecta a pocas articulaciones) puede producir inflamación ocular, que hay que vigilar de forma permanente.
- 4** El apoyo y el estímulo familiar son una parte muy importante en el control de esta enfermedad.



Preguntas de los pacientes

respondidas por el Dr. Indalecio Monteagudo Sáez
Servicio de Reumatología.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid



> *¿Los niños pueden llegar a superar estas enfermedades reumáticas?*

No todas las formas de la artritis reumatoide de los niños son iguales ni tienen la misma presentación clínica ni evolucionan de la misma manera. Hay algunas formas que se considera que entran en remisión completa, es decir, que se “duerme” la enfermedad y en muchas ocasiones se considera que se curan. Ejemplos son la forma oligoarticular y la forma sistémica. En otros casos, con un buen diagnóstico precoz y tratamientos adecuados los niños pueden llegar a realizar una vida casi normal.

> *¿Qué deben saber los profesores de los niños escolarizados con artritis juvenil?*

En cuanto a la movilidad, se debe tener en cuenta que la afectación de articulaciones inferiores hace que los niños tengan dificultades para caminar y ello les obliga a moverse con más lentitud. Es conveniente que tengan un transporte hasta y desde la escuela, con objeto de ahorrar energías para las actividades escolares. Hay que prestar atención a no llevar mochilas especialmente pesadas que sobrecarguen las articulaciones. Si el alumno utiliza sillas de ruedas o muletas, sus necesidades de acceso han de ser tenidas en cuenta, y eliminados los obstáculos a su desplazamiento.

Si se inflaman las manos, determinadas tareas, como escribir, abrochar botones o arreglarse solos, pueden volverse dificultosas para él, con lo que

las hará más lentamente y necesitará un tiempo extra. Así, por ejemplo, puede necesitar más tiempo para terminar sus exámenes.

Los niños con afectación leve pueden no necesitar ningún tipo de ayuda escolar, mientras que lo contrario puede suceder en los casos de artritis severa. En determinados casos, el horario de estos alumnos debería ser más flexible que en los alumnos normales. Puede ser necesario adaptar los asientos y las mesas de trabajo en clase. Métodos de aprendizaje basados en cassetes, vídeos, fotocopias o computadores portátiles facilitan el trabajo escolar cuando un alumno no puede seguir con normalidad las clases. Es muy raro que un niño con artritis juvenil necesite acudir a una escuela especial de discapacitados.

Durante los períodos de recreo en las clases, el alumno con artritis debe intentar participar, en la medida de sus posibilidades, en los ejercicios de los demás compañeros. El ejercicio es bueno para las articulaciones, pero en los “días malos” es mejor no sobrecargar las articulaciones dolorosas. El tiempo frío puede incrementar la rigidez. Con respecto a los deportes, se deben evitar los de contacto físico, como el fútbol o el rugby, pero otros, como bicicleta o natación, son especialmente recomendables.

Por otro lado, el dolor puede volver al niño irritable, cansado y reducir su concentración. Es también frecuente que los adolescentes nieguen el dolor, o, por el contrario, lo expresen con objeto de conseguir atención. El mejor consejo es escucharles cuidadosamente y, en caso de duda, hablar con sus padres. Los niños con artritis deben ser estimulados por sus profesores para cumplir sus tareas, haciéndoles sentir que son iguales a los demás y parte importante en los objetivos de su escuela.

¿Qué importancia socioeconómica TIENE LA ENFERMEDAD?

Dr. Rafael Ariza Ariza

*Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla*

Introducción

Padecer una enfermedad crónica como es la artritis reumatoide (AR) tiene consecuencias importantes para las personas afectadas, pero también para el conjunto de la sociedad. La principal consecuencia para el individuo es el deterioro de su calidad de vida, es decir, la enfermedad altera el bienestar de las personas en las tres áreas fundamentales de desarrollo, la física, la mental y la social. Esto repercute directamente en el entorno más cercano del enfermo, que, de esta forma, ve también alterada su calidad de vida, pero también en toda la sociedad, ya que, con frecuencia, el paciente no puede desarrollar adecuadamente todas sus funciones y capacidades, en especial la capacidad laboral. Es bien conocido que la frecuencia de incapacidad laboral en pacientes con AR es alta y esto tiene consecuencias directas para los afectados, pero también se traduce en pérdida de productividad para la sociedad. A su vez, la necesidad de una adecuada atención sanitaria al paciente con AR y las propias repercusiones familiares y sociolaborales tienen importantes consecuencias económicas tanto para el propio paciente como para el conjunto de la sociedad. En la tabla 1 se resumen las principales repercusiones personales, familiares, sociolaborales y económicas de la AR.

Repercusión social de la AR

La AR afecta aproximadamente al 0,5% de la población española mayor de 20 años. Esto quiere decir que unas 300.000 personas padecen AR en España. La capacidad para desarrollar actividades de la vida diaria, tanto físicas como sociales, está considerablemente disminuida en muchos de estos pacientes. La enfermedad tiene, además, importantes repercusiones emocionales. Todas estas personas tienen una importante necesidad de atención sanitaria y social en definitiva, de lo que se ha dado en llamar la atención sociosanitaria.

Repercusión sanitaria

Los enfermos con AR, al igual que el resto de las personas, tienen derecho a la salud. Esto supone que la sociedad en su conjunto, a través del Sistema de Salud, debe garantizar una respuesta adecuada a la demanda de atención sanitaria de los pacientes. En un estudio llevado a cabo en hospitales públicos españoles, realizado por la Sociedad Española de Reumatología, se ha estimado que los pacientes con AR acuden al reumatólogo alrededor de 4 veces al año, y a cualquier médico, incluyendo médico de cabecera y otros especialistas por causas relacionadas o no con la AR, alrededor de 22 veces al año. El consumo de medicamentos es elevado y con frecuencia los pacientes padecen otras enfermedades además de la AR, lo que incrementa considerablemente el

Tabla 1

PRINCIPALES REPERCUSIONES DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

<i>NIVEL</i>	<i>CONSECUENCIAS</i>
<i>Personal</i>	<i>Pérdida de calidad de vida</i> -Física -Psíquica -Social
<i>Familiar</i>	<i>Alteración de las actividades cotidianas</i> <i>Emocionales (sufrimiento)</i> <i>Materiales</i> -Pérdida de horas de trabajo -Empleo de tiempo en ayudas -Necesidad de ayudas domiciliarias -Necesidad de adaptaciones y reformas domiciliarias
<i>Social</i>	
-Sanitario	<i>Consumo de recursos para garantizar acceso rápido al Sistema Sanitario y atención adecuada</i>
-Laboral	<i>Incapacidad laboral/pérdida de productividad</i> <i>Necesidad de flexibilizar y adaptar las condiciones de trabajo</i>
<i>Económico</i>	<i>Costes directos médicos</i> <i>Costes directos no médicos (transporte, ayudas domiciliarias, reformas)</i> <i>Costes indirectos (pérdida de productividad)</i>

número de medicamentos tomados por cada paciente. En el citado estudio, hasta un 30% de los pacientes tuvo algún ingreso hospitalario en un período de 1 año. Aunque estos datos pueden ser muy variables dependiendo de cada caso individual, indican, sin lugar a dudas, un importante uso y consumo de recursos sanitarios.

Por otra parte, es bien conocido que el tratamiento de la enfermedad en los 2 primeros años resulta fundamental para el pronóstico de la enfermedad a largo plazo. Por ello, el Sistema de Salud debe organizarse de tal manera que permita un rápido acceso de los pacientes con artritis al reumatólogo. Además, el especialista en Reumatología debe disponer del tiempo necesario para ofrecer al paciente una atención adecuada y realizar una visita en la que puedan evaluarse todos los aspectos de la enfermedad. Asimismo, el reumatólogo debe poder revisar al paciente el número de veces que sea conveniente según la evolución de la enfermedad y las necesidades de monitorizar los posibles efectos secundarios de los tratamientos. Aunque todos estos aspectos inciden directamente sobre el sistema sanitario, tienen una indudable repercusión social por la necesidad de destinar los recursos adecuados para garantizar una adecuada atención de las personas con AR.

Repercusión en el entorno del paciente

La AR puede tener importantes consecuencias en el entorno del paciente, tanto en el familiar como en el laboral. A nivel familiar, la repercusión no es sólo emocional, derivada del sufrimiento de la persona enferma, sino que puede afectar directamente a las actividades de la vida diaria de las personas que conviven con ella. Así, por ejemplo, la pérdida de horas de trabajo por acompañar al paciente a recibir atención sanitaria, la ayuda a la persona enferma en actividades cotidianas que ésta no puede realizar adecuadamente, el empleo de recursos para conseguir ayudas domiciliarias o realizar reformas de adaptación de la vivienda a las necesidades del paciente, etc. En el estudio de la Sociedad Española de Reumatología, el 33% de los pacientes contrataron a una persona para ayuda en casa en algún momento durante el período de seguimiento y el 15% realizaron reformas domiciliarias. El número de horas de trabajo perdidas por los acompañantes de los pacientes cuando éstos reciben atención sanitaria estuvo alrededor de 13.

Hay que tener también en cuenta que las adaptaciones no sólo pueden ser necesarias en el ámbito privado del paciente, sino también en el laboral (que se comentará a continuación) y en el de desenvolvimiento general (barreras arquitectónicas, acceso a medios de transporte, etc.). Incluso en aquellos casos en los que los pacientes no tienen grado reconocido de minusvalía o incapacidad, por las características de la enfermedad,

pueden tener dificultad para realizar actividades como subir o bajar escaleras, entrar o salir de un coche, subir a un autobús, etc.

Repercusión laboral

La frecuencia de incapacidad laboral en pacientes con AR es elevada. En el estudio español que venimos comentando, un 20% de los pacientes tenía algún grado de incapacidad laboral. Esta cifra es claramente superior en otros estudios y, además, no incluye la incapacidad de las personas que trabajan únicamente en casa, las cuales constituyen un porcentaje importante de los enfermos con AR.

Sin embargo, además de la incapacidad, la AR tiene también importantes repercusiones en las personas que trabajan en cuanto a pérdida de horas de trabajo, necesidad de bajas laborales transitorias y de modificación de las condiciones de trabajo, pérdida del empleo en relación directa con el padecimiento de la enfermedad, etc. Una vez más, la sociedad debería dar una respuesta adecuada a los enfermos con AR, facilitando una mayor flexibilidad en los horarios y condiciones de trabajo, lo cual redundará en un mayor grado de bienestar físico, psíquico y social de los enfermos.

Repercusión económica

Hablar de economía en relación con la salud no siempre es bien entendido por todos, en especial por los pacientes, que, con frecuencia, rechazan que pueda hablarse de que un determinado tratamiento es demasiado caro o de que su enfermedad tenga un coste alto para la sociedad. Sin embargo, conocer la repercusión económica que una enfermedad crónica como la AR tiene para el conjunto de la sociedad es importante, no para limitar el acceso de los pacientes a los tratamientos y a la atención sanitaria, sino para propiciar una mejor utilización y distribución de los recursos disponibles. Además, la mejora de la atención a los pacientes con AR y la aplicación de tratamientos más eficaces (que frecuentemente suelen ser más caros) no sólo puede generar beneficios individuales (básicamente, mejora de la calidad de vida), sino también sociales e incluso económicos (aumento de la productividad laboral, disminución de las incapacidades). Se ha estimado que la AR en España tiene un coste promedio aproximado de casi 6.000 euros por paciente y año, lo que supone un coste global en torno a los 600 millones de euros anuales. Esta cifra puede dar una idea de la envergadura del problema, pero, por encima de todo, traduce un importantísimo problema social, de personas que requieren atención sanitaria especializada y a las que su enfermedad obliga con frecuencia a modificar y adaptar considerablemente su vida familiar, social y laboral.

Aproximadamente, una cuarta parte de los costes pertenecen al grupo de los denominados indirectos, esto es, se relacionan con pérdida de productividad laboral debida a la enfermedad. Los llamados costes directos no médicos que incluyen las reformas y adaptaciones de la vivienda, la contratación de personas para ayuda en casa o para cuidado de niños, el transporte utilizado para desplazarse a las consultas médicas o realización de pruebas, la pérdida de horas de trabajo por los acompañantes, etc., suponen casi el 20% del coste total. Junto a los anteriormente mencionados costes indirectos, éstos son un pequeño reflejo del enorme impacto de la enfermedad en la vida diaria de las personas y en todos los ámbitos donde éstas se desenvuelven.

Probablemente, estos costes, aunque se intentan registrar de una forma cuidadosa, estén subestimados, ya que, por una parte, hay un importante número de pacientes con AR cuyo trabajo fundamental es en casa y la repercusión económica de la dificultad para llevar a cabo las actividades domésticas no es fácilmente cuantificable; y, por otro lado, muchas personas suplen con sacrificio personal, desarrollo de habilidades, gasto de tiempo o renuncia la realización de determinadas actividades, la imposibilidad de sufragar reformas o adaptaciones que facilitarían una mejor realización de sus actividades de la vida diaria. Y esto tampoco se cuantifica habitualmente en los estudios de costes.

Los costes derivados de la atención sanitaria constituyen más de la mitad de los costes totales de la AR y dentro de ellos el uso de medicamentos es la principal fuente de gasto. El reconocimiento de este hecho no debería traducirse en acciones para limitar este gasto, sino para conseguir una mejor utilización del mismo y que esto redunde en mayores beneficios para los pacientes.



Resumen

La AR tiene importantes repercusiones individuales, familiares y sociales que traducen el enorme impacto de la enfermedad en la vida diaria de las personas que la padecen. Las consecuencias económicas de la atención sanitaria de la AR y de la pérdida de productividad laboral a consecuencia de la misma son importantes.

PARA RECORDAR

- 1** La principal consecuencia de la artritis reumatoide para el individuo es el deterioro de su calidad de vida en sus tres áreas fundamentales: la física, la mental y la social.
- 2** A nivel familiar, la repercusión de la artritis reumatoide no es sólo emocional, derivada del sufrimiento de la persona enferma, sino que puede afectar directamente a las actividades de la vida diaria de las personas que conviven con ella.
- 3** Los pacientes tienen importantes repercusiones en cuanto a pérdida de horas de trabajo, necesidad de bajas laborales transitorias, modificación de las condiciones de trabajo, y pérdida del empleo en relación directa con el padecimiento de la enfermedad.
- 4** Se ha estimado que la AR en España tiene un coste promedio aproximado de casi 6.000 euros por paciente y año, lo que supone un coste global en torno a los 600 millones de euros anuales.



Preguntas de los pacientes

respondidas por el Dr. Rafael Ariza Ariza
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla



> *¿Qué diferencia hay entre una minusvalía y una incapacidad?*

Minusvalía e incapacidad son conceptos diferentes, aunque relacionados, y las consecuencias de su reconocimiento son también diferentes. Ambas derivan de la existencia de una deficiencia entendida como una pérdida o anomalía en la estructura o función de las personas. En la incapacidad, esa deficiencia limita o imposibilita a la persona el ejercicio de una actividad concreta que, en la mayoría de los casos, se refiere a la actividad laboral. En la minusvalía, la deficiencia limita o impide el desarrollo de las funciones normales para su edad y sexo. Es decir, el concepto de minusvalía es más amplio y abarca el conjunto de las actividades de la persona, no sólo una actividad concreta, como la laboral.

El reconocimiento de la minusvalía y de la incapacidad depende de instancias diferentes y las consecuencias son también diferentes. El Certificado de Minusvalía lo otorga el Departamento de Asuntos Sociales de la Comunidad Autónoma correspondiente, a través de Equipos de Valoración y Orientación. Para obtener la condición de minusválido es necesario el reconocimiento de un 33% de grado de minusvalía. Este Certificado no conlleva una pensión y permite trabajar, aunque conlleva diversos beneficios, como deducciones de impuestos.

La incapacidad laboral puede considerarse equivalente a la invalidez para trabajar, si bien la incapacidad es dictaminada por un juez y la invalidez por la Seguridad Social, lo que lleva consigo una pensión. Los diferentes grados de incapacidad o invalidez son la permanente total (inhabilitación para la realización de las tareas fundamentales de la profesión habitual), absoluta (inhabilitación para cualquier profesión u oficio) y gran invalidez (necesidad de la

asistencia de otra persona para actividades esenciales de la vida diaria). Las pensiones de invalidez que corresponden a cada uno de estos tipos son diferentes.

> *¿Qué pasa si me salto una dosis del tratamiento?*

El cumplimiento del tratamiento prescrito por el médico es muy importante para obtener buenos resultados del mismo. Por tanto, es fundamental que el enfermo tenga conciencia de este hecho y, pese al hecho de que a veces le pueda resultar muy pesado tomar un considerable número de pastillas al día, procure, efectivamente, cumplir con lo indicado por su médico.

Dicho esto, habría que puntualizar algunas cuestiones:

- En primer lugar, hay medicamentos, como los analgésicos y los antiinflamatorios, que con frecuencia se prescriben a demanda, esto es, según lo que precise el paciente de acuerdo a sus síntomas. En este caso, lo ideal es tomar el analgésico sólo cuando hay dolor y el antiinflamatorio en ciclos cortos coincidiendo con las fases de empeoramiento, aunque hay pacientes que necesitan antiinflamatorios de forma crónica.
- En el caso de los corticoides, debido a sus efectos secundarios y también a los problemas que puede acarrear su suspensión brusca, resulta especialmente importante atenerse con exactitud a las indicaciones del médico.
- Por último, con respecto a los fármacos de segunda línea (metotrexate, leflunomida, etc.) y biológicos, también es importante cumplir con lo indicado por el médico, si bien el olvido de una dosis no suele tener mayores consecuencias.

¿Qué repercusión tiene la artritis reumatoide EN LA VIDA FAMILIAR?

Dr. José Luis Riestra Noriega

*Unidad de Reumatología.
Hospital Universitario Central de Asturias*

Herencia

La artritis reumatoide es una enfermedad que no tiene un alto componente hereditario. No obstante, los familiares de primer grado tienen un riesgo algo aumentado de desarrollar la enfermedad, pero no lo suficientemente importante como para desaconsejar tener descendencia.

Embarazo

La AR afecta en mayor proporción a las mujeres (70%), y la mayoría de ellas se encuentra en el período fértil de su vida, por lo que es frecuente que surja esta pregunta en la consulta diaria: ¿Puedo tener hijos?

En primer lugar, estas pacientes no tienen más problemas en cuanto a su fertilidad que la población general (es oportuno recordar que una de cada 5 parejas tienen dificultades para tener hijos).



En cuanto a su enfermedad, curiosamente ésta mejora en la mayoría (75%) de las pacientes embarazadas con artritis reumatoide, lo cual se relaciona con diversos cambios inmunológicos que se producen durante la gestación. También suelen mejorar de su artritis las embarazadas con artropatía psoriática, el eritema nodoso y la enfermedad de Raynaud; en cambio, el lupus eritematoso y las espondiloartropatías tienen un curso variable durante el embarazo. De todos modos, la mayoría de estas enfermas que mejoran en la gestación pueden presentar un brote de la enfermedad en los 6 meses siguientes al parto.

En relación con los fármacos, como en cualquier embarazo, se desaconseja tomar cualquiera de ellos en el primer trimestre (formación del embrión y de los órganos vitales). La aspirina y los antiinflamatorios no esteroideos cruzan la placenta y tienen riesgo de cierre prematuro del ductus arterio-venoso del feto y, en el tercer trimestre, tienden a retrasar el mecanismo natural del parto y aumentan el riesgo de hemorragia (tanto en la madre como en el hijo). Los corticoides que se pueden usar son la prednisona y la prednisolona, ya que se inactivan en la placenta y no llegan apenas al feto (la dexametasona, sin embargo, cruza la barrera placentaria). Durante la lactancia, los corticoides aparecen en la leche materna, pero la concentración que alcanzan en el niño es menor del 10% de su cortisol plasmático. En cuanto a los FARMES (medicamentos como el metotrexate o la leflunomida, que detienen la enfermedad), ninguno de ellos es seguro durante el embarazo, por lo que se aconseja su suspensión varios meses antes (en el caso del metotrexate, al menos 6 meses). En el caso del paciente varón con artritis reumatoide y con tratamiento con metotrexate, se aconseja retirarlo 3 meses mínimo antes de la concepción, debido a su paso y presencia en el semen. Los agentes biológicos (generalmente fármacos anti-TNF alfa), muy recientes, también se desaconsejan al menos 3 meses antes del embarazo.

Finalmente, lo que también se le recomienda a la enferma es esperar 4 o 5 años a quedarse de nuevo embarazada, para tener tiempo de cuidar al hijo, hacerse cargo de la nueva situación y organizar su vida personal y familiar.

Vida sexual

La actividad sexual es un aspecto importante de la vida diaria de las personas, pero, en muchos pacientes reumáticos, está deteriorado por la propia enfermedad. La expresión sexual (y el deseo o libido) de los pacientes con AR no sólo está afectada por el déficit físico, sino, y fundamentalmente, por las actitudes de la pareja y la sociedad frente a la discapacidad, y también por la visión que se tenga de uno mismo, la autoestima, la imagen corporal y la confianza en las relaciones interpersonales. Además, los pacientes son reticentes a comentarlo con los médicos, ATS o fisioterapeutas, al seguir siendo un

tema tabú cargado de prejuicios; también el personal sanitario rehúye hacer preguntas sobre ello durante la consulta.

Entre las causas de esta disfunción sexual están la presencia de inflamación, la fatiga, los problemas de las caderas, algunos fármacos, como los corticoides, los antidepresivos y los miorrelajantes, que disminuyen la libido. Otros medicamentosos pueden causar úlceras orales o genitales, anemia, pérdida del pelo (detrimento de la autoimagen). Además, el miembro sano de la pareja tiene miedo –lógicamente– a provocar dolor articular en su cónyuge durante la relación sexual, alterando el proceso normal de una relación sexual satisfactoria para ambos.

En cuanto a las soluciones de estos problemas, en las parejas donde existe una comunicación abierta y honesta en materia de sexualidad, ésta es más placentera y se resiente menos de nuevas situaciones, como la presencia de una enfermedad reumática. Es necesario un asesoramiento, que permita hablar abiertamente de la vida sexual no sólo con el paciente, sino también con su pareja, para evitar temores y ensanchar la mente. Por ejemplo, hay estrategias específicas, como variar las posiciones en el acto sexual, con previa relajación (ejercicios específicos, baño con agua caliente, la toma de analgésicos). Por otro lado, la sexualidad no es sólo el coito y existen otras formas no coitales de satisfacción sexual. El abandono de las prácticas sexuales incrementa el riesgo



de disfunción en el futuro. La actividad sexual no origina brotes de la AR, sólo pudiera ocasionar algo de rigidez al día siguiente... que no es en absoluto importante.

La sequedad vaginal, por síndrome Sjögren 2.º o por antidepresivos, o la menopausia, se soluciona con cremas o con terapia hormonal sustitutiva; Estas pacientes frecuentemente toman corticoides y pueden tener infecciones vaginales, hongos o bacterianas con cierta frecuencia y deben ser tratadas con terapias apropiadas. La impotencia en el varón es, en general, psicogénica y se puede tratar con el andrólogo, el psicólogo y/o con sildefanilo.

Parece que el reumatólogo y su enfermera deben evitar la remisión al sexólogo tan pronto como surja el tema en la consulta; lo mejor es hablar abiertamente del tema en la consulta y buscar las soluciones adecuadas. El médico que ya tiene una relación con su paciente debe preguntar a sus pacientes sin complejos, aunque con la reserva médica necesaria. Es también importante que los pacientes se animen a llevar la iniciativa y preguntar todo aquello que les preocupe en materia de vida sexual.

PARA RECORDAR

- 1 Los familiares de primer grado tienen un riesgo algo aumentado de desarrollar la enfermedad, pero no lo suficientemente importante como para desaconsejar tener descendencia.
- 2 En la mayoría (75%) de las pacientes embarazadas con artritis reumatoide la enfermedad mejora, lo cual se relaciona con diversos cambios inmunológicos que se producen durante la gestación.
- 3 En relación con los fármacos, como en cualquier embarazo, se desaconseja tomar cualquiera de ellos en el primer trimestre. La prednisona y prednisolona son seguros, puesto que no pasan la barrera de la placenta.
- 4 La vida sexual de los pacientes puede resentirse, y es necesario entonces un asesoramiento médico que permita hablar abiertamente del tema, no sólo con el paciente, sino también con su pareja.



Preguntas de los pacientes

respondidas por el Dr. José Luis Riestra Noriega
Unidad de Reumatología.
Hospital Universitario Central de Asturias



> *¿Cómo podemos los familiares ayudar a las personas con artritis?*

El diagnóstico de artritis reumatoide (AR) como enfermedad crónica ocasiona una grave distorsión en la vida de esa persona que la padece, lo que tiene una repercusión sobre el área personal, familiar y social.

En el área personal el paciente presenta además del inherente malestar físico y emocional, una pérdida de la independencia, sentimiento de impotencia, miedo al futuro, cambios en los patrones de sexualidad, y respuestas depresivas, de negación o de agresividad. Todo esto, lógicamente, es más acusado los primeros meses, y también es crucial el papel del médico en estos momentos.

En el área familiar la artritis afecta profundamente, y, según la reacción que aparezca, puede mejorar o empeorar el curso de esa enfermedad. La mayoría se adapta más o menos, a pesar de las tensiones y reestructuraciones que conlleva, incluso se pueden fortalecer los lazos. Otras veces, la familia se distancia y se desune por la presión de esa enfermedad, hasta el punto de desintegrarse, generalmente con el divorcio. Los cónyuges del paciente con AR, como en otras enfermedades crónicas, a menudo experimentan un padecimiento subjetivo incluso ocasionalmente mayor que el del propio paciente. Los profesionales de la salud se suelen centrar en la atención del paciente y pasan por alto el sufrimiento de ese cónyuge, lo que a la larga no es conveniente para nadie.

Los enfermos crónicos, con algún grado de discapacidad, reciben la mayor parte de los cuidados dentro del entorno familiar. Internamente suele haber un miembro

que asume la responsabilidad y le dedica más tiempo al paciente; a esta persona se le llama persona de apoyo principal o cuidador y se ocupa de las atenciones materiales, como la preparación de la dieta adecuada, de la supervisión de los tratamientos, de las revisiones periódicas... En suma, tanto la persona cuidadora como el resto de la familia son la principal fuente de apoyo emocional y social del paciente y quienes de verdad le pueden ayudar.

Este cuidador, sin embargo, puede a su vez desarrollar un proceso de enfermedad conocido como el “síndrome de desgaste del cuidador” (en inglés, “síndrome burn-out”, que significa “estar quemado”). Éste es un proceso de agotamiento y lo padecen tanto el cuidador como los profesionales sanitarios. Ocurre más frecuentemente cuando el paciente está en situación grave o terminal. Cursa con irritabilidad, pérdida de energía física, baja autoestima y de no eficacia, y al final suele sentirse indefenso. Hay unos “signos de alarma” para prevención de este síndrome, como son el autoconocimiento y cuidado de las propias emociones, establecer límites y expectativas reales, separar la vida laboral de la personal y reciclar energías para darle salida al stress, como el ejercicio físico, relajación-meditación, yoga... etc.

> *Si son tan útiles, ¿por qué no se trata a todos los pacientes con los medicamentos biológicos?*

Evidentemente con la aparición de los medicamentos biológicos la artritis reumatoide en general, y en particular en los niños, tiene una nueva orientación y pronóstico, tienen resultados espectaculares en la mejoría de la calidad de vida de los pacientes, en muchas ocasiones frenan la enfermedad y disminuyen notablemente el deterioro funcional. No se puede tratar a todos los pacientes con artritis reumatoide, porque hay diferentes formas con evolución y pronósticos distintos. Además, según las recomendaciones de organismos internacionales, sólo se pueden usar en algunas de ellas y bajo estricto control médico, ya que pueden presentar efectos secundarios importantes.

Diagnóstico: artritis reumatoide juvenil

Cuando me diagnosticaron una artritis crónica juvenil tenía 14 años y fue para mí una especie de golpe para el que no estaba preparada. Mis padres, después de una corta temporada en la que comencé a quejarme de las articulaciones de las manos y de las rodillas, me llevaron a varios médicos, que no acertaban con los tratamientos, hasta que finalmente acabé ingresada en un hospital, donde me diagnosticaron.

Cuando tienes esta enfermedad, necesitas tomar medicinas todos los días y eso me ha hecho sentirme como un “bicho raro”, ya que ninguno de mis amigos tiene que tomarlas. Lo más difícil de todo es acostumbrarte a que hay cosas que hacen otras chicas de tu edad, pero que tú no puedes hacer. Siempre me ha gustado jugar al tenis en las pistas de mi colegio, pero en muchas ocasiones no podía ni sostener la raqueta por el dolor de las manos. También solía jugar a baloncesto y montar en bicicleta, pero la enfermedad me producía cansancio y la mayoría de los días no me apetecía hacer ninguna de las dos cosas. Algunos días tenía fiebre y no podía salir de casa, con lo cual perdía de asistir a las clases, y eso me ocasionaba tener que hacer un esfuerzo mayor para ponerme al día con los demás compañeros.

El médico que me trata en el hospital es un hombre y aunque siempre se esfuerza en tener una buena relación conmigo y



con mis padres, a medida que he ido creciendo he ido tomando más confianza con la enfermera, con la que puedo charlar de cosas de las que no me atrevo a comentarle al médico.

“ **Tengo mucha confianza en el médico y en la enfermera, y ellos siempre me tranquilizan diciéndome que ahora cada vez hay mejores medicinas para tratar la artritis, y que, a pesar de tener esta enfermedad, tendré una vida normal, podré trabajar y tener una familia, y no seré una persona diferente con una vida llena de problemas**

Ahora han pasado 3 años y me he acostumbrado a tener esta enfermedad. Estoy con tratamientos que me la controlan bastante bien, aunque aún tengo días malos. Ahora me preocupa mi futuro. Tengo miedo de los efectos secundarios de los medicamentos y también de que dejen de funcionar y mi enfermedad empeore. Sin embargo, también tengo mucha confianza en el médico y en la enfermera, y ellos siempre me tranquilizan diciéndome que ahora cada vez hay mejores medicinas para tratar la artritis, y que, a pesar de tener esta enfermedad, tendré una vida normal, podré trabajar y tener una familia, y no seré una persona diferente con una vida llena de problemas.

Sonia Álvarez
(Barcelona)

¿Qué repercusión tiene en la VIDA SOCIAL DE LAS PERSONAS?

Dr. Alejandro Olive Marqués

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol

Introducción

El dolor es el síntoma principal de la artritis reumatoide. El dolor y la actividad de la enfermedad, junto al daño articular, originan numerosas consecuencias. En efecto, el diagnóstico de la artritis reumatoide provoca un enorme impacto en el bienestar socioeconómico de los pacientes.

La mayoría de pacientes sufren una considerable discapacidad; asimismo, la pérdida de ingresos económicos genera una importante repercusión en la vida del paciente y de su familia. La pérdida de poder adquisitivo es mayor que el coste de la enfermedad. Los costes directos de la enfermedad, es decir, visitas médicas, pruebas complementarias tales como los análisis y las radiografías, y cirugía ortopédica son cubiertos por el sistema nacional de salud o por las mutuas privadas. No obstante, cabe remarcar que los ingresos propios –el salario– no se asegura, por lo general. Se calcula que los pacientes con artritis reumatoide tienen un 50% menos de ingresos económicos en los primeros 9 años de enfermedad.

Se estima que los pacientes con artritis reumatoide y sin otra enfermedad añadida hacen casi 8 visitas al año con el médico de cabecera, más del doble que las que hace cualquier paciente a su médico de cabecera. Asimismo, la frecuencia de hospitalización de los pacientes con artritis reumatoide es más del doble que en la población general.

El impacto social y económico de la artritis reumatoide es muy importante, fundamentalmente en relación con la incapacidad que produce. Tanto el médico como el

paciente deben de conocer esta realidad y entender cuáles son los factores que contribuyen a la discapacidad para intentar evitarla.

Factores de la discapacidad

Aproximadamente un 50% de los pacientes con artritis reumatoide dejan de trabajar durante los primeros 10 años de la enfermedad. Por ello, es decisivo reconocer cuáles son los pacientes que tendrán mayor discapacidad y con cuánta rapidez. En la tabla 1 se muestran los factores de riesgo mejor conocidos y que señalan mal pronóstico evolutivo. En este sentido, en la actualidad existen unas medidas clínicas que se relacionan con el pronóstico de la enfermedad. El reumatólogo debe examinarlas y valorarlas cuidadosamente. Algunas de estas medidas ponderan la actividad de la enfermedad, es decir, que con una exploración física, una serie de preguntas y algunas pruebas de laboratorio sencillas podemos calcularlas. Por el contrario, otros parámetros que influyen en la discapacidad, como el la prueba genética del epitopo compartido (HLA DR4), se hacen sólo en laboratorios muy especiales.

Así, por ejemplo, una artritis reumatoide en una mujer joven, con erosiones articulares a los dos años y que desde el inicio tiene una velocidad de sedimentación elevada y con el factor reumatoide positivo, tiene factores de mal pronóstico. La presencia de erosiones articulares en el primer o segundo año de la enfermedad es un factor, sin duda, de gravedad. Estos pacientes deben ser individualizados y tratados de forma más intensa para evitar el avance de la enfermedad.

Tabla 1

FACTORES PRONÓSTICOS

<i>Duración de la enfermedad</i>	<i>Edad</i>
<i>Erosiones en las radiografías</i>	<i>Tumefacción articular</i>
<i>Deformidades</i>	<i>Dolor articular intenso</i>
<i>Velocidad de sedimentación</i>	<i>Capacidad funcional</i>
<i>Antígeno de histocompatibilidad DR4</i>	<i>Factor reumatoide</i>

Un factor determinante para el abandono del trabajo es el requerimiento físico del mismo. Un ama de casa, un estibador, un trabajador de la construcción tienen más difícil mantener su actividad laboral, puesto que ésta requiere mucho esfuerzo físico. Aquellos trabajadores que pueden marcar el ritmo laboral tienen más posibilidades de continuar trabajando. En este sentido, las profesiones liberales y los trabajadores autónomos cuentan con más ventaja.

La AR y el impacto en el día a día

La artritis reumatoide incide de manera importante en las actividades diarias y en el estado de ánimo. Está claro que la artritis reumatoide se asocia a depresión, a menudo motivada por la incapacidad de hacer las actividades esenciales en la vida diaria, sobre todo las de carácter social. Es decir, el paciente con artritis reumatoide tiene menos placer en las actividades diarias, es más vulnerable al estrés y disfruta menos en las actividades de ocio, todo ello inducido por la pérdida de habilidad y dolor junto a la depresión que se añade.

Numerosos estudios han puesto de manifiesto un importante deterioro físico y social; este deterioro empieza pronto, generalmente a los 2 años del diagnóstico. Los pacientes con artritis reumatoide salen menos de compras, tienen dificultad para entrar y salir del coche, emplean menos tiempo en sus aficiones en comparación con otras personas sin artritis. Muchos pacientes cambian de actividades de tiempo libre por unas que requieran menor sobrecarga articular. Las mujeres con artritis reumatoide tienen problemas en muchos aspectos de las tareas del hogar, tales como preparar comidas y hacer las camas. Muchos pacientes requieren dispositivos para adaptarse a las tareas del hogar, otros son adiestrados por el terapeuta ocupacional.

El papel del médico

Los médicos que diagnostican y tratan la artritis reumatoide tienen un papel importante a la hora de valorar la discapacidad en el trabajo. El paciente y su médico deben trabajar juntos con objeto de hacer más pequeño el impacto de la enfermedad en el trabajo. Medir el deterioro funcional del paciente puede ser útil a la hora de hacer informes. La escala que se utiliza con más frecuencia es la del Colegio

Tabla 2

CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE POR EL COLEGIO AMERICANO DE REUMATOLOGÍA

Grado I: El paciente es absolutamente capaz de hacer todas las actividades habituales de la vida diaria (cuidado personal, profesionales y entretenimiento).

Grado II: El paciente es capaz de hacer las actividades habituales de su cuidado personal y profesional, pero está limitado en las actividades de entretenimiento.

Grado III: El paciente es capaz de hacer las actividades usuales de su cuidado personal, pero está limitado en las actividades profesionales y de entretenimiento.

Grado IV: El paciente tiene limitada su capacidad para hacer las actividades usuales de su cuidado personal, profesional y de entretenimiento.

Americano de Reumatología, donde se valoran las actividades domésticas, vocacionales y profesionales (ver tabla 2)

Una aproximación a la discapacidad

A pesar del tratamiento médico y quirúrgico, determinados pacientes son incapaces de continuar con su trabajo. La artritis reumatoide origina un severo impacto en la discapacidad para el trabajo: el 27% de todos los pacientes menores de 65 años están discapacitados para el trabajo. Esta discapacidad se desarrolla con rapidez; a los 2 años del comienzo de la enfermedad, el daño articular permanentemente ocurre en un 50% de los casos. En otras palabras, el 10% de los pacientes dejan de trabajar en el primer año, alrededor del 50% en la primera década, y cerca del 90% dejó el trabajo antes de la edad de jubilación.

Es muy importante remarcar que estos datos de discapacidad, de abandono del trabajo, se aplican sólo a los trabajadores que están oficialmente empleados, no incluye la discapacidad



laboral del ama de casa. Así, se infravalora el verdadero impacto de la enfermedad: en el caso de la mujer, cabe recordar que la artritis reumatoide afecta tres veces más a la mujer que al hombre.

La artritis reumatoide y el trabajo

Si el paciente no puede continuar su trabajo por las exigencias físicas, caben varias posibilidades. La primera y más lógica es el cambio de trabajo. Este cambio de trabajo se puede hacer dependiendo de la edad del paciente y del grado de educación del mismo. Es importante destacar también el tipo de sociedad en que vive el paciente; hay sociedades en que la disponibilidad del mercado laboral es mayor que otras. El grado de desempleo de la sociedad es un factor a conocer. Aquellas sociedades avanzadas, con escaso paro laboral, tienen más posibilidades de ofrecer nuevos trabajos a los pacientes con artritis reumatoide. Asimismo existen organismos que facilitan –con ayudas fiscales– la contratación de trabajadores con discapacidad.

Un segundo factor relacionado con el trabajo es adaptar el trabajo a la enfermedad. Esta estrategia interesa factores tales como el “Qué trabajos se hacen”, “Cuándo se hacen” y

“Cómo se hacen”. En algunos casos los trabajadores pueden ser trasladados a actividades más sedentarias, o a trabajos que no supongan esfuerzo en las articulaciones. Estas reubicaciones “marcan” en cierta medida al paciente trabajador, y pueden llevar consigo una reducción en el salario o en el estatus social. Deben ser valoradas convenientemente. El lugar del trabajo también puede ser adaptado. Aspectos tales como la altura de la silla, el tiempo de sedestación y de deambulación pueden ser modificados. El ambiente del trabajador debe ser cálido y seco. Nuevamente, este tipo de acciones dependen del tamaño de la empresa y de la flexibilidad de los supervisores. Los terapeutas ocupacionales pueden prestar ayuda.



PARA RECORDAR

- 1** La artritis reumatoide se asocia a depresión, a menudo motivada por la incapacidad de hacer las actividades esenciales en la vida diaria, sobre todo las de carácter social.
- 2** Aproximadamente un 50% de los pacientes con artritis reumatoide dejan de trabajar durante los primeros 10 años de la enfermedad.
- 3** La presencia de erosiones articulares en el primer o segundo año de la enfermedad es un factor de gravedad.
- 4** Un factor determinante para el abandono del trabajo es el requerimiento físico del mismo. Un ama de casa, un estibador, un trabajador de la construcción tienen más difícil mantener su actividad laboral, puesto que ésta requiere mucho esfuerzo físico.



Preguntas de los pacientes

respondidas por el Dr. Alejandro Olive Marqués
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol



> Puedo hacer algún deporte?

El ejercicio regular da bienestar a los pacientes con artritis reumatoide. Los ejercicios acuáticos o la natación son los que mejor se adaptan a la enfermedad. Además, el paciente puede autorregularlos. Estos ejercicios son óptimos prácticamente en cualquier fase de la enfermedad y mejoran el estado general, la movilidad y la seguridad. Los ejercicios se suelen hacer en grupo, junto a otros pacientes, compartiendo los problemas de la enfermedad y mejorando la soledad del paciente con artritis reumatoide. El ciclismo y los deportes de raquetas ligeros pueden también adaptarse a la enfermedad.



> *¿Me perjudica viajar?*

En absoluto. Si el viaje es por avión o por automóvil y es largo, los consejos son los habituales: cumpla con la medicación, camine cada hora 10 minutos, si guarda reposo contraiga los músculos de las piernas y muslos, gire los pies en círculos. Lleve siempre la medicación consigo. Es aconsejable –siempre supervisado por su reumatólogo– que lleve pastillas de cortisona consigo. Así, si aparece un brote de la enfermedad durante el viaje, puede tomarlas y yugarlo más rápidamente. Lleve el calzado más cómodo que tenga; si ha de caminar mucho, unas deportivas con cámara de aire son óptimas. Nunca estrene el calzado en un viaje. Si viaja a un país tropical puede vacunarse; siempre es mejor que las vacunas sean con virus muertos. Puede hacer profilaxis para el paludismo. Por último, si el viaje es en avión, y su medicación tiene que estar a temperaturas frías, solicite de su reumatólogo un certificado para que pueda transportar con nevera portátil sus medicamentos. De este modo en los controles de los aeropuertos y aduanas tendrá menos problemas.



DOLOR Y ARTRITIS

Dr. Javier Vidal Fuentes

*Unidad de Dolor Reumático. Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario de Guadalajara*

Frecuencia del dolor

Los estudios epidemiológicos ponen de manifiesto la alta prevalencia de dolor de origen musculoesquelético y de las enfermedades reumáticas en la población general. Un 30% de la población presenta manifestaciones clínicas, un 20% tiene una enfermedad reumática relevante y un 7% padece como consecuencia una incapacidad permanente. Sin embargo, la mortalidad general por enfermedad reumática es muy baja (0,02%), lo que se traduce en una evolución crónica de la mayoría de los procesos. Además, esta prevalencia se incrementa con la edad, y un 27% de los mayores de sesenta años padecen una enfermedad reumática.



En estudios realizados en Estados Unidos en 1985, mediante encuestas telefónicas a la población, y preguntado si durante el último año habían tenido dolor, un 56% de los entrevistados habían tenido lumbalgia, un 53% dolor muscular y un 51% dolor

articular, en un 16%, 10% y 19% respectivamente la duración del dolor había sido superior a 100 días.

Definición del dolor

En el caso de las enfermedades reumáticas es fundamental asumir la definición de dolor establecida por la Asociación Internacional para el Estudio y Tratamiento de Dolor (IASP), que dice: *“El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada con daño tisular real o potencial.”* En este concepto se identifican los tres elementos esenciales del dolor, *la lesión de los tejidos o de cualquier parte del organismo, como desencadenante del dolor, las vías y mecanismos neurosensoriales (del sistema nervioso) del dolor, y la percepción del dolor como algo subjetivo y dependiente del estado psicológico de la persona* (figura 1). Además, estos tres elementos también permiten clasificar el dolor en los tres tipos fundamentales; el dolor nociceptivo o inflamatorio (somático y visceral) por lesión de los tejidos y estimulación de los nociceptores o receptores del dolor, el dolor

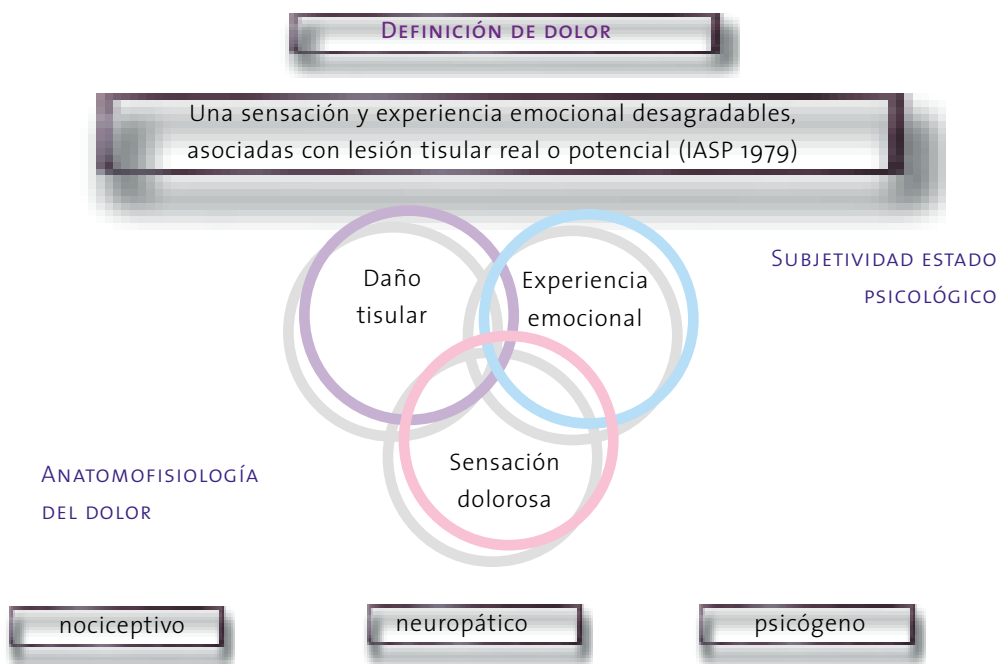


Figura 1. Definición, componentes y tipos de dolor.

neuropático por lesión o disfunción de las vías y centros nerviosos (dolor neuropático periférico y central) y el dolor psicógeno, producido o influenciado por aspectos psicológicos sin que haya realmente una lesión o daño orgánico, o éste sea desproporcionado a la intensidad del dolor.

En las enfermedades del aparato locomotor, el dolor suele ser de origen inflamatorio por lesión de sus diferentes componentes, como el hueso, el cartílago articular, la sinovial articular, los ligamentos, los tendones o los músculos. Pero también puede haber componentes de dolor neuropático por afectación primaria o secundaria del sistema nervioso, como los nervios periféricos o las raíces nerviosas (hernia discal con ciática).

El dolor puede ser agudo, si dura menos de 3 meses; subagudo, de 3 a 6 meses, y crónico, si dura más de 6 meses. La mayoría del dolor reumático suele ser de evolución crónica.

El dolor agudo es una respuesta fisiológica que nos protege y avisa que se ha producido un daño físico o que se puede producir es, por tanto, un síntoma de alarma que nos hace consultar al médico y cumple una función vital para preservar nuestra integridad.

El dolor crónico produce sufrimiento, no cumple una función vital, es causa de limitación funcional e incapacidad y de pérdida de calidad de vida, y supone importantes costes sociolaborales y asistenciales.

Mecanismos de producción del dolor

El sistema nervioso sensorial es el encargado de reconocer diferentes estímulos, como el tacto, la presión o la temperatura, y a la vez es el encargado de identificar los estímulos dolorosos reconociendo aquellos que son lesivos, es decir, que tienen un umbral de intensidad elevado, como la temperatura alta (+ de 42°), o la fuerza mecánica intensa (golpe, traumatismo), o sustancias químicas irritantes.

En los mecanismos de producción del dolor crónico reumático (fisiopatología), el punto de partida es la liberación de múltiples sustancias, estimulantes y sensibilizantes, todas ellas vinculadas a la respuesta inflamatoria y que actúan sobre los receptores del dolor de los tejidos. Tanto en los procesos degenerativos, como la artrosis, y los inflamatorios, como la

artritis reumatoide, se producen múltiples sustancias inflamatorias en el tejido lesionado con capacidad para sensibilizar o estimular los receptores del dolor. En los procesos de base inflamatoria inmunológica, como la artritis reumatoide, la perpetuación de los mecanismos de autoinmunidad (agresión del propio sistema inmune contra el organismo), con activación celular y liberación de las llamadas citocinas (sustancias inflamatorias producidas por las células de la sangre, linfocitos y leucocitos), suponen junto a las anteriores, una fuente permanente de estímulo nociceptivo o doloroso. Las sustancias inflamatorias llamadas prostaglandinas son un mediador constante en el proceso doloroso, no sólo actúan como estimulantes, sino también como sensibilizantes directos.

Una vez estimulado el receptor del dolor es éste quien transmite una señal eléctrica a lo largo de todo el nervio periférico hasta la médula espinal, allí contacta con otra célula (neurona) sensitiva que transmitirá el impulso doloroso hasta un centro nervioso superior llamado tálamo y situado en el cerebro. A este nivel se produce una tercera conexión con otra neurona sensitiva que, finalmente, llega hasta la corteza cerebral, donde el estímulo doloroso se convierte en una sensación consciente percibida por el individuo (figura 2). En este tercer nivel hay conexiones importantes con zonas del cerebro relacionadas con aspectos emocionales y psicológicos del individuo. Éste es el motivo de que cada uno interpretemos el dolor de una manera individual, y por ello es fundamental entender las influencias de la esfera afectiva en la vivencia y la percepción del dolor. Los médicos deben evaluar no sólo la lesión o la causa del dolor, sino también aquellos aspectos de carácter emocional y psicológico que pueden influir en la sensación de dolor.

Aunque la transmisión del impulso doloroso tal como se ha expuesto parece muy sencilla, hay que decir que en todo el proceso de transmisión de la señal dolorosa intervienen múltiples sustancias y moléculas, llamados neurotransmisores, así como diferentes receptores para las mismas que contribuyen a modular, a modificar, a ampliar, e incluso a cronificar el dolor. También hay sustancias propias del organismo capaces de disminuir o inhibir la sensación dolorosa. Entre estas sustancias se encuentran las llamadas endorfinas, que son sustancias muy parecidas a los opioides (como la morfina), lo que explica su utilidad como analgésicos potentes. Otras sustancias, como la serotonina o la noradrenalina, también tienen un efecto inhibitor del dolor, y algunos tratamientos, como los fármacos antidepresivos, tienen la capacidad de aumentar estas sustancias del sistema nervioso e inducir un efecto analgésico.

El tratamiento del dolor puede resultar difícil, precisamente porque en sus mecanismos de producción intervienen múltiples elementos y sustancias, lo que dificulta el poder actuar sobre todos ellos.

Valoración del dolor

Es fundamental la historia clínica y la exploración para poder llegar a un diagnóstico de la enfermedad que causa el dolor, y así poder establecer un tratamiento lo más específico posible. Además es necesario realizar un interrogatorio o estudio clínico que evalúe todos los componentes del dolor y que a continuación se describen:

1. Inicio: brusco/progresivo.
2. Causas: trauma/cirugía/enfermedad reumática.
3. Topografía: local/regional/general/referido.

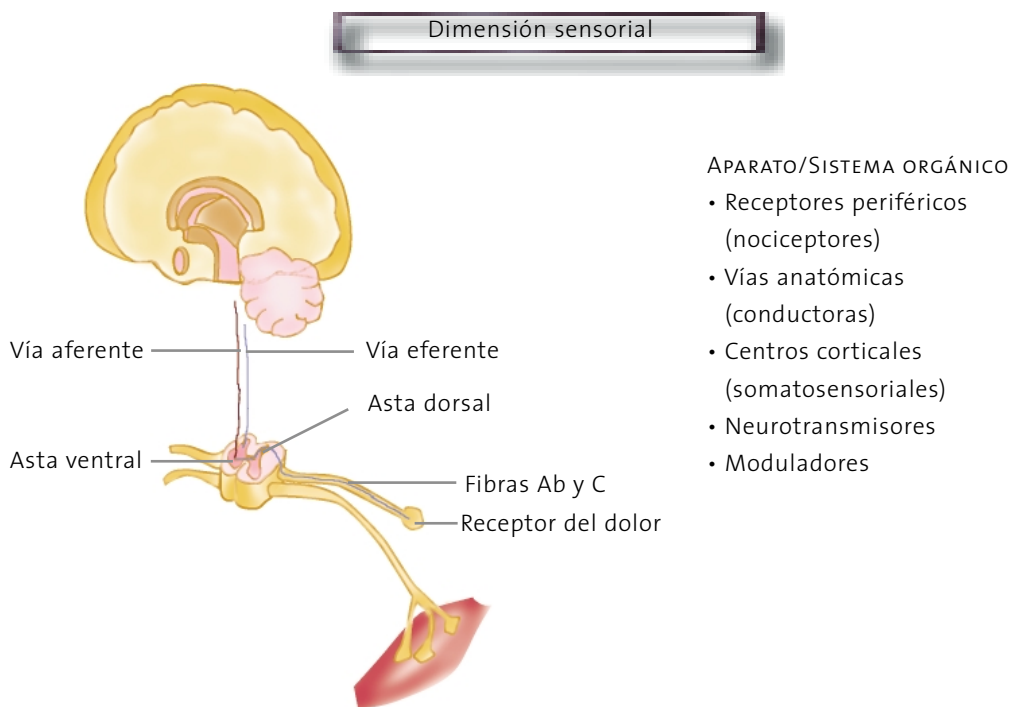


Figura 2. Componentes anatómicos del sistema nervioso implicados en el dolor.

4. Distribución: metamérico (territorio de un nervio)/muscular/articular.
5. Factores modificantes: movimiento/estrés/reposo.
6. Calidad de dolor: opresivo/punzante/quemante/eléctrico.
7. Intensidad: máximo/mínimo/usual/actual.
8. Síntomas acompañantes.
9. Interferencia con actividades de la vida diaria.
10. Impacto en estado psicológico.
11. Respuesta a tratamientos recibidos.
12. Factores evaluativos: estado cognitivo, emocional/psicopatología.
13. Factores ambientales: familiares/laborales/educativos/sociales.

Es importante evaluar la intensidad del dolor, ya que nos da una idea de la severidad del proceso. Habitualmente se utilizan escalas cualitativas que gradúan el dolor en nulo, leve, moderado, intenso o muy intenso, y también escalas cuantitativas o analógicas que gradúan el dolor en una escala de 0 a 10, donde el 0 significa ausencia de dolor y el 10 el dolor máximo posible, siendo el paciente el que determina la intensidad del mismo.

Tratamiento del dolor

Los objetivos del tratamiento deben perseguir el control y alivio del dolor, recuperar, mejorar o preservar la capacidad funcional, y evitar o retrasar el daño estructural. En segundo lugar, los pacientes con dolor crónico necesitan una dedicación especial que se debe traducir en: revisión, valoración y evaluación periódicas del dolor, mejorar el control de dolor (más actividad y más confortable, educación psicológica), facilitar el acceso a la rehabilitación, mejorar el estado psicológico y mantener una comunicación con el médico de cabecera.

El planteamiento terapéutico actual del dolor reumático y en especial del dolor crónico se fundamenta en poder actuar sobre cualquiera de los mecanismos y vías que intervienen en la producción del dolor.

Las opciones terapéuticas incluyen medidas farmacológicas y no farmacológicas: rehabilitación, meditación/relajación, terapia conductual, analgésicos periféricos y centrales, fármacos coadyuvantes y técnicas llamadas invasivas o intervencionistas.

La estrategia terapéutica permite establecer una serie de opciones lógicas escalonadas que se inician con un tratamiento etiopatogénico (en base a la causa y los mecanismos de la enfermedad), si es conocido en la enfermedad reumática de que se trate. Continúa con las opciones clásicas de la escalera analgésica de la OMS (Organización Mundial de la Salud) (figura 3). y se continúa con los bloqueos nerviosos periféricos o a nivel de la médula espinal, técnicas invasivas de estimulación medular mediante implantación de electrodos en la médula espinal conectados a un estimulador, también implantable. Por último, cuando han fracasado todas las medidas, es posible recurrir, en casos seleccionados, a la administración de opioides por vía espinal, donde la potencia de éstos se multiplica. A lo largo de la implementación de estas opciones siempre deben estar presentes las posibilidades de un tratamiento rehabilitador, de psicoterapia y/o quirúrgico.

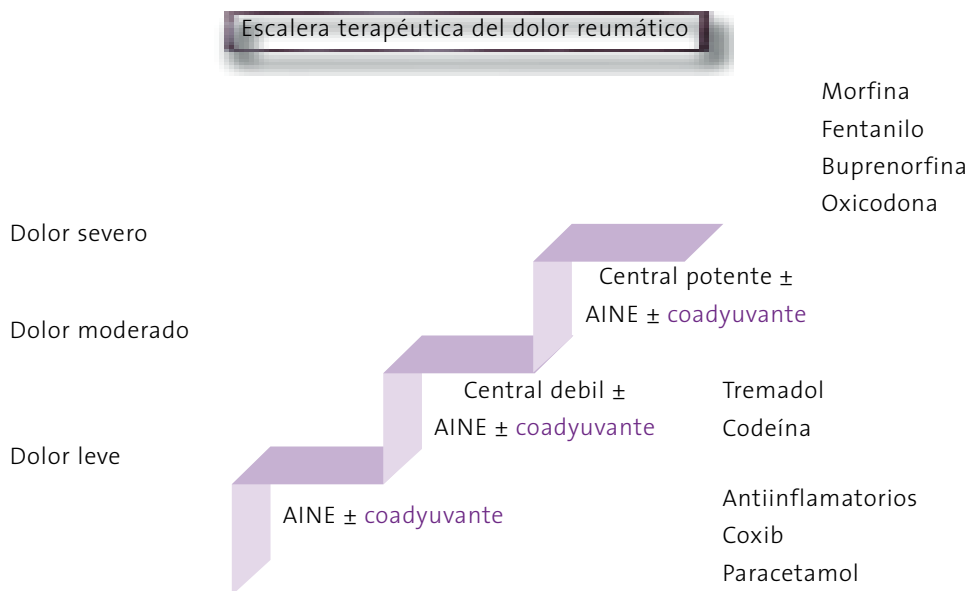


Figura 3. Escalera analgésica en función de la intensidad del dolor y de la respuesta a cada escalón. Si no existe alivio se sube un nivel de la escalera.

Entre los fármacos analgésicos tenemos:

- Analgésicos periféricos: antiinflamatorios, paracetamol.
- Analgésicos centrales: opioides (análogos a la morfina).
- Coadyuvantes:
 - corticoides
 - capsaicina tópica
 - relajantes musculares
 - anticonvulsivantes
 - antidepresivos
- Anestésicos locales.

En ocasiones es necesario combinar varios fármacos para el control del dolor. En el caso del dolor crónico se recomienda que el tratamiento sea continuado, evitando las fluctuaciones del dolor, ya que esto hace más difícil su control.

PARA RECORDAR

- 1** El dolor agudo es una respuesta fisiológica que nos protege y avisa que se ha producido un daño físico, y es, por tanto, un síntoma de alarma. El dolor crónico no tiene esa función vital.
- 2** En la transmisión del impulso doloroso intervienen múltiples sustancias y moléculas, llamados neurotransmisores.
- 3** Las opciones terapéuticas frente al dolor incluyen medidas farmacológicas y no farmacológicas: rehabilitación, meditación/relajación, terapia conductual, analgésicos periféricos y centrales, fármacos coadyuvantes y técnicas llamadas invasivas o intervencionistas.
- 4** En ocasiones es necesario combinar varios fármacos para el control del dolor. En el caso del dolor crónico se recomienda que el tratamiento sea continuado, evitando las fluctuaciones, ya que esto hace más difícil su control.



Preguntas de los pacientes

respondidas por el Dr. Javier Vidal Fuentes
Unidad de Dolor Reumático. Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario de Guadalajara



- > *¿Ser una persona nerviosa influye en el dolor reumático de artritis reumatoide?*

Diferentes estudios demuestran que el estado de ánimo depresivo y la ansiedad aumentan, de forma independiente a la causa del dolor, el mismo. Las técnicas de relajación psicológica y la psicoterapia disminuyen el dolor. Las creencias religiosas y la propia educación influyen en la sensación dolorosa. Por todo ello es importante utilizar a nuestro favor los mecanismos psicológicos de control del dolor.

- > *¿La obesidad es problemática en esta enfermedad?*

El sobrepeso influye negativamente en el dolor y en la capacidad de movimiento, que ya éste puede estar comprometido por la enfermedad. La carga mecánica sobre las articulaciones, que supone el sobrepeso, aumenta el dolor por estímulo de los receptores de presión que están sensibilizados por la inflamación. Por ello se recomienda una dieta adecuada y equilibrada y un programa de ejercicio físico adaptado al proceso reumático y la persona. El dolor y la falta de ejercicio físico pueden producir atrofia muscular y esto contribuir a una menor actividad física, favorecer el sobrepeso y crear así un círculo vicioso muy negativo.

Papel del reumatólogo EN LA ARTRITIS

Dr. Eugenio de Miguel

*Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario La Paz. Madrid*

Una vez visto lo que es la artritis reumatoide, su diagnóstico, tratamiento, pronóstico y repercusiones, queda por definir cuál es el papel del reumatólogo en esta enfermedad. De una manera simple, se puede decir que el reumatólogo es el médico especialista de referencia para los pacientes con artritis reumatoide, y que su papel consiste en coordinar y poner a su servicio todos los conocimientos disponibles para mejorar el control de la enfermedad. Para ello, el reumatólogo debe reunir una serie de facetas que van desde el conocimiento de los últimos avances científicos y técnicos hasta una atención completa, que también incluye la cobertura social que el paciente pudiera necesitar. Es decir, no sólo una alta calidad científica –que pusiera a su disposición los mejores tratamientos o diagnósticos posibles–, sino también la calidez humana necesaria en todo proceso crónico, acompañamiento en necesidades asistenciales sociales, consejos prácticos en cuanto a cuidados articulares, asesoramiento psicológico, educación sobre la enfermedad, etc.

Además, el reumatólogo, como individuo o como colectivo, deberá participar en actividades de promoción de la salud que, en lo que a la artritis reumatoide se refiere, incluye:

- Impulsar o dinamizar, en la sociedad y autoridades sanitarias, el conocimiento de la importancia que la artritis tiene sobre los enfermos y familias afectadas.
- Ayudar a dimensionar de una forma adecuada los servicios sanitarios y sociales de atención a los pacientes.

- ❑ Velar por que el derecho a la salud reconocido en nuestra Constitución se aplique de forma integral a nuestros enfermos y que accedan a todos los avances terapéuticos de la medicina.
- ❑ Promover cambios legislativos que ayuden al enfermo reumático, tanto en la esfera laboral como en la social.

Finalmente, el reumatólogo, siempre que sea posible, debe participar en actividades de investigación que mejoren la salud del enfermo reumático.

Veamos como desarrollar un papel ideal de este tipo:

El reumatólogo, en su faceta asistencial, acompaña al paciente con artritis reumatoide desde el principio, realizando el diagnóstico de acuerdo a su experiencia y a una serie de criterios diagnósticos que han sido establecidos por las sociedades científicas y que están aprobados a nivel internacional.

Estos criterios están además en continua revisión para mejorar todo lo posible los cuidados de nuestros pacientes. Tras el diagnóstico, se realiza una información general,

Tabla

PAPEL DEL REUMATÓLOGO EN LA ARTRITIS REUMATOIDE: ATENCIÓN AL ENFERMO

Especialista médico de referencia

Aplicar al enfermo los avances sobre la enfermedad

Realizar el diagnóstico de la enfermedad

Informar al paciente sobre la enfermedad

Informar al paciente sobre los tratamientos posibles

Comprobar la eficacia y seguridad de los medicamentos

Coordinar los tratamientos con otros especialistas

Asesorar y brindar apoyo social

PAPEL DEL REUMATÓLOGO EN LA ARTRITIS REUMATOIDE: ÁMBITO SOCIOSANITARIO

Especialista médico de referencia

Coordinar los tratamientos con otros especialistas

Difundir a otros médicos y profesionales de la salud información sobre la enfermedad

Promoción de la salud

Influir en la sociedad para mejorar la atención de los pacientes

Colaborar con las asociaciones de pacientes

Participar en las asociaciones científicas en el ámbito de la formación y promoción de la salud

Participar en tareas de investigación

que se ampliará en las consultas sucesivas, sobre la enfermedad, el pronóstico y los cuidados que debe tener el paciente, y se le ofrece información sobre los posibles tratamientos, con sus beneficios y efectos secundarios. Esta información suele acompañarse de unas recomendaciones del reumatólogo sobre las que en su opinión serían las mejores opciones, favoreciendo de esta forma –con la menor angustia posible– la libre elección del paciente sobre los beneficios y riesgos potenciales que los tratamientos comportan y en la que el es él máximo implicado.

En las visitas sucesivas el reumatólogo vigilará dos aspectos fundamentales: eficacia y seguridad. En cuanto a la eficacia, el conocimiento acumulado durante los últimos años por la comunidad científica ha sido sustancial, se han desarrollado numerosos instrumentos de medida (DAS, HAQ, ...), no sólo cualitativos, como se hacía hasta ahora, sino también cuantitativos, que permiten calcular mediante una aproximación matemática cuál es el grado de actividad de la enfermedad y decidir las dosis de tratamiento en virtud de la misma. En los últimos años se han validado también los criterios de remisión, es decir, demostrado el auténtico valor de los mismos, lo que nos permite también predecir mejor el pronóstico y camino a seguir con nuestros pacientes. De igual forma se ha avanzado en cuanto a seguridad, existen guías y procedimientos sobre la vigilancia a seguir y las acciones a realizar para disminuir o anular, antes de que sea tarde, los posibles efectos nocivos para la salud de los medicamentos que utilizamos, lo que hace que, sin ofrecer unas garantías absolutas, se reduzca en gran medida el número y la importancia de los mismos. Para esto, es fundamental la corresponsabilización del paciente y de su entorno familiar en la realización de las analíticas y pruebas complementarias, que, desde el inicio de los tratamientos, recomienda el reumatólogo y que debe seguir mientras éste lo tome, aun cuando falte por cualquier motivo a alguna de las visitas programadas.

Además de la atención científico-técnica, el reumatólogo asistirá al paciente en cuantas necesidades sociales pueda precisar: informes laborales, informes de incapacidad, ayudas sociales, asesoramiento sobre férulas o ayudas en el hogar, etc.

El reumatólogo debe participar también en las actividades de promoción de la salud, tarea recogida en la Ley General de Sanidad, lo que consiste en:

- ❑ Promocionar el conocimiento y atención al enfermo con artritis, entre los médicos y servicios sanitarios del área en el que trabaja.
- ❑ Impulsar campañas de diagnóstico precoz de la enfermedad.
- ❑ Mejorar los planes terapéuticos y protocolos a seguir, para prevenir posibles complicaciones de la enfermedad.
- ❑ Facilitar la comunicación con Atención Primaria y otros servicios sanitarios que acerquen la atención al domicilio del paciente.
- ❑ Recabar de las autoridades sanitarias tiempo y medios, para el adecuado cuidado de la artritis.
- ❑ Promover cambios en la sociedad civil y política en todos los estamentos, desde el ámbito municipal al autonómico o estatal, tanto en lo que se refiere a prestaciones sanitarias como a barreras arquitectónicas, ayudas a la investigación o cambios legislativos.
- ❑ Generar en la sociedad una actitud de acercamiento y apoyo al derecho a la salud de nuestros pacientes.

En estos aspectos es importante la colaboración entre el reumatólogo y las asociaciones de pacientes y su integración en las actividades de las sociedades científicas.

PARA RECORDAR

- 1** El reumatólogo es el médico especialista de referencia para los pacientes con artritis reumatoide, y debe coordinar y poner a su servicio todos los conocimientos disponibles para mejorar el control de la enfermedad.
- 2** Inicialmente su papel es informar y tratar. En las visitas sucesivas el reumatólogo vigilará dos aspectos fundamentales: la eficacia y la seguridad de las terapéuticas.
- 3** Además de la atención científico-técnica, el reumatólogo asistirá al paciente en cuantas necesidades sociales pueda precisar: informes laborales, informes de incapacidad, ayudas sociales, asesoramiento sobre férulas o ayudas en el hogar, etc.
- 4** Es importante la colaboración entre el reumatólogo y las asociaciones de pacientes y su integración en las actividades de las sociedades científicas.



Preguntas de los pacientes

respondidas por el Dr. Eugenio de Miguel
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario La Paz. Madrid



> ¿Cómo puedo cuidar mis articulaciones?

Sobre todo tomando la medicación adecuada. Además, las personas con artritis reumatoide deben evitar trabajos o actividades que supongan esfuerzos o que puedan deformar o desviar sus articulaciones. Un programa de ejercicios, y en determinados casos el uso de férulas o de dispositivos domésticos o laborales, permite realizar con mayor facilidad las actividades cotidianas. En general, los programas de ejercicios deben plantearse teniendo en cuenta la capacidad física de la persona, la edad y la gravedad de la enfermedad. Cualquier tipo de actividades, como caminar, nadar, montar en bicicleta o incluso bailar son buenos, siempre que no se realicen de forma excesiva o violenta. En general, se desaconsejan las anteriores actividades o ejercicios que supongan esfuerzos cuando produzcan dolor o el paciente note que tras su realización aparece dolor o aumento de la hinchazón articular. Se deben evitar los ejercicios violentos, bruscos o contra fuertes resistencias y todos aquellos con riesgo de choques o caídas. El reposo articular también es muy importante. Para no sobrecargar las articulaciones inflamadas conviene alternar el ejercicio con el reposo, especialmente en los periodos de inflamación articular. Durante el reposo se deben mantener las articulaciones estiradas en posición normal.



> *¿Qué ejercicios debe realizar el paciente con artritis reumatoide?*

Son convenientes los ejercicios que reproducen los movimientos normales de cada articulación, intentando conseguir la movilidad completa conservando todos los grados del movimiento o intentando recuperar sin forzar lo que se haya perdido con anterioridad. Los ejercicios se realizarán de una forma lenta y suave. Los ejercicios deben ser individualizados para cada paciente, pero como norma general se puede seguir el siguiente plan: abrir y cerrar las manos, mover las muñecas hacia arriba y hacia abajo, inclinarlas a un lado y a otro; girarlas hasta poner la palma hacia arriba y después hacia abajo, flexionar y estirar los codos; con los brazos pegados al cuerpo, iniciar un movimiento para levantar los brazos hacia adelante, volver a la posición inicial y desplazarlos hacia los lados y arriba, posteriormente desde la posición inicial estirarlos hacia atrás; en el miembro inferior tumbado realizar un movimiento que consiste en doblar las rodilla y encoger las piernas hasta tocarse el pecho, posteriormente estirarlas, separarlas y cruzarlas; apuntar con el pie hacia abajo y después hacia arriba y girar los tobillos; en la columna es importante hacer ejercicios con el cuello moviendo la cabeza hacia adelante, atrás, a los lados y movimientos rotatorios; en la columna dorsal conviene realizar ejercicios de estiramiento y ejercicios respiratorios; en la columna lumbar conviene potenciar la musculatura abdominal levantando las piernas con las rodillas extendidas y volver a bajar, y también tendido boca abajo realizar ejercicios de estiramiento de la columna y piernas.

> *¿Qué debe saber el cuidador de una persona con artritis?*

Cuidar y atender o convivir con una persona con artritis reumatoide, tanto para los amigos como para los familiares, puede ser un auténtico reto. El dolor y la incapacidad que produce la enfermedad hacen que el paciente en ocasiones se encuentre irritable, deprimido o frustrado, y se muestre poco agradable y evite la compañía de los demás. También, con frecuencia, el enfermo intentará mantener su actividad normal. Esto podría ser contraproducente para su tratamiento, y habría que indicarle la conveniencia de limitar las actividades extenuantes. No siempre estos consejos son bien entendidos y puede producirse un rechazo, por parte del paciente, hacia la persona que parece limitarle su independencia.

Para conseguir un cuidado eficaz, y no sobreprotector, en primer lugar es necesario conocer lo más posible sobre la enfermedad, su evolución, pronóstico y tratamiento. La lectura de este libro, junto con la información aportada por el reumatólogo, pueden ser armas útiles en este sentido. La artritis reumatoide es una enfermedad que inflama las articulaciones, y que tiene una evolución muy variable, incluso de día en día. Es importante que el cuidador apoye y motive al paciente en el seguimiento de la medicación y del plan terapéutico, así como que le estimule en la realización de ejercicios y en evitar esfuerzos inadecuados. También es bueno que conozca las ayudas que la sociedad puede poner a su disposición. En cuanto a los ejercicios es mejor que los realice el propio paciente, pero en ciertas condiciones se le puede ayudar a realizar una movilización pasiva. Si determinadas actividades están aumentando los síntomas, es necesario ayudar a modificarlos; por ejemplo, repartiendo las tareas a lo largo del día, en vez de hacerlas de una sola vez.

Otro aspecto muy importante es mantener una comunicación fácil y sincera con el paciente. De esta forma, el paciente pedirá la ayuda que necesite con más confianza, y el cuidador conocerá mejor sus necesidades sin incurrir en sobreprotección. La comunicación también puede evitar el aislamiento al que tienden algunos enfermos. Finalmente, el cuidador debe recordar que también él mismo es una persona con necesidades, y que cuidar a un paciente es un trabajo, a veces agotador. El cuidador puede tener sentimientos de depresión o de extenuación, si se implica en exceso en la atención de un enfermo. Si esto sucediera, es conveniente tomar cierta distancia con respecto al problema y buscar apoyo y ayuda en las asociaciones de pacientes.



GUÍA DE MEDICACIONES EN LA ARTRITIS

Dr. F. Javier Ballina

*Unidad de Reumatología.
Hospital Universitario Central de Asturias*

La mayor parte de las personas que padecen una artritis reumatoide necesitan tomar medicación. La información que a continuación le suministramos tiene la finalidad de orientarle en el uso de diversas medicinas empleadas para tratar la artritis reumatoide. No obstante, tenga en cuenta que no es una información exhaustiva, y por ello le aconsejamos que lea también los prospectos de las medicinas y que consulte siempre con su reumatólogo antes de tomar cualquier medicación para su enfermedad reumática.

Medicamentos contra el dolor y la inflamación

Los analgésicos alivian el dolor y los antiinflamatorios reducen la inflamación. De estos últimos, existen dos tipos: los no esteroideos (AINE) y los esteroideos (corticoides).

Medicamentos que modifican la enfermedad

Son medicaciones de uso muy frecuente en la artritis reumatoide. La mayoría de ellas modifican los eventos inmunológicos que suceden en la artritis reumatoide alterando las células sanguíneas, como los linfocitos. Alivian el dolor, la inflamación articular y pueden evitar o enlentecer la aparición de lesiones articulares. Por ello se dice que son los medicamentos que “frenan” la enfermedad.

Medicamentos que modifican la respuesta biológica

Son medicaciones nuevas de gran efectividad a corto y medio plazo, y que actúan bloqueando sustancias del sistema inmune denominadas citoquinas, las cuales tienen un importante papel en la inflamación. Se usan en casos de respuesta inadecuada a los fármacos anteriores.

Medicamentos contra el dolor y la inflamación

MEDICACIÓN	USOS	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTROL
PARACETAMOL	Analgésico (alivia el dolor). Se puede adquirir sin receta.	En dosis elevadas puede causar trastornos hepáticos	Si va a emplearse por más de 7-10 días necesita valoración médica
ASPIRINA	A dosis de más de 3 gr al día es antiinflamatorio	Trastornos digestivos, úlcera y sangrado de estómago o duodeno, fallo renal	Si va a emplearse por más de 7-10 días necesita valoración médica
AINEs TRADICIONALES: Ibuprofeno, naproxeno, diclofenac, aceclofenac, indometacina....	Reducen el dolor y la inflamación en horas o días después de su ingesta. Existe variabilidad individual en la respuesta	Dolor abdominal, náuseas, vómitos, sangrado digestivo, perforación digestiva, ardor esofágico, cefaleas, mareos, fallo renal, incremento de presión arterial	Precaución en los casos de alergia y asma, enfermedad hepática, renal, cardíaca, hipertensión arterial o úlcera péptica. No ingerir con alcohol. Control si toma anticoagulantes antiagregantes

Medicamentos contra el dolor y la inflamación

MEDICACIÓN	USOS	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTROL
INHIBIDORES DE LA COX-2 Celecoxib, Etoricoxib	Son capaces de reducir el dolor y la inflamación, pero al no bloquear la enzima COX-1, la cual protege el estómago, estos antiinflamatorios reducen el riesgo de úlcera y sangrado digestivo	Pueden producir casos de molestias digestivas, ulceración y sangrado. Pueden incrementar la presión arterial	Es aconsejable precaución en los casos de asma, alteración de la función renal o hepática. Están contraindicados en hipertensión arterial, patología cardíaca previa y enfermedad arterial periférica
CORTICOIDES Prednisona, metilprednisolona, deflazacort...	Son antiinflamatorios potentes y también se emplean para controlar las reacciones alérgicas	Osteoporosis, piel frágil, retención de líquidos, aumento de peso, debilidad muscular, diabetes, cataratas, incremento de infecciones, hipertensión arterial	Es necesario un control médico de la dosis, la efectividad y de los efectos secundarios

Medicamentos que modifican la enfermedad

MEDICACIÓN	USOS	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTROL
AZATIOPRINA Imurel [®]	Se usa cuando fallan otros medicamentos o en combinaciones. También se usa en el tratamiento del cáncer	Fiebre, escalofríos, náuseas, vómitos, cansancio, pérdida de apetito, tos o ronquera	No se debe usar junto con Allopurinol (Zyloric), ni en las personas con trastornos renales o hepáticos. Puede favorecer las infecciones. Se deben realizar análisis de sangre y pruebas hepáticas y renales con regularidad
CICLOSPORINA Sandimmun [®]	Se usa cuando fallan otros medicamentos o en combinaciones. También se usa en el trasplante de órganos	Encías dentales aumentadas de tamaño y dolorosas, hipertensión arterial, caída del cabello, trastornos renales, temblor de manos	No debe emplearse en personas con enfermedades renales o hepáticas o con hipertensión no controlada. Puede favorecer las infecciones. Se deben realizar análisis de sangre y pruebas hepáticas y renales con regularidad

Medicamentos que modifican la enfermedad

MEDICACIÓN	USOS	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTROL
ANTIPALÚDICOS Resochin [®] , Plaquenil [®]	Reduce, en el transcurso de varias semanas, el dolor y la inflamación de algunos tipos de artritis	Diarrea, trastornos visuales, cefaleas, pérdida de apetito, náuseas, vómitos	Se debe revisar el fondo de ojo una vez al año
SALES DE ORO Miocrin [®]	Reduce, en el transcurso de varias semanas, el dolor y la inflamación de algunos tipos de artritis. Fue uno de los primeros en ser usado para tratar la artritis reumatoide	Reacciones cutáneas alérgicas, úlceras orales, exacerbación del dolor articular, diarreas, dificultad a la respiración	Está contraindicado en los casos de lupus, enfermedad renal, o colitis. Se deben realizar análisis de sangre y pruebas hepáticas y renales con regularidad
LEFLUNOMIDA Arava [®]	Se utiliza por vía oral, y reduce con rapidez los signos y los síntomas de la artritis reumatoide. Se puede emplear también en la artritis psoriática. Enlentece la progresión de las lesiones articulares que produce la artritis	Tos, diarrea, caída del cabello, cefalea, pérdida de apetito y adelgazamiento, náuseas o vómitos, alergia cutánea	No se debe usar si se tiene una infección activa o enfermedad hepática o renal. No se debe emplear en el embarazo. Se deben realizar análisis de sangre y pruebas hepáticas y renales con regularidad

Medicamentos que modifican la enfermedad

MEDICACIÓN	USOS	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTROL
METOTREXATE Metotrexate [®] Metobject [®]	Se emplea por vía oral o inyectable. Se puede emplear también en la artritis psoriática. Enlentece la progresión de las lesiones articulares que produce la artritis	Disconfort abdominal, cefaleas, dificultades respiratorias, úlceras orales, fiebre, malestar general. La toma concomitante de ácido fólico disminuye la aparición de efectos secundarios	No se debe usar si se tiene una infección activa o enfermedad hepática o renal. No se debe emplear en el embarazo. Se deben realizar análisis de sangre y pruebas hepáticas y renales con regularidad. Está contraindicada la toma concomitante de alcohol
SULFASALAZINA Salazopirina [®]	Reduce, en el transcurso de varias semanas, el dolor y la inflamación de algunos tipos de artritis	Diarrea y dolor abdominal, cefaleas, pérdida de apetito, náuseas, vómitos, alergias cutáneas	No se debe tomar si se es alérgico a las sulfamidas o a la aspirina. Se deben realizar análisis de sangre y pruebas hepáticas y renales con regularidad

Medicamentos que modifican la respuesta biológica

MEDICACIÓN	USOS	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTROL
INFLIXIMAB Remicade [®]	Inhibidor de la citoquina TNF (factor de necrosis tumoral). Se da por vía intravenosa cada 4-8 semanas, asociado con metotrexate	Incrementa el riesgo de infección, especialmente tuberculosis (hay que descartarla antes de iniciar el tratamiento). Puede producir tos, dificultad respiratoria, cefalea, fiebre, reacciones alérgicas, hipo e hipertensión	La seguridad a medio plazo es satisfactoria, pero se necesita mejor conocimiento de este fármaco. Es imprescindible que esta medicación sea controlada por un reumatólogo o un médico entrenado
ETANERCEPT Enbrel [®]	Inhibidor de la citoquina TNF (factor de necrosis tumoral). Se da por vía subcutánea dos veces a la semana, solo o asociado con metotrexate	Incrementa el riesgo de infección, especialmente tuberculosis (hay que descartarla antes de iniciar el tratamiento). Puede producir reacciones en el punto de la inyección y exacerbación de enfermedades neurológicas previas	La seguridad a medio plazo es satisfactoria, pero se necesita mejor conocimiento de este fármaco. Es imprescindible que esta medicación sea controlada por un reumatólogo o un médico entrenado

Medicamentos que modifican la respuesta biológica

MEDICACIÓN	USOS	EFFECTOS SECUNDARIOS	CONTROL
ADALIMUMAB Humira®	Inhibidor de la citoquina TNF (factor de necrosis tumoral). Se da por vía subcutánea cada dos semanas, solo o asociado con metotrexate	Incrementa el riesgo de infección, especialmente tuberculosis (hay que descartarla antes de iniciar el tratamiento). Puede producir reacciones alérgicas	La seguridad a medio plazo es satisfactoria, pero se necesita mejor conocimiento de este fármaco. Es imprescindible que esta medicación sea controlada por un reumatólogo o un médico entrenado
ANAKINRA Kineret®	Inhibidor de la citoquina IL-1 (interleuquina 1). Se da por vía subcutánea en inyecciones diarias	Incrementa el riesgo de infección, especialmente tuberculosis (hay que descartarla antes de iniciar el tratamiento). Puede producir reacciones alérgicas, reacciones en el sitio de inyección, diarrea	La seguridad a medio plazo es satisfactoria, pero se necesita mejor conocimiento de este fármaco. Es imprescindible que esta medicación sea controlada por un reumatólogo o un médico entrenado

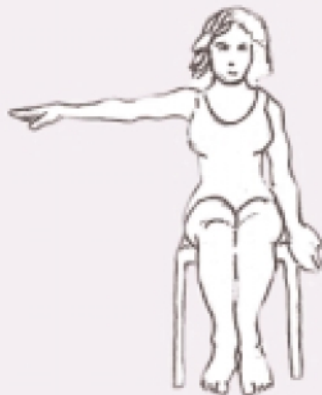
GUÍA DE EJERCICIOS EN LA ARTRITIS

Ejercicios de codos

1. EN POSICIÓN DE PIE O SENTADO EN UNA SILLA, o taburete, extender el codo de forma que el miembro superior quede colgando, a lo largo del cuerpo.



2. Elevar lentamente el miembro superior hasta la posición horizontal con el codo en extensión y, seguidamente, flexionar lentamente el codo y al mismo tiempo elevar el miembro superior hasta tocar el hombro con la punta de los dedos.



3. Del movimiento anterior volver a extender el codo hasta la posición horizontal (codo recto) para finalmente volver el brazo a la posición n.º 1



Cuando los ejercicios de rehabilitación del codo se realicen con facilidad o en ocasiones para conseguir una completa extensión del mismo, puede ayudarse con un saquito de arena que se atará a la muñeca o mediante unas pesas o una plancha de las usadas para planchar que se sujetarán a la mano.



Ejercicios de hombros

PUEDEN REALIZARSE ACOSTADOS EN EL SUELO SOBRE UNA ALFOMBRA O EN POSICIÓN DE PIE SEGÚN LA EDAD Y CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE.

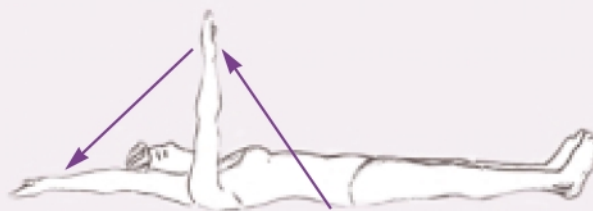
1. Acostado sobre la espalda y con los brazos extendidos a lo largo del cuerpo.



2. Separar del cuerpo lentamente el miembro superior, totalmente extendido, lo máximo que le sea posible, y volver a la posición inicial.



3. Elevar lentamente el miembro superior (totalmente extendido) verticalmente (en sentido anterior) lo máximo que le sea posible hasta llegar hacia atrás todo lo que pueda tocar el suelo con la mano, intentando volver a la posición inicial.



Otro ejercicio recomendable para la rehabilitación de la movilidad de los hombros consiste en: Coger un bastón y, sujetándolo por detrás de la espalda, por sus extremos con las dos manos, realizar ejercicios de deslizamiento oblicuamente alcanzando el máximo de amplitud posible en cada movimiento.



Ejercicios de hombros

EN POSICIÓN DE PIE

1. Colocarse frente a la pared, poner las manos planas sobre la misma con los miembros superiores totalmente extendidos, realizar el ejercicio de (elevar) reptar con los dedos de las manos verticalmente, hasta llegar con las manos lo más arriba posible, como si de alcanzar un objeto se tratara. Comparar la altura a la que se ha llegado con la punta de los dedos, con una y otra mano (que debe ser la misma en personas con hombros dotados de movilidad) y hacer una señal para control en días sucesivos, de la altura a la que se ha llegado. Descender lentamente hasta la posición inicial.



2. Conseguido el máximo grado de elevación del hombro afecto, en esta posición realizar ejercicios de rotación del hombro (circulares), como si pretendiéramos limpiar la pared, o unos cristales. Estos ejercicios son algo molestos e incluso dolorosos en ocasiones, pero muy útiles.



EN POSICIÓN DE PIE O SENTADO EN UN TABURETE



Procurar poner la mano sobre la nuca o sobre la oreja del lado opuesto.

Procurar que las mujeres realicen el movimiento de abrocharse por detrás el sujetador (ejercicio que también pueden imitar los varones). En ocasiones, en que este último ejercicio no sea posible, es aconsejable que el enfermo se ayude cogiendo por detrás del cuerpo una mano con la otra y procurar elevar el miembro enfermo hasta llegar a contactar con la paletilla del hombro del lado afecto.



Ejercicios de hombros

EN POSICIÓN DE PIE:

HOMBRO DERECHO:

Colocarse de pie junto a una mesa y apoyarse sobre el antebrazo del lado izquierdo (que es del lado sano); con el codo flexionado, colocar la extremidad inferior izquierda algo adelantada (el pie izquierdo) mientras que la derecha hacia atrás, como si se fuera a iniciar una marcha. En esta posición imprimir al miembro superior derecho, que permanecerá relajado, a lo largo del cuerpo, movimientos pendulares (hacia adelante y hacia atrás), un total de 15 a 20 veces (que se compara a los que hace un elefante con su trompa). Seguidamente y persistiendo en esta posición, imprimir al miembro superior movimientos de rotación.



HOMBRO IZQUIERDO:

Se procederá en igual forma, pero apoyando el antebrazo derecho (que corresponde al del lado sano) con el codo flexionado sobre la mesa y las extremidades inferiores a iniciar una marcha, pero el pie derecho adelantado y el izquierdo dirigido hacia atrás.



Ejercicios de hombros

OTRO EJERCICIO PARA REHABILITAR LA MOVILIDAD DEL HOMBRO

En los casos en los que la elevación del mismo sea difícil o imposible de realizar en pacientes que han padecido una fractura de clavícula o del tercio superior del húmero, una luxación o están afectados de una periartritis escápulo-humeral u hombro corregido.

Realizarlo en posición de pie y tal y como sugiere la figura con la extremidad totalmente extendida, reptando con los dedos por la pared hasta alcanzar la máxima altura, conseguido lo cual, descenderá lentamente el brazo a la posición normal (de 15 a 20 veces). Este ejercicio puede realizarse también ayudándose con la otra extremidad.



Ejercicios de manos

MOVIMIENTOS DE DEDOS Y MANOS



Cerrar lentamente la mano, todo lo que sea posible "hasta lograr hacer puño". Para ayudar a lograrlo, es aconsejable sujetar y apretar con la palma de la mano una pelotita blanda de las de goma o caucho, o aún mejor una esponja de las de espuma para oponer cierta resistencia al ejercicio y así fortalecer la musculatura de la mano. En caso de que la realización de este ejercicio resulte difícil o imposible, puede ayudarse con la mano sana. En ocasiones, y para lograr aumentar la relajación y flexibilidad de los dedos, es aconsejable realizar estos ejercicios en un recipiente de agua caliente.

Este ejercicio se repetirá varias veces durante el día, cuantas más mejor, y progresivamente (15 a 20 veces por sesión) procurando evitar que resulte doloroso, si bien en ocasiones pueden aparecer discretas molestias que no son motivo para su supresión. En ocasiones es aconsejable tomar antes o después de los ejercicios algún antiálgico-decontracturante que su médico le aconsejará y prescribirá.



Abrir la mano y extender los dedos al máximo, ayudándose si fuera preciso con la otra mano o aplicando y apretando la palma de la mano contra el plano de la mesa.



Con la mano abierta separar los dedos en forma de abanico, lo máximo posible.



Con el pulpejo de cada uno (yema de los dedos) intentar contactar por separado con el pulpejo del dedo pulgar).

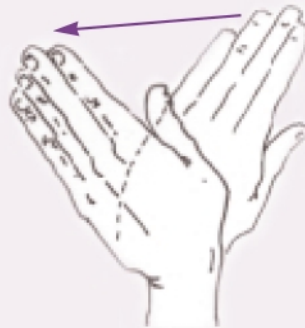
Ejercicios de manos

MOVIMIENTOS DE MUÑECAS

Con la mano cerrada (haciendo puño), abierta o semicerrada, realizar movimientos con la muñeca hacia arriba y hacia abajo alternativamente (15 a 20 veces=varias veces durante el día).



Con la mano abierta y dedos extendidos, realizar movimientos con la muñeca que obliguen a dirigir la mano hacia afuera y hacia adentro, del cuerpo alternativamente lo máximo que sea posible (15-20 veces = varias veces durante el día).

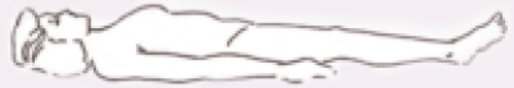


Con la mano semicerrada hacer movimientos de rotación alrededor de la muñeca como si se tratara de abrir o cerrar con la llave de una cerradura de una puerta de las antiguas. (No de las de llavín, ejercicio éste valido para los dedos. Este ejercicio resulta práctico para los movimientos de rotación de la muñeca).



Ejercicios de la cadera

1. Posición inicial del paciente: Echado sobre la espalda con las piernas extendidas y paralelas.



2. Partiendo de la posición anterior, flexionar la rodilla y muslo intentando tocar con éste el abdomen. Volver a la posición inicial.



1. Posición inicial del paciente: Echado sobre la espalda, con el pie del lado afectado apoyado en el suelo, con lo que la rodilla queda casi flexionada.



2. Llevar la rodilla hacia la pierna opuesta, sin mover el pie de su posición. En un segundo movimiento alejar lo más posible la rodilla de la pierna opuesta sin mover el pie de la posición inicial.



Ejercicios de la cadera



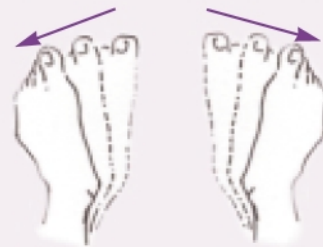
1. Posición inicial del paciente: Echado sobre la espalda con las piernas extendidas y con los pies separados unos 40 cm.



2. Girar piernas y muslos hacia adentro hasta poner en contacto los dedos gordos de ambos pies.



3. Desde la posición 2 rotar piernas y muslos hacia afuera hasta alejar lo máximo posible los dedos gordos de ambos pies.



BICICLETA

Es aconsejable, en los casos en que la cadera conserva un cierto grado de movilidad, realizar ejercicios en bicicleta fija.



Ejercicios de rodilla

Posición inicial del paciente: Echado sobre la espalda. Elevar la pierna extendida y mantener así durante unos segundos.



1. Posición inicial del paciente: Echado sobre la espalda. Flexionar la rodilla al máximo intentando tocar con el muslo el abdomen.



2. Partiendo de la posición anterior extender la pierna lo máximo posible.



3. Con la rodilla totalmente extendida descender lentamente la pierna hasta apoyarla en el suelo.



Ejercicios de rodilla

1. Posición inicial del paciente: Echado sobre el vientre.



2. Partiendo de la posición anterior, flexionar la rodilla intentando tocar la nalga con el talón del pie.



1. Este ejercicio puede hacerse más energético atando al tobillo un saquito de arena de 1-3 kg de peso.

Posición inicial del paciente: Sentado, con las piernas colgando al borde de la cama o de una mesa.

3. Descender la pierna que estaba extendida flexionando al máximo.



2. Partiendo de la posición anterior, elevar la pierna hasta extenderla lo máximo posible, pero sin mover el muslo.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE REUMATOLOGIA

