

Enfoque rehabilitador de paciente con artritis reumatoide evolucionada e ictus

Rehabilitation approach to patients with advanced rheumatoid arthritis and stroke

Yunia Herbania Labrada Rodríguez^{1*} <http://orcid.org/0000-0002-0645-1967>

Rocío Conde Rodríguez¹ <http://orcid.org/0000-0002-2757-3672>

¹Hospital Guadarrama. Madrid, España.

*Autor para la correspondencia: yuniaherbania@yahoo.es

RESUMEN

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica, sistémica, inflamatoria, que afecta de forma predominante a las articulaciones periféricas produciendo una sinovitis inflamatoria con distribución simétrica. El objetivo de este artículo es describir una experiencia en el tratamiento rehabilitador de una paciente con artritis reumatoide evolucionada e ictus. Se presenta una mujer de 71 años que ingresa en la unidad de recuperación funcional tras ictus agudo de perfil lacunar, con clínica sensitivomotora de miembro inferior derecho y antecedentes de artritis reumatoide evolucionada. Se incluyó en un programa de rehabilitación, donde se objetivó mejoría de la funcionalidad y reeducación de la marcha con ayudas técnicas. La rehabilitación es fundamental en el manejo integral de pacientes con artritis reumatoide e ictus.

Palabras clave: artritis reumatoide, ictus, tratamiento rehabilitador

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis is a chronic, systemic, inflammatory disease that predominantly affects the peripheral joints producing an inflammatory synovitis with a symmetrical distribution. The objective of this article is to describe an experience in the rehabilitative treatment of a patient with advanced rheumatoid arthritis and stroke. We present a 71-year-old woman who was admitted to the functional recovery unit after acute lacunar-profile stroke, with sensorimotor symptoms of the right lower limb and a history of advanced rheumatoid arthritis. He was included in a rehabilitation program, where

functional improvement and gait reeducation with technical aids were observed. Rehabilitation is essential in the comprehensive management of patients with rheumatoid arthritis and stroke.

Keywords: rheumatoid arthritis, stroke, rehabilitative treatment

Recibido: 12/10/2021

Aprobado: 02/04/2022

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, sistémica que afecta de forma predominante a las articulaciones periféricas. Según la Organización Mundial de la Salud, afecta a personas de cualquier edad, raza o sexo, pero presenta un predominio en mujeres con un pico de incidencia en mayores de 50 años. Su prevalencia se sitúa entre el 0,7 y el 1,3 % del total de habitantes, pero estas cifras varían en dependencia de los distintos estudios publicados.^(1,2)

La AR es una enfermedad que representa un problema de salud a nivel mundial, debido a las complicaciones y la discapacidad que genera. Su aparición en pacientes de cualquier edad, la elevada diversidad de manifestaciones clínicas, de las complicaciones y la afectación de la percepción de la calidad de vida de los pacientes son algunos de los elementos que permiten hacer esta afirmación. Uno de los grandes retos para los profesionales de la salud que atienden pacientes con esta enfermedad es el control de la actividad clínica de la AR.^(3,4) El diagnóstico e inicio temprano de la terapia con drogas modificadoras de la enfermedad y la rehabilitación precoz pueden limitar la severidad y discapacidad de la misma.⁽⁵⁾

El accidente cerebrovascular o ictus es uno de los motivos más frecuentes de asistencia neurológica urgente. Constituye una de las causas más importantes de discapacidad permanente del adulto. Se asocia a factores de riesgo, tales como hipertensión arterial, enfermedades cardíacas, diabetes mellitus, aumento del colesterol, consumo de alcoholismo, tabaco, drogas, sedentarismo y obesidad.^(6,7)

Se estima que entre un 25-74 % de los supervivientes al ictus en el mundo son dependientes para la realización de las actividades de la vida diaria. La Organización

Mundial de la Salud propuso en 2001 utilizar un modelo aplicable a cualquier trastorno o enfermedad, según la Clasificación Internacional de Funcionamiento, Discapacidad y Salud que hace referencia a los déficits de las funciones fisiológicas y partes anatómicas, a la limitación de las actividades de la vida diaria y los problemas que el individuo presenta para restablecer su vida social.⁽⁸⁾

Teniendo en cuenta la discapacidad que genera la AR y el ictus, así como la importancia de un adecuado abordaje rehabilitador; se describe una experiencia en el tratamiento rehabilitador de una paciente con artritis reumatoide evolucionada e ictus.

Presentación del caso

Mujer de 71 años que ingresa en unidad de recuperación funcional tras ictus agudo de perfil lacunar, con clínica sensitivomotora de miembro inferior derecho. Antecedentes de artritis reumatoide evolucionada, de 23 años de evolución, con afectación en forma de poliartritis simétrica seropositiva, con mala respuesta a distintos fármacos modificadores de la enfermedad, subluxación atlantoaxoidea, prótesis total de ambas rodillas y cadera izquierda. En tratamiento con prednisona 10 mg diarios, etanercept 50 mg semanal, denosumab 60 mg 1 inyección semestral e hidroferol 0,266 mg 1 ampolla cada 15 días.

Exploración física al ingreso: Consciente y orientada. Lenguaje y pares craneales sin alteraciones. Limitación del balance articular de ambas manos (figura 1). El balance muscular de miembros superiores es de 4/5 bíceps, 4/5 tríceps, 3/5 extensores de carpo, 3/5 flexores de dedos bilateral, en la escala de la *Medical Research Council*, pinzas termino-terminales débiles, no completa puños (figura 2), miembro inferior derecho 2/5 psoas, 3/5 cuádriceps, 3/5 tibial anterior y tríceps sural, miembro inferior izquierdo 4/5 psoas, 4/5 cuádriceps, 4/5 tibial anterior y tríceps sural, en la escala de la *Medical Research Council*. Hipoestesia táctil en miembro inferior derecho. Dismetría derecha con maniobra talón-rodilla.



Figura 1. Subluxación palmar de articulaciones metacarpofalángicas, pulgares en Z, 2º dedo mano izquierda en cuello de cisne, atrofia de interóseos



Figura 2. Puños incompletos de manos reumáticas

Transferencias con ayuda de 1 persona, transferencia sedestación- bipedestación con apoyo en andador y mucha ayuda de una persona. Marcha no funcional, escasos pasos con andador y mucha ayuda. Se objetivó un índice de Barthel de 55 y de 1 en la escala de evaluación para la capacidad de marcha, según *Functional Ambulation Classification* (FAC). Se prescribió tratamiento rehabilitador mediante técnicas de fisioterapia y terapia ocupacional.

Los objetivos del tratamiento rehabilitador se orientaron hacia el alivio del dolor, potenciación muscular, mantener rangos articulares libres, reeducación de transferencias, equilibrio y propiocepción, reeducación de la marcha con ayudas técnicas y lograr independencia en las actividades básicas de la vida diaria.

Exploración física al alta: balances musculares miembros superiores 4/5 bíceps, 4/5 tríceps, 3/5 extensores de carpo, 3/5 flexores de dedos bilateral, en la escala de la *Medical Research Council*, puños incompletos, miembro inferior derecho 4/5 psoas, 4/5 cuádriceps, 3/5 tibial anterior y 4/5 tríceps sural, miembro inferior izquierdo 4/5 psoas, 4/5 cuádriceps, 4/5 tibial anterior y tríceps sural, en la escala de la *Medical Research Council*. La paciente necesita mínima ayuda para la ducha y el vestido, restantes actividades de la vida diaria con supervisión. Realiza transferencias de forma autónoma. Marcha asistida con andador y supervisión, y escaleras con ayuda de 1 persona. El índice de Barthel al alta es de 85 y 3 en la escala de evaluación para la capacidad de marcha (FAC). Se solicitó valoración por el servicio de rehabilitación de su hospital de referencia, para continuar con la rehabilitación de forma ambulatoria.

Discusión

La AR induce inflamación, dolor, pérdida de movilidad articular y deformidad; produciendo discapacidad, y disminución de calidad de vida de los pacientes. En estudio realizado por Espinosa- Balderas se confirmó que a menor discapacidad, se incrementa considerablemente la percepción de calidad de vida en estos pacientes.⁽⁹⁾

La mayoría de los pacientes presentan un curso clínico intermitente, y solo el 20-25% mantienen remisiones prolongadas. La destrucción articular progresiva a pesar del tratamiento, o el abandono terapéutico en otros casos, produce invalidez permanente en el 10% de los pacientes con secuelas irreversibles. La aparición de complicaciones articulares (luxación atlantoaxoidea) o extraarticulares (pulmonar, vasculitis necrosante, síndrome de Felty), la presencia de amiloidosis secundaria y la existencia de iatrogenia grave ensombrecen notablemente el pronóstico.⁽¹⁰⁾

La reeducación de las transferencias y de la marcha en el caso que se presenta constituyó un desafío para el equipo rehabilitador, por las deformidades que presentaba en ambas manos. El inicio temprano de la rehabilitación posibilitó su recuperación funcional tras el ictus.

Estudios experimentales sobre la recuperación neurológica tras el ictus indican que hay un corto período durante el cual el proceso de recuperación está especialmente favorecido y la respuesta a los tratamientos rehabilitadores puede ser máxima. El retraso en el inicio del

tratamiento se asocia con una disminución de la reorganización cortical y una reducción de las posibilidades de alcanzar una adecuada recuperación funcional.⁽¹¹⁾

Por otra parte, el lapso de recuperación y el grado de esta tienen relación con la gravedad inicial del ictus. Así, cuanto mayor sea la gravedad inicial del ictus, más son las funciones que hay que recuperar, por lo que el proceso de neurorehabilitación precisaría de más tiempo.^(7,11)

Conclusiones

Con el tratamiento rehabilitador precoz se logró mejoría de la funcionalidad y reeducación de la marcha con ayudas técnicas. La rehabilitación es fundamental en el manejo integral de pacientes con artritis reumatoide e ictus.

Referencias bibliográficas

1. Hernández Muñoz Y, López Mantecón AM, Pozo Abreu SM, Torres Carballeira R, Carrillo Reyes C, Martínez Sánchez A, et al. Factores de riesgo para la aparición de aterosclerosis en pacientes con artritis reumatoide. Rev Cubana Reumatol [Internet]. 2019 [citado 30 de Septiembre 2021];21(3). Disponible en: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/740>
2. Hernández Batista SC, Villafuerte Morales JE, Chimbolema Mullo SO, Pilamunga Lema CL. Relación entre el estado nutricional y la actividad clínica en pacientes con artritis reumatoide. Rev Cubana Reumatol [Internet]. 2020 [citado 10 de Octubre 2021];22(2):e140. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1126808>
3. Castillo Sánchez GA, Paguay Moreno ÁR, Solís Cartas U. Comportamiento del síndrome poliglandular autoinmune tipo III en una cohorte de 8 casos. Rev Cubana Reumatol [Internet]. 2019 [citado 01 de Octubre 2021];0(0). Disponible en: <http://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/694>
4. Liou LB. Different Monocyte Reaction patterns in newly diagnosed, untreated rheumatoid arthritis and lupus patients probably confer disparate C-reactive protein levels. Clin Exp Rheumatol [Internet]. 2003 [citado 10 de Octubre 2021];21:437-44. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12942694/>

5. Porro Novo J, Friol González J, Guibert Toledano M, Reyes Llerena G. Enfoque rehabilitador en la Artritis Reumatoide. Rev Cubana Reumatol [Internet]. 2007 [citado 04 de Octubre 2021];9(9-10):12-15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4940433>
6. Cutiño Maás Y, Rojas Fuentes JO, Sánchez Lozano A, López Argüelles J, Verdecia Fraga R, Herrera Alonso D. Caracterización del ictus en el paciente longevo: una década de estudio. Rev Finlay [Internet]. 2016 [citado 12 de Septiembre 2021]; 6(3):239-45. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342016000300007
7. Hernández Campos R, Pino González WJ. Factores pronósticos en la recuperación motora y funcional de pacientes posictus. Rev Cub de Med Fis y Rehab [Internet]. 2020 [citado 08 de Octubre 2021];12(1):1-4. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=94333>
8. Mesa Barrera I, Hernández Rodríguez TE, Parada Barroso Y. Factores determinantes de la calidad de vida en pacientes sobrevivientes a un ictus. Rev Haban Cienc Méd [Internet]. 2017 [citado 10 de Octubre 2021];16(5):735-50. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v16n5/rhcm07517.pdf>
9. Espinosa- Balderas D, Hernández- Sosa MC, Cerdán- Galán M. Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide. Aten Fam [Internet]. 2017 [citado 02 de Octubre 2021];24(2): 67-71. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=71894>
10. Lozano JA. Artritis reumatoide (I). Etiopatogenia, sintomatología, diagnóstico y pronóstico. Offarm [Internet].2001 Sept [citado 10 de Octubre 2021];20(8):94-101. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-artritis-reumatoide-i-etiotopogenia-sintomatologia-13018371>
11. Vázquez Guimaraens M. Factores relacionados a una mayor recuperación funcional tras sufrir un accidente cerebrovascular. [Tesis doctoral]; 2017 [citado 12 de Septiembre 2021]. Departamento de Ciencias Biomédicas, Medicina y Fisioterapia Universidade Da Coruña. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2183/19544>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses

Contribución de los autores

Yunia Herbania Labrada Rodríguez: participó en la búsqueda de información, redacción del manuscrito y revisión final.

Rocío Conde Rodríguez: participó en la redacción del manuscrito y revisión final.