

Avances en la atención de salud a los pacientes con enfermedades reumáticas

Advances in health care in rheumatoid diseases

Andrea Estefanía Cando Ger^{1*}

Edgar Edmundo Valencia Catacta²

Gabriela Alexandra Segovia Torres³

José Andrés Tutillo León⁴

Lida Esthela Paucar Tipantuña⁵

Martha Cecilia Zambrano Carrión⁵

¹ SOLCA. Pichincha, Ecuador.

² Puesto de Salud Chutan Bajo, Carchi. Ecuador.

³ Hospital Enrique Garcés, Pichincha. Ecuador.

⁴ Hospital Clínica Kennedy, Guaya., Ecuador.

⁵ Hospital Pediátrico Baca Ortiz, Pichincha. Ecuador.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: andre_cando7@yahoo.es

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades reumáticas, debido a su evolución natural, provocan afectaciones a la calidad de vida de las personas afectadas por eso es de vital importancia el diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la prevención. El conocimiento de los adelantos contemporáneos en la atención de salud es una herramienta que ayuda a tomar decisiones clínicas en la práctica diaria, aunque la decisión final sobre el diagnóstico y el tratamiento de un paciente determinado dependerá de las características particulares de cada uno.

Objetivo: Discutir algunos avances en la atención de salud a los pacientes con enfermedades reumáticas.

Desarrollo: Debido a que en la práctica clínica se encuentran con frecuencia resultados discordantes, la actualización de temas como este permite socializar los resultados obtenidos con profesionales del gremio, mostrar las estrategias más efectivas o los mejores métodos para el diagnóstico precoz, tratamiento y cuidado de estas enfermedades sobre la base de experiencias asistenciales e investigativas en varias regiones del mundo o en contextos diferentes.

Conclusiones: Para controlar mejor las enfermedades reumáticas se necesita una estrategia organizativa en el marco de la cual se aprovechen las fortalezas de la prevención primaria, secundaria y terciaria y que los profesionales, de acuerdo con sus conocimientos y competencias, lleven a cabo acciones que prevengan las graves complicaciones de estas enfermedades. En varios estudios clínicos y ensayos terapéuticos se trabaja con novedosos fármacos biológicos, donde se evalúa su efectividad, se identifican los efectos adversos y se valora la relación riesgo-beneficio.

Palabras clave: atención de salud; enfermedades reumáticas; avances; actualización.

ABSTRACT

Introduction: Rheumatic diseases, due to their natural evolution, bring with them effects on the quality of life of the people carrying this conditions, which is why their early diagnosis, timely treatment and prevention are of vital importance. The knowledge of contemporary advances in health care is a tool to help when making clinical decisions in daily practice, although the final decision on the diagnostic or therapeutic approach of a specific patient will depend on the characteristics of the same.

Objective: to discuss some advances in health care in rheumatoid diseases.

Development: due to the fact that in clinical practice discordant results are frequently found, the updating of topics such as these allows to socialize the results obtained with professionals of the guild, to show the most effective strategies or the best methods for the early diagnosis, treatment and management of these diseases, on the basis of assistance and research experiences in various regions of the world or in different contexts.

Conclusions: for a better control of rheumatic diseases requires a strategy of articulation where the strengths of primary, secondary and tertiary prevention are exploited, where the professionals in accordance with their competence execute actions that prevent the serious complications of these diseases and where properly treat infectious processes in particular, those produced by Streptococcus A, among others. Results of several clinical trials and therapeutic trials work with novel biological drugs, assessing their effectiveness, identifying adverse effects, assessing the risk-benefit ratio and the convenience of these forming part of the treatment scheme against various targets.

Key words: health care, rheumatoid diseases, advances, advances, update

Recibido: 12/02/2018

Aprobado: 18 /03/2018

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas constituyen un importante problema de salud que afecta tanto a la población infantil como a la adolescente, en la cual se considera potencialmente grave. Se describen en la literatura cerca de 100 enfermedades que afectan a la niñez y la juventud con diferente intensidad. Sobresalen entre las enfermedades reumáticas más frecuentes en la población infantil la artritis idiopática, la espondilitis juvenil, la fibromialgia, el lupus eritematoso sistémico y la fiebre reumática (FR); esta última es una enfermedad inflamatoria que puede aparecer después de los 5 años de vida y hasta los 15 y relaciona con infecciones faríngeas por estreptococos beta hemolíticos del grupo A⁽¹⁾. Estas enfermedades pueden afectar desde la piel, el tejido subcutáneo, el tejido conectivo de las articulaciones, el sistema nervioso central hasta el corazón, y hacen que el paciente experimente dolor de intensidad variable, limitaciones físico-motoras o discapacidad que limita la realización de algunas actividades y, por ende, la satisfacción de las necesidades del individuo.

La aparición de enfermedades como la fiebre reumática en la niñez se considera un fracaso profiláctico de la atención pediátrica.⁽²⁾ Esta enfermedad tiene efectos en las esferas psicológica, social, económica, escolar y familiar pues afecta la calidad de vida de los enfermos y de sus cuidadores. Para superar las afectaciones es preciso fortalecer la atención preventiva desde el nivel primario y estimular la continuidad de la atención en los niveles subsecuentes.

En particular, hay que destacar que la fiebre reumática, aunque no es frecuente después de los 30 años de edad, es la responsable de las cardiopatías reumáticas crónicas en 30 millones de personas y de las enfermedades cardiovasculares. Se plantea que la fiebre reumática afecta anualmente a cerca de medio millón de personas en el mundo y es la única enfermedad prevenible si se atiende oportunamente, a pesar de que se reportan casos de personas que padecen la enfermedad sin antecedentes de infecciones faríngeas por el estreptococo beta hemolítico.⁽¹⁾

Algunos de los padecimientos reumáticos también afectan a la población adulta y a los adultos mayores e impactan fundamentalmente en la calidad de vida de los pacientes, ya que sus complicaciones y sus secuelas influyen en la funcionalidad e independencia para realizar las actividades de la vida cotidiana. Algunas de estas personas requieren, incluso, del apoyo de personal sanitario o de un cuidador para satisfacer sus necesidades básicas. Esta demanda de cuidados y de atención sanitaria frecuente tiende a acrecentarse durante el proceso de envejecimiento.

Se pueden aplicar otras formas de cuidados que ayuden a mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades reumáticas en estado avanzado que evolucionan con limitaciones físico-motoras o discapacidades.

De manera que, para favorecer la atención integral y sistemática a estas personas es necesaria la organización y comunicación entre los diferentes niveles de atención en salud; este vínculo es un requisito imprescindible para el diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, seguimiento adecuado, desarrollo de acciones para el cuidado domiciliario y la rehabilitación social, psicológica y familiar en el ámbito del entorno hogareño.

En este orden de ideas, el conocimiento de los adelantos contemporáneos en la atención de salud es una herramienta de ayuda a la hora de tomar decisiones clínicas en la práctica diaria, aunque la decisión final sobre el diagnóstico y el tratamiento de un paciente concreto dependerá de las características de cada uno. Sin embargo, precisamente debido a que en la práctica clínica se encuentran con frecuencia resultados discordantes, la actualización de temas como estos permite socializar los resultados obtenidos con profesionales del gremio, mostrar las estrategias más efectivas o los mejores métodos para el precoz diagnóstico, tratamiento y manejo de estas enfermedades, sobre la base de experiencias asistenciales e investigativas en varias regiones del mundo o en contextos diferentes. Por ello este trabajo se enfoca en discutir algunos avances en la atención de salud en enfermedades reumáticas.

Descripción

Prevención de la enfermedad

Puede pensarse que las enfermedades reumáticas, por su evolución natural, traen consigo afectaciones a la calidad de vida de las personas con la afección por lo que es de vital importancia su diagnóstico temprano, el tratamiento oportuno y la prevención.

El control y seguimiento de la enfermedad se realiza en los tres niveles de prevención: primario, secundario y terciario, en los cuales el tratamiento adecuado favorece la remisión de la enfermedad o previene las complicaciones que ponen en riesgo la vida del enfermo.

Prevención primaria

Se plantea que la prevención primaria es la que se previene la aparición de la enfermedad, se realiza el diagnóstico y se tratan las infecciones, en particular de la faringe y de las amígdalas. Se insta a la familia a mejorar las condiciones higiénico-sanitarias y socio-económicas, se realiza el exudado faríngeo o el cultivo para buscar infección estreptocócica y asegurar, si fuera necesario, el tratamiento farmacológico. Si se tratara de fiebre reumática el antibiótico de elección para erradicar el estreptococo sigue siendo la penicilina benzatínica por vía intramuscular, en su forma de benzatina como la procaína o la oral; en los casos de alergia comprobada a la penicilina se usa la eritromicina 40 mg por kg de peso por día, sin pasar de 1 g por día. No es recomendable el uso de las sulfas y las tetraciclinas por inefectivas en la prevención primaria.⁽³⁾

Prevención secundaria

La prevención secundaria se centra en la prevención de las recaídas luego de un episodio de fiebre reumática aguda, por eso es necesario contar con un programa de quimioprofilaxis. Este programa se basa en la administración de penicilina benzatínica por vía intramuscular en dosis de 1 200 000 U una vez al mes, aunque se recomienda mejor administrarla cada tres semanas. La prevención secundaria es efectiva cuando no se producen recidivas y para ello el tratamiento farmacológico deberá administrarse

durante algunos años previa valoración de los siguientes factores: edad del paciente, gravedad de la enfermedad y episodios, tiempo transcurrido sin nuevos episodios y existencia de valvulopatías.⁽⁴⁾

La Organización Panamericana de la Salud recomienda la administración de vacunas antiestreptocóccica, aunque su efectividad no ha sido probada porque no crean inmunidad contra las infecciones. Este problema de salud está relacionado con la alta exposición a infecciones estreptocócicas, el bajo nivel socio-económico y el hacinamiento. Cada recaída implica riesgo de carditis y este riesgo se incrementa si ya existe lesión valvular. La duración de la profilaxis secundaria depende de varios factores, entre ellos, el número de crisis anteriores, el tiempo transcurrido desde la última crisis, el riesgo de exposición a infecciones por estreptococo, la edad del paciente y la presencia o ausencia de secuelas cardíacas.⁽⁵⁾

Se recomienda empezar con el tratamiento para erradicar el estreptococo seguido de la inyección mensual de 1 200 000 U de penicilina benzatínica. En los casos de alergia a la penicilina se puede usar la sulfadiazina 0,5 g/d en pacientes con menos de 30 kg de peso y 1,0 g en los de mayor peso. Otra alternativa es el uso de eritromicina 250 mg dos veces al día. No existe opiniones únicas sobre la duración de este tratamiento profiláctico. Sin embargo, existe consenso entre los autores en cuanto a que la profilaxis en caso de fiebre reumática sin carditis es de 5 años desde la última crisis hasta cumplidos los 20 años de edad. Los pacientes con enfermedad valvular, cardiopatía reumática y reemplazo valvular deberán continuar el tratamiento de por vida y cumplir el régimen recomendado para la profilaxis de la endocarditis bacteriana.⁽⁶⁾

En otros reportes se recomienda la profilaxis de la endocarditis bacteriana con antibióticos antes de los procedimientos en la cavidad bucal o de los tratamientos de las vías respiratorias altas, en ambos casos los pacientes que no presenten alergias declaradas serán tratados con penicilina V 2 g por vía oral una hora antes del procedimiento y seis horas después; mientras que a los pacientes que no toleran este fármaco por vía oral se les recomienda la penicilina acuosa G 2 000 000 de U por vía intramuscular o intravenosa de 30 a 60 min antes del procedimiento y un millón de unidades después de seis horas de realizado el procedimiento. A los pacientes alérgicos a la penicilina se les prescribirá 1 g de Eritromicina por vía oral una hora antes del procedimiento y 500 mg seis horas después, aunque se pueden aplicar otros antibióticos y repetirse la dosis a las ocho horas. También se recomienda que antes de intervenciones quirúrgicas mayores (gastrointestinales y genitourinarias) se empleen Ampicilina y Gentamicina de 30 a 60 min antes de la operación y se administre una dosis adicional a las ocho horas.

Prevención terciaria

En la prevención terciaria se recomienda el tratamiento profiláctico de la endocarditis infecciosa en pacientes con secuelas de cardiopatía reumática con penicilina benzatínica por vía intramuscular durante 10 años después del episodio más reciente. Este es el método más eficaz para prevenir las fiebres reumáticas y la cardiopatía reumática progresiva.⁽¹⁾

Progresos en el diagnóstico, manejo y seguimiento de algunas enfermedades reumáticas.

A pesar de que existe un acuerdo en la comunidad científica especializada sobre los criterios de diagnóstico de estas enfermedades, diversos grupos cooperativos internacionales están trabajando actualmente para unificar criterios de tratamiento y seguimiento de las enfermedades reumáticas; así como los factores pronósticos más importantes en cada caso.

Aún se debate cuáles son las opciones terapéuticas más efectivas para cada una de las enfermedades reumáticas. Se sabe que la artritis reumatoide es una enfermedad crónica que afecta por igual a todos los grupos étnicos del mundo. Esta afección representa una carga social, económica y familiar por los elevados gastos en insumos y recursos que exige la atención a las comorbilidades, los trastornos del sueño y la discapacidad que genera en las personas con este padecimiento sin contar las afectaciones que para el desempeño de sus funciones tiene en el adulto mayor o en el paciente, lo que reduce la calidad de vida de la persona e indirectamente de su familia.⁽⁷⁾

En la literatura se hace referencia a estudios en los cuales se analiza la importancia de algunos medicamentos para controlar la enfermedad, por ejemplo, el Metrotexate, y para conseguir la remisión de la enfermedad, lo cual constituye un reto para los profesionales de la reumatología. También se hace alusión a la combinación de este medicamento con terapias biológicas. Un ejemplo de esto lo constituye la experiencia europea que demostró que es conveniente aplicarlo con drogas biológicas. En un experimento se empleó anti TNF e inhibidores como ETANERCEPT, Adalimumab y Certolizumab, en menor escala. Aunque se reportaron efectos adversos con la aplicación de esta combinación, aproximadamente la mitad de los pacientes continuaron el tratamiento durante largos períodos.⁽⁸⁾

Actualmente se aplican nuevos esquemas terapéuticos utilizando inhibidores como Janus kinasa (JAK), que basa su efecto en la activación celular inmune, preferentemente en la artritis reumatoidea, en la cual la inhibición de las vías intracelulares resulta de gran importancia. Se hace referencia a su influencia en la producción de citoquinas proinflamatorias y a la señalización por citosinas; así mismo se plantea que las sustancias como Tofacitinib muestran selectividad funcional para la JAK1/3 y la JAK 1/2 en la señalización por citosinas en comparación con la JAK 2/2 en el ambiente celular. Se destaca el efecto de este tratamiento en la inmunidad de tipo adaptativa y en la hematopoyesis.⁽⁹⁾ La terapéutica anterior favorece la funcionalidad al reducir el dolor en pocas semanas, por lo que se constata la mejoría de los síntomas y signos clínicos de la artritis reumatoidea.¹⁰

Otra alternativa terapéutica que se describe en la bibliografía revisada es el uso de anti inflamatorios no esteroideos (AINEs) que se emplean en el tratamiento inicial y de mantenimiento de las enfermedades reumáticas, en particular, la artritis reumatoide en la cual se ha evidenciado su eficacia en la reducción del dolor, de la inflamación y de la rigidez muscular en la mañana. Como antinflamatorio esteroideo de elección se cuenta con Celecoxib con potente acción antinflamatoria, analgésica y antipirética que impide la síntesis de prostaglandinas mediante la inhibición selectiva de la enzima ciclo-oxygenasa-2 (COX-2) sin inhibir la isoenzima ciclo-oxygenasa-1 (COX-1). Se afirma que este se diferencia de los otros antiinflamatorios no esteroideos por su mecanismo de acción, porque inhibe la producción de prostaglandinas, y por tanto inhibe la inflamación, actúa como analgésico y antipirético. Se afirma que este producto

farmacológico no interfiere con los procesos fisiológicos que involucran la acción de la isoenzima COX-1 en el tejido renal, gastroduodenal y en las plaquetas.⁽¹¹⁾

Se reportan algunas consideraciones sobre la terapéutica a seguir en personas adultas mayores con artritis reumatoide que concomita con otras enfermedades crónicas. Se plantea que los procedimientos invasivos se han de realizar cuando la persona muestre un buen control clínico y biológico por lo que la relación de coordinación entre el reumatólogo, el geriatra, el ortopédico y otros especialistas es esencial.⁽¹²⁾

Algunos especialistas recomiendan suspender el tratamiento con medicamentos específicos que controlan la enfermedad reumatoide al menos con tres semanas de antelación a una intervención quirúrgica porque estos medicamentos inducen la inmunosupresión lo que incrementa el riesgo de infección en los pacientes, tal es el caso de azatioprina (Imurel) o ciclosporina A (Sandimun Neoral), las que deben ser reincorporadas al tratamiento dos semanas después de la operación. También se sugiere suspender Infliximab (Remicade), Etanercept (Enbrel), Adalimumab (Humira) y Anakinra. Todas inhiben la respuesta inmunitaria celular frente a las infecciones, y su administración deberá reanudarse pasadas 4 semana de la operación. Otros especialistas afirman que el Metotrexato, la leflunomida, la sulfasalacina, los antipalúdicos y las sales de oro no representan una amenaza para la inmunidad, por lo que pudieran formar parte del tratamiento específico durante todo el proceso quirúrgico.⁽¹³⁾

Se plantea que las personas con tratamiento con Metotrexato presentaron menos episodios inflamatorios durante el postoperatorio que aquellas que lo suspendieron que sí mostraron mayor probabilidad de complicaciones posquirúrgica. Como puede apreciarse hay diversidad de criterios sobre el tratamiento específico de la enfermedad reumatoide antes de una intervención quirúrgica sin profundizar en los riesgos anestésicos y del propio acto operatorio.

Otras experiencias interesantes tienen lugar en Argentina, donde el desarrollo de la atención a los pacientes reumáticos recorrió el camino hacia el trabajo colaborativo. Mediante un programa de cooperación se creó un sistema de registros médicos de pacientes con afecciones reumáticas y con hipertensión pulmonar, el cual resultó de gran utilidad. De hecho, los resultados de las investigaciones realizadas aportaron información valiosa, no solo para la Argentina, sino también para la región, ya que ayudaron a comprender mejor el comportamiento de la enfermedad y, por tanto, a mejorar la atención a los pacientes.⁽¹⁴⁾

Hay que destacar que las afecciones reumáticas también suelen complicarse con procesos infecciosos que son los responsables de la artritis infecciosa, lo que constituye una emergencia médica que pone en riesgo la vida de la persona afectada y favorece la discapacidad funcional en las articulaciones. Los avances de la ciencia han permitido identificar las articulaciones más afectadas, en primer lugar la rodilla, tanto en adultos como en niños, y los gérmenes causales más comunes son los estafilococos, estreptococos y otros como la Shingella Kingae.⁽¹⁵⁾

Se mencionan como dato de interés las afecciones reumáticas de origen viral a modo de artritis reactivas como consecuencia de la infección por chikungunya y de sus efectos secundarios como la discapacidad y la alta morbilidad en la región de las Américas. Asimismo, se hace referencia a la baja frecuencia de las infecciones osteomioarticulares

en personas que viven con VIH/SIDA si se tiene en cuenta la inmunosupresión que padecen, aunque tienen manifestaciones ostearticulares importantes a lo largo de la enfermedad.

Sin lugar a dudas un diagnóstico temprano y eficiente es el pilar fundamental en la especialidad para reconocer las espondiloartropatías seronegativas (SPA) y a esto han contribuido también los avances en el campo de la imagenología. Este padecimiento es un trastorno que se caracteriza por dolor en la espalda e incapacidad funcional, y en épocas pasadas demoraba algún tiempo llegar a su diagnóstico; por ende, demoraba aplicar un tratamiento adecuado.^(16,17)

Posteriormente el European Spondyloarthropathy Study Group y el grupo de Bernard Amor Francés definieron un conjunto de criterios de clasificación de otros elementos de interés sobre la afección que incluyen su cuidado y tratamiento. En la actualidad, la Assessment in Spondyloarthritis International Society (ASAS) elabora nuevos criterios de clasificación, los cuales han dado lugar a diversas posturas entre los profesionales de la especialidad.⁽¹⁸⁾ En relación con la terapéutica, se destaca el uso de Secukinumab y los buenos resultados en la fase III de experimentación, los cuales han llamado la atención de los profesionales que dan seguimiento a pacientes con espondilitis anquilopoyética.⁽¹⁹⁾

Por su parte, el lupus eritematoso sistémico sigue siendo motivo de análisis y discusión en los espacios académicos y asistenciales debido a que se manifiesta de diferentes maneras en distintas regiones del mundo, lo que al parecer motivó la realización de un estudio multicéntrico en Latinoamérica que arroje luz sobre el tema.⁽²⁰⁾

Otros países contribuyen a los datos publicados sobre la osteoartrosis en Latinoamérica que ya abarcan 3 040 pacientes atendidos por 48 especialistas de 18 países. En el informe se hace referencia a características clínicas, datos epidemiológicos, estilos de vida y formas de tratamiento, entre otros aspectos, que después de un profundo análisis permitieron determinar la manifestación clínica, los grados de discapacidad y los esquemas de tratamiento a seguir en los pacientes con afecciones de las manos, caderas y rodillas en la región latinoamericana.^(21,22)

Cuidados paliativos a los pacientes con enfermedades reumáticas

Los cuidados paliativos surgieron como una necesidad de cuidar a las personas con cáncer avanzado al final de sus vidas, pero fueron extendiéndose hacia otras personas con diagnóstico de enfermedades crónicas y degenerativas como las inflamatorias del tejido conectivo que constituyen la prioridad de atención para los reumatólogos. Estas afecciones inflamatorias y otras crónicas avanzadas no malignas causan limitaciones o discapacidades, deterioro funcional general y suelen acompañar con frecuencia a los adultos mayores como consecuencia del rápido envejecimiento poblacional lo cual da lugar a que los sistemas de salud tengan que reorganizar los niveles de atención para la prestación de cuidados paliativos.⁽²³⁾

El objetivo de los cuidados paliativos es atender los síntomas de la enfermedad y paliar los efectos secundarios del tratamiento, así como las manifestaciones físicas, psicológicas y espirituales que se derivan de la enfermedad o del tratamiento.⁽²⁴⁾ Los

cuidados paliativos constituyen un modelo asistencial de cuidado y tratamiento que se centra en prevenir y controlar el sufrimiento, detectar precozmente, evaluar y tratar el dolor y los síntomas físicos y psicosociales.

La vida muestra que el sufrimiento y el dolor no son exclusivos de las personas con padecimientos oncológicos terminales, también necesitan estos cuidados las personas con enfermedades crónicas no oncológicas, problema de salud que se convertirá en la principal causa de muerte entre las personas mayores en los próximos años como consecuencia del acelerado envejecimiento poblacional en todos los continentes.

Es necesario resaltar que la etapa terminal de alguna enfermedad está determinada por su carácter progresivo e irreversible, su pronóstico desfavorable y una respuesta al tratamiento específico no satisfactoria, en la cual se acentúan el malestar y los síntomas generales lo cual provoca angustia y sufrimiento espiritual en el paciente y sus familiares. De ahí que resulte de especial interés para las instituciones académicas y los centros asistenciales que los profesionales en formación tengan conocimientos sobre cuidados paliativos para el mejor ejercicio de la profesión.

Existe consenso entre los profesionales sobre la necesidad de formar a los profesionales en la especialidad de cuidados paliativos, de entrenarlos en estos temas para poder identificar las necesidades de cuidados paliativos, organizar los tratamientos menos agresivos dirigidos a los síntomas del paciente. De esta manera, se alivia el sufrimiento y el dolor físico y espiritual del enfermo.

En la literatura se hace referencia a un grupo de enfermedades autoinmunes de tipo sistémico (artritis reumatoide, lupus eritematoso sistémico, esclerosis sistémica, dermatomiositis, miopatías inflamatorias, síndrome antifosfolípido, síndrome de Sjögren y vasculitis necrotizantes sistémicas) que ocupan la atención de la especialidad de reumatología, porque esos pacientes pueden necesitar este tipo de cuidados de acuerdo con la evolución inestable de las enfermedades, el prolongado proceso de la enfermedad y la elevada supervivencia de los pacientes gracias a los adelantos científico-técnicos en el campo de la genética, la inmunología monoclonal, el uso de células madres, entre otros productos farmacológicos que introducidos en el protocolo de tratamiento de la especialidad han beneficiado a esta población.⁽²³⁾

Los pacientes de estas enfermedades con frecuencia son susceptibles de sufrir complicaciones renales, cardíacas, respiratorias y digestivas propias del tratamiento que, en ocasiones, favorecen el daño progresivo, el deterioro multiorgánico y la muerte.⁽²⁵⁾

La Organización Mundial para la Salud ha establecido las prioridades para impulsar los cuidados paliativos cuyas acciones pudieran iniciarse desde la atención primaria de salud en relación estrecha con los niveles secundarios y terciarios lo cual exige la preparación del personal apropiado para concretar los propósitos de estos proyectos, validar los instrumentos para el cuidado efectivo y evaluar el impacto en la calidad de vida del enfermo y de sus familiares mediante la valoración del desempeño de los equipos de salud.^(26,27)

En la literatura es recurrente encontrar que para un manejo costo-efectivo de los pacientes con problemas reumatoideos deviene herramienta esencial la medicina paliativa, la cual constituye una especialidad reconocida en varios países europeos, tales

como Reino Unido, Alemania, Rumania, Polonia, Eslovaquia, España y Australia; se registra como subespecialidad médica en Alemania, Rumania y Eslovaquia. Por su parte, España identificó esta necesidad de especialización⁽²⁸⁾ y propuso la creación de un área de capacitación en esta temática, y en otros 10 países europeos ya se reporta la existencia de programas acreditados y certificados.⁽²⁹⁾

En la región de las Américas sobresale Canadá con un modelo de estancias de formación académica en unidades de salud de un año de duración para obtener el certificado; mientras que en los Estados Unidos se acreditaron los programas formativos en cuidados paliativos como subespecialidad.⁽²⁹⁾

Las enfermedades inflamatorias sistémicas influídas por mecanismos inmunes o enfermedades autoinmunes sistémicas (EAS), clásicamente conocidas como collagenosis o conectivopatías, constituyen un grupo de enfermedades que reciben toda la atención de la reumatología como especialidad.⁽³⁰⁾ Dentro de este grupo se incluyen la artritis reumatoide, el lupus eritematoso sistémico, la esclerosis sistémica, la dermatomiositis, las miopatías inflamatorias, el síndrome antifosfolípido, el síndrome de Sjögren y las vasculitis necrotizante sistémicas.^(31,32)

Si bien controvertida, la cuestión de mayor peso en esta valoración es que los pacientes reumáticos tienden a ser personas que, además de presentar estos padecimientos, tienen importantes comorbilidades que agravan las complicaciones de la evolución de la enfermedad reumática con deterioro multiorgánico y muerte, generalmente, por afección renal, cardiaca, respiratoria digestiva y del sistema nervioso central.⁽³³⁾ Son hospitalizados de manera recurrente, necesitan múltiples consultas, consumen medicamentos variados de probada toxicidad y de alto costo; en estos paciente puede ser inconstante y muchas veces complejo el tratamiento de los síntomas, y en algún momento del proceso de la enfermedad, y no siempre en edades avanzadas de la vida, se convertirán lamentablemente en pacientes terminales que requerirán de servicios médicos y de enfermería más especializado⁽²³⁾

CONCLUSIONES

Los criterios planteados permiten afirmar que las enfermedades reumáticas constituyen en su mayoría enfermedades crónicas que afectan a gran cantidad de personas en el mundo y hasta el momento no se ha demostrado que exista distinción entre raza, etnia o credo; representan una carga social y económica para el país y la familia por las limitaciones físicas y las discapacidades que las acompañan, además de otras comorbilidades asociadas que aparecen como resultado de un control o seguimiento inadecuados, todo lo cual afecta la calidad de vida de estas personas y la de sus cuidadores.

Como se ha visto, el progreso en cuanto al diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades ha sido notable en los últimos 50 años. Para el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades es importante la pericia del médico y el desempeño de su función a la altura de la gravedad que implica tener pacientes con enfermedades reumáticas que pudieran prevenirse mediante la implementación de acciones educativas dirigidas a mejorar las condiciones higiénicas, sociales y económicas en los hogares, a trabajar para evitar el hacinamiento, entre otras tareas que constituyen actividades fundamentales de la prevención primaria.

Para un mejor control de las enfermedades reumáticas es necesaria una estrategia de articulación en el marco de la cual se aprovechen las fortalezas de la prevención primaria, secundaria y terciaria y donde los profesionales, a tenor de su competencia, ejecuten acciones que prevengan las graves complicaciones de estas enfermedades.

En varios estudios clínicos y ensayos terapéuticos se trabaja con novedosos fármacos biológicos, donde se evalúa su efectividad, se identifican los efectos adversos y se valora la relación riesgo-beneficio.

Además, se puso de manifiesto en varios estudios que el Metotrexato sigue siendo una de los fármacos de elección para el control de la enfermedad y la remisión en algunos pacientes como parte de su tratamiento convencional y en combinación con otros medicamentos que forman parte de la llamada terapia biológica que muestran buenos resultados en la reducción de la liberación de prostaglandinas, por ende, podría reducir la inflamación, el dolor, la rigidez y mejora la funcionalidad física.

Desde el punto de vista de los autores, los cuidados paliativos pueden ser una alternativa de cuidado y atención integral, activa y continuada al paciente y a su familia para proporcionar calidad de vida, facilitar las terapias de rehabilitación por parte un equipo multidisciplinario y que incluirán también apoyo psicológico, espiritual, social y físico al paciente y a su cuidador.

Por último, se reconoce la necesidad de una preparación escalonada y continua en la especialidad de cuidados paliativos durante la formación profesional, que permitan adquirir los conocimientos necesarios sobre los cuidados al paciente al final de su vida en un contexto interdisciplinario, enfrentar las situaciones difíciles desde una perspectiva más natural y humana cambiando la forma de pensar, las tradiciones y las costumbres relacionadas con la muerte. De esta manera los profesionales serán capaces de identificar las personas que necesitan cuidados paliativos y organizar planes de acciones multidisciplinarios que permitan procurarles esa atención integral e integrada de salud.

REFERENCIAS

1. Camino Benavides JE, Vásquez Peralta MH, Cando Ger AE. Aspectos relevantes para la prevención primaria, secundaria y terciaria de la fiebre reumática. Rev Cubana Reumatol [Internet]. 2017 [citado 1 de enero de 2018];19(2):73-8. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?=&sci_arttext&pid=S1817-59962017000200003&Ing=es&tlang=es
2. Ros J. Fiebre reumática y artritis post estreptocócica. Protoc diagn ter pediatr. 2014;165-75.
3. Burgos Galarza J, Castro Guerrero I, Morán Villagómez, E, Macías Yantalima M. Fiebre reumática: revisión bibliográfica. Rev Medicina [Internet]. 2003 [citado 1 de enero de 2018];9(4). Disponible en: <http://rmedicina.ucsg.edu.ec/archivo/9.4/RM.9.4.13.pdf>

4. Romero Rojas HH, Maldonado León AE, Armas Pesantez WG. ¿Cómo potenciar la relación inter y transdisciplinaria entre las materias inglés y reumatología? Propuesta metodológica. Rev Cubana Reumatol [Internet]. 2017 [citado 1 de enero de 2018];19(1). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962017000100007&lng=es&tlang=es
5. Mas Romero C, Faerron Ángel J, Castro Bermúdez A, Gutiérrez Álvarez R, Yong Piñar B. Fiebre reumática, Consenso Nacional. Rev Costarric Cardiol [Internet]. 2005 [citado 1 de enero de 2018];7(1):59-62. Disponible en: <http://www.scielo.sa.cr/sci>
6. Montoya E, Amador M. Endocarditis bacteriana. Guía para Manejo de Urgencias. Fiebre Reumática. Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina. [Internet]. 2004 [citado 1 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.fepafem.org>.
7. Gron K, Ornbejer L, Hetland M. The association of fatigue, comorbidity burden, disease activity, disability and gross domestic product in patients with rheumatoid arthritis. Results from 34 countries participating in the Quest-RA program. Clin Exp Rheum. 2014;32:869-77.
8. Stajczek M, Swierkot J, Batko B, Wiland P. Biologic therapy for rheumatoid arthritis treatment in Poland: retrospective analysis of patients in routine clinical practice. J Rheumatol. 2016;22:123.
9. Meyer DJM. Antiinflammatory activity and neutrophil reductions mediated by the JAK1/JAK3 inhibitor, CP-690,550, in rat adjuvant-induced arthritis. J Inflamm. 2010;7:41.
10. Kremer J, Bloom B, Breedveld F. The safety and efficacy of a JAK inhibitor in patients with active rheumatoid arthritis: Results of a double-blind, placebo-controlled phase IIa trial of three dosage levels of CP- 690,550 versus placebo. Arthritis R. 2009;60:1895-905.
11. Espinosa Echeverría CG, Carrasco Guevara AJ, Ojeda Carpio AA. ¿Se relacionan las presentaciones poco frecuentes de las hernias inguinales con la enfermedad reumática? Detalles de un caso. Rev Cubana Reumatol [Internet]. 2016 [citado 1 de enero de 2018];18(3):291-6. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962016000300010&lng=es&tlang=es
12. Ambriz Murillo Y, Menor Almagro R, Campos González I, Cardiel M. Calidad de vida relacionada con la salud en artritis reumatoide, osteoartritis, diabetes mellitus, insuficiencia renal terminal y población geriátrica. Experiencia de un Hospital General. Reumatol Clin. 2015 [citado 1 de enero de 2018];11(2):68-72. Disponible en: doi:10.1016/j.reuma.2014.03.006
13. Ramos Velastegui AJ, Villa Orozco CV. Desafíos del manejo trans y post anestésico del paciente con artritis reumatoide. Rev Cubana Reumatol. 2016 [citado 1 de enero de 2018];18(1):17-23. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962016000100004&lng=es&tlang=es

14. Nitsche A, Atamañuk N, Lujan Talavera M, Favaloro L, Lema L, Giacomi G, *et al.* Pulmonary Hypertension associated with connective tissue disease in the first Argentine collaborative Registry of pulmonar hypertension. *J Clinical Rheumatol.* 2016;22(3):113.
 15. Ferrand J, El Samad Y, Brunschweiler B, Grados F, Dehamchia-Rehailia N, Séjourne A, *et al.* Morbimortality in adult patients with septic arthritis: a three-year hospital-based study. *BMC infectious diseases.* 2016;16(1):239.
 16. Mandl VNC. EULAR recommendations for the use of imaging in the diagnosis and management of spondyloarthritis in clinical practice. *Ann Rheum Dis.* 2015 [citado 1 de enero de 2018];74:1327-39. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2014-206971>
 17. Colebatch-Bourn CEJ. EULAR-PReS points to consider for the use of imaging in the diagnosis and management of juvenile idiopathic arthritis in clinical practice. *Ann Rheum Dis.* 2015 [citado 1 de enero de 2018];74:1946-57. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/annrheumdis-2015-207892>
 18. Sieper J, Jurgen B. Overview of axial spondyloarthritis. En: Clinicians Manual on Axial spondyloarthritis. Chapter 2. pp. 5-16. London: Springer Healthcare; 2014.
 19. Rueda J, Duque M, Mantilla R. Practical reports on rheumatic and musculoskeletal diseases. *J Clinical Rheumatol.* 2016;22(3):130-1.
 20. Pons-Este, G, Aspey, L, Bao G, Pons-Estel B, Wojdyla D, Saurit V, *et al.* Early discoid lupus erythematosus protects against renal disease in patients with systemic lupus erythematosus: longitudinal data from a large Latin American cohort. *Lupus.* 2016;22:147.
 21. Reyes Llerena GA. La inmunología molecular, las drogas biológicas y los nuevos blancos terapéuticos en las enfermedades autoinmunes. *Rev Cubana Reumatol.* 2016 [citado 1 de enero de 2018];18(1). Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962016000400009&lng=es&tlang=es
 22. Quintero M. PANLAR Consenso in Knee OA. *J Rheumatol.* 2016; 147.
 23. López Mantecón AM, Machado Vázquez LI, Hernández Quintero O, Arvelo Figueredo M, González Hernández C. Exploración del conocimiento sobre cuidados paliativos en el Centro de Reumatología. *Rev Cubana Reumatol* [Internet]. 2014 [citado 1 de enero de 2018];16(1):5-14. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962014000100002&lng=es&tlang=es
 24. Centeno C. Historia de los cuidados paliativos y el movimiento Hospice. España; 2011.
 25. Carreira P. Esclerosis Sistémica y Síndromes Esclerodermiformes. En: Manual SER de las Enfermedades Reumáticas (5ta ed.). Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2008.
 26. Levin R. Principios generales. En: Cuidados Paliativos. Guías para el manejo Clínico. Organización Panamericana de la salud; 2011.
-

27. Sánchez I. Educación médica y medicina paliativa. Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev Estudios Médicos. 2006;11(11):32-45.
28. De Inocencio Arocena J, López A. Reumatología Pediátrica. Breve historia y situación de la especialidad en España. Acta Reumatológica. 2014;1:37-43.
29. Elsner F, Centeno Cd, Ellershaw J, Eychmuller S, Filbe, M. Recomendaciones de la Asociación Europea de Cuidados Paliativos (EAPC) para el Desarrollo de la Especialidad en Medicina Paliativa. Informe del Grupo de Trabajo de la EAPC para l. Rev Española Cuidados Paliativos. 2010;17(2):103-17.
30. Román JA. Anatomía y fisiología articular. El tejido conectivo. Rev Española Reumatol. 2002;19:449-56.
31. Reino J. Artritis Reumatoide. En Manual SER de las Enfermedades Reumáticas. (5ta ed.). Madrid: Editora Medica; 2008.
32. Selva A, Grau J, Labrador M, Vilardell M. Miopatías Inflamatorias. En Enfermedades autoinmunes sistémicas y reumatológicas. Madrid: Ed. Masson; 2006.
33. López Mantecón AM. Cuidados paliativos. Una necesidad en la atención reumatológica. Rev Cubana Reumatol. 2013 [citado 1 de enero de 2018];15(1):25-9. Disponible en: http://scieloprueba.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962013000100005&lng=es&tlang=es

Conflictos de intereses

Los autores plantean que no tienen conflicto de intereses.