

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 y produce 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 el caso de una mujer de 71 años que ingresó en la unidad de recuperación funcional tras un 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 constató la mejoría de la funcionalidad y reeducación de la marcha con ayudas técnicas. La rehabilitación es fundamental en la atención 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 y sistémica que afecta de forma predominante las articulaciones periféricas. Según la Organización Mundial de la Salud, afecta a personas de cualquier edad, raza o sexo, pero existe 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, aunque 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 a 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 gravedad y discapacidad que causa.⁽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, el propósito de este trabajo es describir una experiencia en el tratamiento rehabilitador de una paciente con artritis reumatoide evolucionada e ictus

Presentación del caso

Mujer de 71 años que ingresó en la Unidad de Recuperación Funcional después de un ictus agudo de perfil lacunar, con clínica sensitivomotora del miembro inferior derecho. Tenía antecedentes de artritis reumatoide 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. Tenía tratamiento con prednisona 10 mg diarios, etanercept 50 mg semanales, denosumab 60 mg 1 inyección semestral e hidroferol 0,266 mg 1 ampolla cada 15 días.

Exploración física al ingreso: Estaba consciente y orientada. Lenguaje y pares craneales sin alteraciones. Limitación del balance articular de ambas manos (Fig. 1). El balance muscular de los miembros superiores fue 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 término-terminales débiles, no completa puños (Fig. 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. También se haló hipoestesia táctil en el miembro inferior derecho y dismetría derecha con maniobra talón-rodilla.



Fig. 1 - Subluxación palmar de articulaciones metacarpofalángicas, pulgares en Z, segundo dedo de la mano izquierda en cuello de cisne y atrofia de interóseos.



Fig. 2 - Puños incompletos de manos reumáticas.

Se precisó que realizaba las transferencias con ayuda de una 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 de los miembros superiores 4/5 bíceps, 4/5 tríceps, 3/5 extensores de carpo, 3/5 flexores de dedos bilaterales 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 en estos momentos necesita ayuda mínima para la ducha y el vestido, el resto de las actividades de la vida diaria las hace con supervisión. Realiza transferencias de forma autónoma, logró la marcha asistida con andador y supervisión, y subir escaleras con ayuda de una 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 una 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 la movilidad articular y deformidad, produciendo discapacidad y disminución de calidad de vida de los pacientes. En un estudio realizado por *Espinosa-Balderas* se confirmó que a menor discapacidad, se incrementaba considerablemente la percepción de la 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 yatrogenia 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 la paciente 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 periodo 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⁾

Además, 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 neurorrehabilitación precisaría de más tiempo.^(7,11)

Conclusiones

Con el tratamiento rehabilitador precoz se logró la 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 Muñiz 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. 2019 [Acceso 30/09/2021];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. 2020 [Acceso 10/10/2021];22(2):e140. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1126808>
3. Castillo Sánchez GA, Paguay Moreno ÁR, Solis Cartas U. Comportamiento del síndrome poliglandular autoinmune tipo III en una cohorte de 8 casos. Rev Cubana Reumatol. 2019 [Acceso 10/10/2021];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. 2003 [Acceso 10/10/2021];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. 2007 [Acceso 04/10/2021];9(9-10):12-5. 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. 2016 [Acceso 12/09/2021];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. 2020 [Acceso 08/10/2021];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. 2017 [Acceso 10/10/2021];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. 2017 [Acceso 02/10/2021];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. 2001 Sept [Acceso 10/10/2021];20(8):94-101. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-artritis-reumatoide-i-etiologia-sintomatologia-13018371>
11. Vázquez Guimaraens M. Factores relacionados a una mayor recuperación funcional tras sufrir un accidente cerebrovascular. [Tesis]. Universidade Da Coruña Departamento de Ciencias Biomédicas, Medicina y Fisioterapia; 2017 [Acceso 12/09/2021]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/2183/19544>

Conflictos de interés

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.



Esta obra está bajo una licencia https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.es_ES

Contribución de los autores

Conceptualización: Yunia Herbania Labrada Rodríguez.

Curación de datos: Yunia Herbania Labrada Rodríguez.

Análisis formal: Yunia Herbania Labrada Rodríguez.

Metodología: Yunia Herbania Labrada Rodríguez.

Redacción del borrador original: Yunia Herbania Labrada Rodríguez, Rocío Conde Rodríguez.

Redacción, revisión y edición: Yunia Herbania Labrada Rodríguez, Rocío Conde Rodríguez.

