

Caso clínico **IMPACTO DEL TRATAMIENTO INTERDISCIPLINARIO ENTRE TERAPIA OCUPACIONAL Y TERAPIA FÍSICA EN UN CASO DE ARTRITIS REUMATOIDE**

IMPACT OF TREATMENT BETWEEN OCCUPATIONAL THERAPY AND PHYSICAL THERAPY IN A CASE OF RHEUMATOID ARTHRITIS

Autoras y autor Raquel Cordich^a, Luciana Rimoli^b, Bernabé Rodríguez^c.



Resumen **Introducción:** el objetivo principal del siguiente estudio se centró en mostrar, mediante evaluaciones estandarizadas específicas, cómo una persona con las limitaciones que generó la Artritis Reumatoide, obtuvo una mejor calidad de vida y buen desempeño funcional en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria gracias a un adecuado plan de tratamiento interdisciplinario de terapia física y terapia ocupacional. Se presentó el caso de un paciente de sexo femenino, de 40 años de edad con diagnóstico de artritis reumatoide de 10 (diez) años de evolución, y más de un año sin tratamiento de rehabilitación ni farmacológico. **Métodos:** en el siguiente caso clínico se intervino desde un plan de tratamiento interdisciplinario conjunto entre terapia ocupacional y terapia física, durante 6 (seis) meses y se valoraron los resultados obtenidos en cuanto a la funcionalidad y calidad de vida del paciente antes y después de la intervención sin que éste haya recibido tratamiento farmacológico específico. **Conclusiones:** la correcta implementación de un programa de rehabilitación interdisciplinario de terapia ocupacional y terapia física produjo mejoras significativas en cuanto a la funcionalidad y la calidad de vida del paciente con artritis reumatoide, aun en ausencia de terapia farmacológica específica.

DeCS Artritis reumatoide; Terapia ocupacional; Terapia física; Calidad de vida. **Palabra Clave** Funcionalidad; Estudio interdisciplinario.

Summary **Introduction:** the main goal of the following investigation was focus on showing through standard and specific evaluations how a person who suffered from Rheumatoid Arthritis, and the limitations that it involves, could get a better quality of life and good functional performance in simply and instrumental activities in daily life thanks to a proper interdisciplinary treatment plan of occupational and physical therapies. We report the case of a 40-yearold female patient who has a 10-yearold rheumatoid arthritis diagnosis and is no receiving any rehabilitation or medical treatment for more than a year. **Methods:** in the following clinical case we offered an interdisciplinary treatment plan combined with an occupational and physical therapy for 6 (six) months and we analyzed the obtained results taking into account the patient's functionality and quality of life before and after the interventions when that patient has no received any previous specific or pharmacological treatment. **Conclusion:** the correct implementation of this rehabilitation and interdisciplinary treatment plan with occupational and physical therapies and brought improvements in the patient's functionality and quality of life who suffers from rheumatoid arthritis, even in those patients who has no a specific and pharmacological therapy.

MeSH Rheumatoid arthritis; Occupational therapy; Physical therapy; Quality of life. **Keywords** Interdisciplinary study; Functionality.

Como citar este documento Cordich R, Rimoli L, Rodríguez B. Impacto del tratamiento interdisciplinario entre terapia ocupacional y terapia física en un caso de artritis reumatoide. TOG (A Coruña) [revista en Internet]. 2018 [fecha de la consulta]; 16(29): 79-87 Disponible en: <http://www.revistatog.com/num29/pdfs/caso1.pdf>

Lévanos_ Get up_Llévanos



Derechos de autor



Texto recibido: 10/08/2018 **Texto aceptado:** 15/01/2019 **Texto publicado:** 31/05/2019

^a Terapeuta Ocupacional. Servicio de Rehabilitación, Hospital Agudos San José Pergamino. Junta evaluadora de certificado único de discapacidad Municipalidad de Pergamino. E-mail de contacto raquelcordich@hotmail.com. ^b Lic. en Kinesiología y Fisiatría. Servicio de Rehabilitación Adultos Hospital Interzonal General de Agudos San José de Pergamino. Buenos Aires Argentina. E-mail de contacto luciana_rimoli@hotmail.com. ^c Lic. en Kinesiología y Fisiatría. Servicio de Rehabilitación Adultos Hospital Interzonal General de Agudos San José de Pergamino. Buenos Aires Argentina. E-mail de contacto berna_rodriquez_5@hotmail.com



Introducción

La Artritis Reumatoide (a partir de ahora AR) es una enfermedad multisistémica de tipo inflamatoria, autoinmune, de etiología desconocida que compromete preferentemente las articulaciones y cuyo órgano blanco es la membrana sinovial, pero puede afectar otros órganos en cualquier momento de su evolución. La AR es una enfermedad crónica y de distribución universal, cuya prevalencia a nivel mundial se estima en torno al 0,3-1,2% de la población y su incidencia varía entre 6-10 casos/año/100.000 habitantes⁽¹⁾. Es la más común de las artritis inflamatorias. Por el tipo de compromiso y por la incapacidad que puede inducir la AR es una enfermedad que afecta diferentes esferas de la vida cotidiana del paciente: personal (psíquico y físico), familiar, laboral y social, por lo que su atención demanda de grupos interdisciplinarios que asistan al individuo en los distintos órdenes de afección. De acuerdo a la información actual podemos decir que, si bien la AR no es una enfermedad mortal, sí debe ser considerada una enfermedad grave, que compromete la calidad de vida del individuo y la vida misma.

La mayoría de los reumatólogos en el mundo concuerdan en que el diagnóstico e inicio temprano de la terapia por drogas modificadoras de la enfermedad y la rehabilitación precoz pueden limitar la severidad y discapacidad de la misma⁽²⁾.

Dentro de las manifestaciones clínicas la inflamación articular es el principal síntoma, generada por la sinovitis que se produce en estos órganos de la locomoción, esta inflamación tiene como síntoma fundamental el dolor. El dolor articular se debe, a la inmovilización articular, al espasmo muscular, a la destrucción de cartílago y hueso, a la laxitud de los ligamentos y a la alteración de la función de los tendones. Pocos pacientes con afectaciones médicas padecen de dolor y discapacidad tan marcadas e importantes como los portadores de AR lo cual produce un incremento en la desesperanza, disminución en la habilidad para realizar tareas cotidianas y participar en actividades sociales; así como limitaciones en la actividad laboral, ya que de aquellos que tienen trabajo remunerado, el 10% deja de trabajar dentro del primer año de inicio de la enfermedad y el 50% está incapacitado dentro de los 10 años⁽³⁾.

En 2010, en un esfuerzo por identificar a más personas en una etapa cuando el tratamiento es más beneficioso, el Colegio Americano de Reumatología actualizó sus criterios de clasificación para la AR describiendo los siguientes:

- I Capacidad completa para realizar las actividades usuales de la vida diaria, que incluyen actividades de autocuidado, avocacionales y vocacionales.
- II Puede realizar las actividades usuales de autocuidado y avocacionales, pero con limitaciones en las actividades vocacionales.
- III Puede realizar las actividades de autocuidado, pero tiene limitaciones en las actividades avocacionales y vocacionales.
- IV Tiene limitaciones para realizar las actividades usuales de autocuidado, avocacionales y vocacionales.

Las actividades usuales de autocuidado incluyen aseo, baño, cuidado personal, alimentación y vestido. Las actividades avocacionales, son las recreativas y de tiempo libre y las actividades vocacionales incluyen las laborales, escolares y del hogar⁽⁴⁾. Bien en claro queda expuesto como esta enfermedad afecta la calidad de vida del paciente. La Organización Mundial de la Salud define a la calidad de vida como "la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes".

En ciencias de la salud se prefiere hablar de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (a partir de ahora CVRS) y sus contenidos se suelen dividir en tres dimensiones: física, psicológica y social, en una clara referencia a las distintas áreas en que se ha dividido el concepto de salud⁽⁵⁾. Desde un punto de vista pragmático se podría definir la CVRS como el efecto que una enfermedad y su tratamiento tienen sobre las distintas funciones del enfermo, pero tal como lo percibe el propio enfermo.

La funcionalidad según la Organización Mundial de la Salud es la "independencia entendida como la capacidad de desempeñar las funciones relacionadas con las actividades de la vida diaria, es decir,



vivir en la comunidad recibiendo poca o ninguna ayuda de los demás” por lo tanto se puede considerar el nivel funcional de las personas como la capacidad que tienen para realizar las actividades de la vida diaria de forma independiente.

En búsqueda de este objetivo, la rehabilitación es parte del programa integral de atención al paciente con AR. El equipo está compuesto por el médico fisiatra, terapeuta ocupacional y terapeuta físico que trabajaran coordinadamente con el médico reumatólogo, el psicólogo y el ortopedista. El equipo debe utilizar parámetros y pruebas específicas que permitan valorar los cambios efectuados por el paciente y poder compararlos pre y pos tratamiento.

Los objetivos y modalidades del programa deben variar acordes con el estado clínico del paciente y sus limitaciones. Son procesos crónicos de evolución lenta y progresiva que requieren invariablemente de un enfoque multidisciplinario⁽⁶⁾. En la enfermedad temprana, éste se orientará especialmente al manejo del dolor y a mantener los arcos de movimiento de las articulaciones afectadas, ejercicios de fortalecimiento, entrenamiento en programas de protección articular y técnicas de ahorro de energía. En la enfermedad moderada, adicionalmente se establecerá un programa de ejercicios para preservar la motilidad articular y se trabajará en la prevención y corrección de deformidades articulares. El uso de férulas y ortesis que alivien dolor y mantengan estabilidad articular está también indicado. En los pacientes con enfermedad severa, adicionalmente se instruirá sobre la utilización de aditamentos que promuevan un mayor nivel de independencia y se evaluarán las necesidades especiales de los mismos, así como la corrección de barreras arquitectónicas y reubicación laboral. En pacientes que requieren cirugía ortopédica, la rehabilitación en el pre y post operatorio es muy importante para una rápida recuperación y la obtención de óptimos resultados funcionales.

El dolor es el síntoma que, según los pacientes, más interfiere con sus actividades y afecta su calidad de vida. La principal causa de dolor es la sinovitis activa. La rigidez articular matinal también entorpece y dificulta la realización de las actividades cotidianas y cuando esta rigidez se asocia a grados diversos de limitación de los arcos de movimiento y a deformidades articulares no estructuradas y estructuradas que alteren la biomecánica articular condicionan un mayor grado de discapacidad. Esta deformidad dificulta la prensión y la destreza por lo que la funcionalidad se encuentra disminuida⁽⁷⁾. El desacondicionamiento físico y la debilidad y atrofia muscular que frecuentemente presentan los pacientes con AR contribuyen a determinar un mayor grado de discapacidad⁽⁹⁾.

Métodos

Entre las áreas de mayores avances de la reumatología moderna se destaca la utilización de instrumentos de evaluación estandarizados centrados en la valoración de la funcionalidad y la calidad de vida del paciente, producto de un interés por aspectos cualitativos que dan paso a una visión menos anatómica y más funcional de las enfermedades crónicas.

Los cuestionarios de autoevaluación son indispensables para una adecuada evaluación del paciente con AR, son el método convencional de medir de forma operativa la CVRS. Evalúan aspectos relevantes que van más allá del ámbito biológico, fisiológico o clínico, evaluado con otras técnicas⁽⁸⁾. Con el objetivo principal de registrar los cambios en la funcionalidad del paciente y su calidad de vida fueron utilizados dos cuestionarios específicos para Reumatología: Health Assessment Questionnaire (a partir de ahora HAQ) para la funcionalidad y Short Form 36 (a partir de ahora SF-36) para la calidad de vida. También se administraron evaluaciones clásicas como medida de fuerza, rango articular, escala visual análoga, FIM (Medida de Independencia Funcional), índice de Barthel y Lawton pre y pos intervención⁽¹⁰⁾.

HAQ es el instrumento específico para enfermedades reumáticas más conocido por los reumatólogos. La experiencia con este cuestionario es amplísima, numerosos estudios han demostrado su fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio⁽¹¹⁾.

Es un cuestionario de respuesta fácil, rápida y cálculo sencillo con buena reproducibilidad y consistencia interna. Es efectivo para predecir deterioro funcional. Consta de 20 preguntas distribuidas en 8 categorías que incluyen (vestirse y arreglarse, levantarse, comer, caminar, higienizarse, alcanzar, prensión y otras actividades). El valor de cada categoría se puntualiza desde



0: realizar las tareas sin dificultad hasta 3: incapacidad para hacerlo. El componente más alto de cada categoría determina el valor de la misma. En el caso de que el paciente utilizara algún aparato, adaptación o ayuda de otra persona y el valor máximo fuera de 0 ó 1, el score ascendería a 2. Los valores de cada categoría son promediados y el resultado final tiene un rango desde 0 normal a 3 mayor grado de discapacidad. Para que el puntaje del score tenga validez, es fundamental que el número de categorías respondidas sea mayor a seis⁽¹²⁾.

Importancia clínica: Un cambio clínicamente significativo es igual a una variación de 0.25 unidades de HAQ. Un HAQ >1.25 refleja enfermedad severa. Un HAQ \geq 0.87 se asocia a discapacidad laboral. Se considera como específico de la enfermedad, es decir, que evalúa la alteración que ha generado la AR en el paciente; permite una evaluación de la discapacidad al mismo tiempo que logra dimensionar el estado general de salud del paciente y puede ser aplicado tanto a mujeres como a hombres⁽¹³⁾.

SF-36 es un cuestionario multipropósito de 36 preguntas que se agrupan en ocho dimensiones, que incluyen función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental. Tiene varias versiones. Se han realizado muchos estudios que permiten afirmar que el SF-36 es el cuestionario genérico de CVRS más ampliamente utilizado en reumatología⁽¹⁴⁾. Ofrece una perspectiva general del estado de salud de la persona con la ventaja de que es fácil y rápido de rellenar y a la vez también sencillo de evaluar.

Las puntuaciones de cada una de las 8 dimensiones del SF-36 oscilan entre los valores 0 y 100. Siendo 100 un resultado que indica una salud óptima y 0 reflejaría un estado de salud muy malo. Este trabajo de investigación no tiene informe de comité de ética. La participante y su familia fueron informados y tuvieron la posibilidad de revocar su participación en cualquier fase del estudio. En la misma línea se ha respetado el anonimato y confidencialidad, atendiendo a la Ley 25.326 de protección de datos personales de la República Argentina.

Exposición del caso

Paciente de sexo femenino, de 40 años de edad con diagnóstico de AR de 10 años de evolución, y más de un (1) año sin tratamiento de rehabilitación ni farmacológico. La paciente ingresa al Servicio de Rehabilitación del Hospital General de Agudos San José de Pergamino, Buenos Aires, Argentina derivada por el área de Clínica Médica.

Antecedentes personales: no presenta.

Tratamiento Farmacológico: AINES (analgésicos antiinflamatorios no esteroides): ibuprofeno, paracetamol.

Enfermedad actual: La paciente ingresa al Servicio de Rehabilitación del Hospital San José de Pergamino, refiere haberse mudado desde la ciudad de Cipolletti, Bahía Blanca, Argentina por motivos familiares, y luego de tres meses de permanencia decide consultar al hospital por un cuadro de reagudización de sintomatología. Describe que, por problemas económicos y antes la ausencia de seguro médico, hace más de un año que no recibe tratamiento. Se otorga entrevista con trabajadora social a fin de gestionar medicación y comienza con tratamiento de terapia ocupacional, terapia física y terapia psicológica.

Evaluación inicial

Valoración desde el área de terapia física

La paciente ingresó con afectación en articulaciones de hombros (bilateral), codo (bilateral) tobillo derecho, manos y dedos (bilateral) y rodillas (bilateral). Resto de articulaciones indoloras. Rigidez matutina de 2 horas aproximadamente. La marcha era claudicante al descargar el peso en pierna derecha, sin ayudas técnicas ni elementos ortopédicos. La paciente refirió un dolor de 6-7/10 en lo habitual y de 10/10 cuando se exacerbaban los síntomas, según escala visual análoga del dolor.

En cuanto a la valoración de movilidad articular y fuerza muscular de articulaciones afectadas de miembros superiores se evaluó menor compromiso a nivel de hombros (ver Tabla 1) a en comparación con las articulaciones de codos (ver Tabla 2), con rangos articulares aceptables pero debilidad muscular que no vencía gravedad a mínima



resistencia cómo mejor puntuación.

En miembros inferiores también se evaluó menor compromiso proximal, registrándose menor debilidad en rodillas (ver Tabla 3) respecto a tobillos (ver Tabla 4). No presentó alteraciones en reacciones de equilibrio y coordinación.

Marcha claudicante, refirió poder recorrer distancias de 300 a 400 metros.

Valoración desde el área de terapia ocupacional

VALORACION CUANTITATIVA:

Funcionalidad HAQ: 1.75

Calidad de vida SF-36: 38

Actividades de la Vida Diaria:

- ABVD:(actividades básicas de la vida diaria)
- **Índice de Barthel:** 75/100
- AIVD:(actividades instrumentales de la vida diaria)
- **Índice de Lawton y Brody:** 4/8.
- **Medida de independencia funcional (FIM):** 60/126 (Dependencia parcial con asistencia moderada)

VALORACION CUALITATIVA:

- Sintomatología depresiva, falta de motivación, apatía, falta de iniciativa.
- Ausencia de deterioro cognitivo.
- Dependiente para el aseo personal.
- Deambulación independiente para cortas distancias.
- Equilibrio estable.
- Debilidad muscular global por varios meses de inactividad.
- Sus actividades de ocio y tiempo libre limitadas.
- Presentó buena actitud, predisposición y expectativa para el tratamiento.

Tratamiento terapéutico elegido

En este caso, el objetivo prioritario del tratamiento fue actuar sobre los síntomas principales en cuanto a la disminución de la movilidad, del dolor, fuerza muscular, capacidad aeróbica y prevenir deformidades, evaluar necesidad de equipamiento y adaptaciones y llevar a cabo la práctica en terreno directo de las actividades de la vida diaria, presuponiendo que al mejorar estas variables mejoraría también su funcionalidad y su calidad de vida.

Desde el área de terapia ocupacional, el abordaje tuvo como objetivo principal lograr la mayor autonomía posible de la persona en la realización de las actividades básicas de la vida diaria; llamadas también "áreas de ocupación", comprendiendo todas aquellas actividades que tienen un valor y significado concreto, además de un propósito. Estas son centrales, cotidianas y generan satisfacción de las necesidades personales, orientadas hacia el bienestar propio; algunas de ellas son: uso del baño, ducharse, higienizarse, vestirse, comer, dormir, etc.; como así también en las actividades instrumentales, siendo estas las orientadas a generar la interacciones de la persona con el medio.

Pueden ser complejas y opcionales ya que pueden ser delegadas a otra persona. Algunos ejemplos: cuidar mascotas, criar a los niños, utilizar sistemas tecnológicos de comunicación, manejardinero, mantener un hogar, realizar las compras, etc. Para lograr dicho objetivo fue preciso plantear objetivos específicos y a corto plazo a fin de ver reflejado el impacto en dicha área.

Se planteó un abordaje de tipo ambulatorio interdisciplinario, iniciando así con tres sesiones semanales de terapia ocupacional. Se dio inicio al tratamiento con la aplicación del agente físico "parafina", por método inmersivo, con el fin de generar calor a las articulaciones afectadas. Luego se realizó movilización pasiva de cada una las articulaciones de ambas manos y, para finalizar, se ejerció gradualmente en peso y



resistencia con objetos determinados (pelotas, bandas, masas, ejercitadores de prensión, etc.). Con lo descrito se buscó que la paciente realice de forma gradual sus actividades básicas de la vida diaria de manera independiente, comenzando por utilizar más tiempo de lo habitual y mínima asistencia hasta lograrlo.

Dentro del plan terapéutico se efectuó evaluación de necesidad de adaptaciones y equipamiento personal con férula, resultando positivo ya que no requirió de las mismas.

Desde el área de terapia física, el abordaje terapéutico se centró principalmente sobre los síntomas y sus secuelas en pos de la disminución del dolor y la inflamación, aumento de la movilidad y la fuerza muscular, la capacidad aeróbica, la protección articular y la funcionalidad.

Se comenzó con la aplicación de agentes físicos para intervenir sobre el dolor y la inflamación:

- Frío/Calor
- Ultrasonido
- Magnetoterapia
- Electroestimulación/Electroanalgesia.

Luego se progresó con kinesiterapia:

- Masoterapia
- Movilizaciones pasivas/Activa-asistidas
- Ejercicios terapéuticos: Isométricos/Isotónicos
- Técnicas manuales

Al finalizar cada sesión de tratamiento se le indicaron ejercicios para que realice en su domicilio los días que no concurría a terapia y cuidados o precauciones sobre posturas incorrectas o actos motores que puedan agravar el cuadro clínico.

Pregunta al lector

Ante el caso desarrollado, nos planteamos lo siguiente:

La aplicación de un programa de rehabilitación interdisciplinario de terapia ocupacional y terapia física ¿puede ayudar a este tipo de paciente a mejorar su funcionalidad y su calidad de vida, aun en ausencia de terapia farmacológica específica?

Respuesta

La aplicación de un programa de rehabilitación interdisciplinario de terapia ocupacional y terapia física logró ayudar a este tipo de paciente a mejorar su funcionalidad y calidad de vida, aun en ausencia de terapia farmacológica específica.

Actuación

El tratamiento se llevó a cabo en el Servicio de Rehabilitación del Hospital Interzonal General de agudos San José de Pergamino, Buenos Aires, Argentina. La intervención consistió en 3 sesiones semanales, de 45 minutos de terapia física y 45 minutos de terapia ocupacional, durante el transcurso de 6 meses.

Tras realizar una evaluación inicial y a fin de llevar a cabo la intervención desde el trabajo conjunto de terapia ocupacional y terapia física se establecieron los siguientes objetivos:

- Disminuir del dolor y la inflamación en articulaciones afectadas.
- Aumentar rangos de movimientos.
- Incrementar la fuerza muscular.
- Aumentar la capacidad aeróbica.
- Reeducar la marcha.
- Incrementar y/o mantener la función (arcos de movimientos, agarres, pinzas, desplazamientos, etc).
- Mejorar las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Educar al paciente sobre su patología y cuidados ergonómicos.
- Mejorar la calidad de vida.



Evaluación final

Valoración de terapia física post tratamiento

Luego de la intervención fisioterapéutica la paciente refirió que la rigidez matutina continuó por el periodo de 2 horas aproximadamente, por lo que no hubo mejoras apreciables. Sí hubo una mejora significativa en la marcha, ya que aumento la fuerza muscular en los miembros inferiores (ver Tablas 7 y 8) y disminuyó el dolor, la paciente dejó de claudicar en la misma aumentando la distancia recorrida hasta 1200 a 1500 metros sin presencia de dolor.

El dolor disminuyó a 2-3/10 en la escala visual análoga de forma habitual lo que le permitió aumentar su independencia, y en periodos de exacerbación de síntomas a 5/10, lo cual manifestó una reducción importante. En cuanto a la movilidad articular y fuerza de miembros superiores se registró una notable mejoría tanto en hombros (ver Tabla 5) como en codos (ver Tabla 6), con valores que vencieron desde mínima hasta máxima resistencia en determinados grupos musculares.

Valoración en terapia ocupacional post tratamiento

VALORACION CUANTITATIVA:

Funcionalidad HAQ: 2,37

Calidad de vida SF-36: 62

Actividades de la Vida Diaria:

- ABVD:(actividades básicas de la vida diaria)
- **Índice de Barthel:** 90/100
- AIVD:(actividades instrumentales de la vida diaria)
- **Índice de Lawton y Brody:** 6/8.
- **Medida de independencia funcional (FIM):** 111/126 (Independiente con adaptaciones o necesidad de mayor tiempo para tareas específicas como entrar y salir de la bañera, uso de escaleras y uso de medio de transporte)

VALORACION CUALITATIVA

- Independiente para el aseo personal.
- Deambulación independiente para largas distancias.
- Sus actividades de ocio y tiempo libre han aumentado producto de la disminución de dolor y mejor estado de ánimo.
- Continuó con buena actitud, predisposición y se mostro conforme con el tratamiento recibido.

Conclusión

El caso clínico presentado intentó analizar los cambios producidos por un programa interdisciplinario de rehabilitación conjunto entre terapia ocupacional y terapia física, en cuanto a la mejora de la funcionalidad y calidad de vida en un paciente con AR sin tratamiento farmacológico.

Tras la intervención de la opción terapéutica elegida pudimos observar que se han producido cambios positivos sustanciales en cuanto a los signos y síntomas del paciente ganando independencia funcional en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria e impactando esto directamente sobre una mejora de la calidad de vida.

Al tratarse la AR de una patología crónica consideramos que el tratamiento de rehabilitación también lo debe ser, siendo primordial adaptar el mismo a las necesidades momentáneas del paciente en torno a su calidad de vida, siempre abordándolo en interdisciplina con el resto del equipo de rehabilitación. Tradicionalmente siempre se le ha dado mayor trascendencia e importancia desde el ámbito médico al tratamiento farmacológico, dejando en un segundo plano el tratamiento rehabilitador. Luego de los resultados obtenidos, aun en ausencia de terapia farmacológica pertinente, planteamos la necesidad de ubicar a la rehabilitación ocupacional y física dentro de los pilares del tratamiento de la AR junto a una opción terapéutica farmacológica y la correcta alimentación.

Consideramos conveniente realizar un plan de rehabilitación integral de los pacientes con AR desde la fase inicial, colocando en el mismo plano de importancia el abordaje farmacológico, ocupacional y físico luego de haber observado mejorías medibles con escalas validadas, fiables, sensibles y fáciles de aplicar, para médicos y rehabilitadores, en cuanto a la funcionalidad y la calidad de vida.



Agradecimientos

Agradecemos a la paciente y sus familiares por hacer público el presente caso clínico. Este escrito no ha recibido financiación de ningún tipo y no presenta conflicto de intereses.

Anexos

Tabla 1. Valoración de Movilidad Articular y Fuerza Muscular de hombros

	Flexión/Abducción		Extensión		Rotación externa		Rotación interna	
	Movilidad Articular	Fuerza Muscular	Movilidad Articular	Fuerza Muscular	Movilidad Articular	Fuerza muscular	Movilidad Articular	Fuerza muscular
Hombro derecho	110°	2/5	60°	4/5	70°	2/5	80°	3/5
Hombro izquierdo	130°	3/5	60°	4/5	80°	3/5	85 °	3/5

Fuente elaboración propia (2018)

Tabla 2. Valoración de Movilidad Articular y Fuerza Muscular de codos

	Flexión		Extensión	
	Movilidad Articular	Fuerza Muscular	Movilidad Articular	Fuerza Muscular
Codo derecho	100°	2/5	-30°	3/5
Codo izquierdo	120°	2/5	-10°	3/5
Manos	Presenta tumefacción en articulación metacarpo-falángicas e interfalángicas proximales, atrofia de musculatura interósea y lumbrical y deformación en ráfaga cubital y en boutonniere.			

Tabla 3. Valoración de Movilidad Articular y Fuerza Muscular de rodillas.

	Flexión		Extensión	
	Movilidad Articular	Fuerza Muscular	Movilidad Articular	Fuerza Muscular
Rodilla derecha	120°	4/5	0°	4/5
Rodilla izquierda	130°	4/5	0°	4/5

Tabla 4. Valoración de Movilidad Articular y Fuerza Muscular de tobillos.

	Flexión Dorsal		Flexión Plantar		Inversión		Eversión	
	Movilidad Articular	Fuerza muscular	Movilidad Articular	Fuerza muscular	Movilidad Articular	Fuerza Muscular	Movilidad Articular	Fuerza Muscular
Tobillo derecho	10°	3/5	35°	3/5	20°	3/5	15°	3/5

Tabla 5. Valoración de Movilidad Articular y Fuerza Muscular de hombros.

	Flexión/Abducción		Extensión		Rotación externa		Rotación interna	
	Movilidad Articular	Fuerza Muscular	Movilidad Articular	Fuerza Muscular	Movilidad Articular	Fuerza muscular	Movilidad Articular	Fuerza muscular
Hombro derecho	150°	4/5	60°	4/5	80°	3/5	90°	5/5
Hombro izquierdo	170°	4/5	60°	5/5	85°	4/5	90 °	5/5

Tabla 6. Valoración de Movilidad Articular y Fuerza Muscular de articulaciones de codos.

	Flexión		Extensión	
	Movilidad Articular	Fuerza Muscular	Movilidad Articular	Fuerza Muscular
Codo derecho	130°	4/5	0°	4/5
Codo izquierdo	130°	5/5	0°	5/5
Manos	Presenta tumefacción en articulación metacarpo-falángicas e interfalángicas proximales, atrofia de musculatura interósea y lumbrical y deformación en ráfaga cubital y en boutonniere.			

Tabla 7. Valoración de Movilidad Articular y Fuerza Muscular de rodillas.

	Flexión		Extensión	
	Movilidad Articular	Fuerza Muscular	Movilidad Articular	Fuerza Muscular
Rodilla derecha	125°	4/5	0°	4/5
Rodilla izquierda	130°	4/5	0°	4/5

Tabla 8. Valoración de Movilidad Articular y Fuerza Muscular de tobillos.

	Flexión Dorsal		Flexión Planta		Inversión		Eversión	
	Movilidad Articular	Fuerza muscular	Movilidad Articular	Fuerza muscular	Movilidad Articular	Fuerza Muscular	Movilidad Articular	Fuerza Muscular
Tobillo derecho	15°	4/5	45°	5/5	20°	3/5	15°	4/5



Referencias bibliográficas

1. Belmonte MA, Castellano JA, Román JA, Rosas JC. Enfermedades Reumáticas SVR, Sociedad Valenciana de Reumatología, 2015 □citado el 28 de octubre de 2018. Disponible en: <http://www.svreumatologia.com/wp-content/uploads/2015/06/Actualizacion-Enfermedades-Reumaticas-Actualizacion-SVR-II-Edicion.pdf>
2. Porro Novo J, Friol González J, Guibert Toledano M, Reyes Llerena G. Enfoque rehabilitador en la Artritis Reumatoide. RCuR Internet. 2007. □citado el 28 de octubre de 2018. Volumen IX (Números 9 y 10). Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/reumatologia/temas.php?idv=23736>
3. Vinaccia S, Cadena J, Juárez F, Contreras F, Anaya JM. Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. Int J Clin Health Psychol. 2004; 4 (1):91-103.
4. Lugo LH, Arbeláez JA, Payares Álvarez K, Ramírez Gómez LA. Rehabilitación en Artritis Reumatoidea. Guías de Práctica Clínica basadas en la evidencia. FALTA LUGAR DE EDICIÓN: Colombia; 2006. p.14.
5. Batlle-Gualda E, Chalmeta Verdejo C. Calidad de vida en la artritis reumatoide. Rev Esp Reumatol. 2002; Suplemento 1: 9-21.
6. Consentino R, Consentino V. Semiología con consideraciones clínicas y terapéuticas. Argentina: Editorial EL ATENEO. 2001. p. 291
7. Valero Merlos, E, San Juan Giménez. Manual Teórico Práctico de Terapia Ocupacional. Argentina: Editorial Monsa-Prayma. 2010. p.458.
8. Malagon C, Ortiz F. Rehabilitación en Artritis Reumatoide. Rev Colomb Reumatol Internet. 2001. citado el 28 de octubre de 2018□. Volumen 8 (Número 4). Disponible en <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/reumatologia/vol-841/reuma8401rehabilitacion/>
9. Batlle-Gualda E, Chalmeta Verdejo C. Calidad de vida en la artritis reumatoide. Rev Esp Reumatol. 2002; 1(Sup1): p. 1-76.
10. Rodríguez LP. Medida de la Independencia Funcional. Guía para la utilización del sistema de datos uniformes para Medicina Física y Rehabilitación. New York: ResearchFoundationStateUniversity of New York; 1991.
11. Ramey DR, Raynauld JP, Fries JF. The Health AssessmentQuestionnaire 1992: status and review. Arthritis Care Res1992; 5:119-29.
12. Maccagno A. Guía Clínica Sociedad Argentina de Reumatología. SAR Internet. 2008. citado el 28 de octubre de 2018. p. 20. Disponible en: <http://www.reumatologia.org.ar/userfiles/image/guias-practica-clinica/Guia-SAR-2008.pdf>
13. Saaibi DL. Calidad de vida y discapacidad física. Rev Colomb Reumatol. 2002.; 9 (4): 281-286
14. Ruta DA, Hurst NP, Kind P, Hunter M, Stubbings A. Measuringhealth status in British patients with rheumatoid arthritis:reliability, validity and responsiveness of the short form 36-item health survey (SF-36). Br J Rheumatol. 1998; 37:425-36..

Lévanos _Get up_ Llévanos



Derechos de autor

