

# Perfil clínico funcional de pacientes con artritis reumatoide derivados a Fisiatría en control en Centro Reumatológico Avanzado (CREA) del Hospital Clínico Universidad de Chile

Carolina Rivera R.<sup>(1)</sup>, Loreto Vergara B.<sup>(2)</sup>, Stephanie Prieto S.<sup>(2)</sup>, Ariel Castro L.<sup>(3)</sup>

<sup>(1)</sup>*Servicio Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Urgencia Asistencia Pública.*

<sup>(2)</sup>*Servicio Medicina Física y Rehabilitación, HCUCH.*

<sup>(3)</sup>*Oficina de Apoyo a la Investigación Clínica, HCUCH.*

## SUMMARY

*Background: Rheumatoid arthritis (RA) is a systemic inflammatory disease that primarily affects the joints causing varying degrees of disability. Non-pharmacological management is increasing evidence of its usefulness impacting functionality. Objectives: To characterize the clinical / functional profile of patients with rheumatoid arthritis derived physiatrist assessment in the Clinical Hospital University of Chile. Methods: We reviewed the clinical records of patients with RA derivatives Physical Medicine, extraction demographics, medical history, physical examination and functionality. Statisticians analysis of central tendency, dispersion, absolute and relative frequencies. Results: 85 medical records were analyzed. 88.2% were women with an average age of  $54.05 \pm 11.42$  years. 38.8% have at least one comorbidity. 34.1% of patients takes between 6 and 15 years of disease. The average drug related AR is 5.6 per patient, being more Disease Modifying Antirheumatic Drugs (DMARDs) found. 35.2% presented falls in the past year. Pain is a symptom found in the history and physical examination with a VAE (venous air embolism)  $4.4 \pm 2.43$  at the time of consultation and  $6.7 \pm 3.3$  in crisis. 20% received kinesic therapy and only 7% occupational therapy. 45.3% of patients having a value of HAQ (health assesment questionnaire) who scored as moderate disability, even if their self-perception of independence reaches 65.9%. Conclusion: The analysis allows us to perform a demographic, clinical and functional profile that allows us to guide rehabilitation actions.*

**Fecha recepción: septiembre 2018 | Fecha aceptación: septiembre 2018**

## INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica de tipo inflamatorio de causa desconocida que afecta primariamente las articulaciones. Es la enfermedad reumatológica más frecuente y su prevalencia varía poco entre países. En Chile la incidencia varía entre un 0.2 - 0.4% y su prevalencia alcanza el 0.46%<sup>(1)</sup>. La carga social y económica que conlleva la AR es alta y ha sido evaluada en algunos estudios. A comienzos de la década pasada se reportó en España que los costos asociados a la enfermedad sumaron más de 2.250 millones de euros al año<sup>(2)</sup>. Si bien en nuestro país no existen datos de este tipo, se puede inferir que la necesidad de recursos en estos pacientes puede convertirse en un problema de salud pública, sobre todo si no es abordada de forma multidisciplinaria y precoz.

La AR es en general de curso progresivo y si no se logra controlar produce destrucción progresiva de las articulaciones afectadas con deformaciones asociadas, generando incapacidad músculo-esquelética importante<sup>(1)</sup>, afectando de manera lenta, pero significativa las actividades de la vida diaria (AVD), tanto en sus dimensiones físicas, como en las sociales, psicológicas y económicas. La limitación en la función de los pacientes en diferentes sistemas genera diversos grados de discapacidad, la que está directamente relacionada con la aparición de comorbilidad. A 10 años del diagnóstico de la AR, más del 50% de los pacientes sufre discapacidad grave; 15 años después de su aparición, sólo el 40% puede trabajar<sup>(3)</sup>.

La finalidad principal de la rehabilitación en la AR es prevenir el deterioro funcional y tratar las consecuencias de la enfermedad. Para esto tanto el equipo tratante como las intervenciones propuestas deben ser multidisciplinarias, permanentes y controladas. La medición de la funcionalidad y del impacto de esta en la calidad de vida de los pacien-

tes con AR ha sido estudiada a través de diferentes escalas de valoración; la literatura disponible<sup>(4)</sup> señala que el SF-36 (escala de evaluación de calidad de vida) y la escala funcional *health assesment questionnaire* (HAQ) son las más recomendadas de usar.

La multiplicidad de sistemas afectados en distintas etapas de la enfermedad con distinto enfrentamiento farmacológico, genera que exista gran heterogeneidad en los pacientes y que ciertas acciones de rehabilitación no sean adecuadas para todos. Es por esto que caracterizar a la población a la que nos enfrentamos es fundamental y es lo que pretende realizar este estudio en una cohorte de pacientes del Hospital Clínico Universidad de Chile (HCUCH).

## OBJETIVOS

### General

1. Caracterizar el perfil clínico/funcional de pacientes con AR derivados a evaluación con fisiatra en el HCUCH.

### Específicos

1. Describir el perfil demográfico de la cohorte de estudio.
2. Establecer el perfil clínico de la cohorte de estudio.
3. Identificar el perfil funcional de la cohorte de estudio.

## MATERIALES Y MÉTODO

**Diseño de estudio:** estudio observacional retrospectivo de cohorte única sin grupo de comparación.

**Universo:** universo completo de pacientes con AR derivados desde Reumatología en primera consul-

ta entre el 01 de mayo de 2013 y el 31 de mayo de 2014 al Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, HCUCH.

### **Criterios de inclusión:**

1. Pacientes portadores de AR independiente del año de diagnóstico
2. Evaluados por reumatólogo en CREA HCUCH
3. Derivados a Medicina Física y Rehabilitación por reumatólogo HCUCH

**Criterios de exclusión:** ficha clínica sin datos para registro.

**Protocolo de trabajo:** se confeccionó la planilla con los datos considerados importantes de registrar de acuerdo a la literatura disponible y el interés de los investigadores. El proceso de recolección de datos consistió en revisar a través del sistema de dación de horas, los pacientes derivados a consulta de fisiatra AR para evaluación en el período antes mencionado (agenda exclusiva). Posterior a ello se revisa ficha electrónica y se extraen los datos en forma directa a planilla Excel.

### **Datos obtenidos:**

**1. Demográficos:** sexo, edad, ocupación, situación laboral, previsión y presencia de redes de apoyo.

### **2. Clínicos:**

**2.1 Historia clínica:** frecuencia y descripción de comorbilidades asociadas al tiempo de evolución de la enfermedad, síntomas al inicio de la enfermedad, síntomas actuales, tratamiento farmacológico actual, cirugías en relación a la AR previas a la consulta con fisiatra, dolor, antecedentes de caídas, intervenciones de rehabilitación e indicación de órtesis y/o ayudas técnicas. Los parámetros definidos para cada característica están resumidos en la Tabla 1.

**2.2 Examen físico:** alteraciones en postura, marcha, equilibrio, eje de EEII y pie a la podoscopía; limitación en el rango articular; disminución de la fuerza muscular; alteración en la sensibilidad; actividad de la enfermedad y dolor al momento del examen. Los parámetros definidos para cada característica están resumidos en la Tabla 2.

**3. Funcionales:** autopercepción de independencia, participación en actividades recreativas y/o deportivas dentro o fuera del hogar y puntaje en *health assesment questionnaire* (HAQ). Los parámetros definidos para cada característica están resumidos en la Tabla 3.

**Análisis de los datos:** se aplicó estadística descriptiva para la presentación de los resultados obtenidos. Para las variables de tipo cuantitativo se utilizaron los estadígrafos de tendencia central (promedio, mediana) y estadígrafos de dispersión (desviación estándar y rango). Para las variables de tipo cualitativo se presentaron los valores absolutos y sus frecuencias relativas (porcentaje). Todos los análisis se realizaron en el programa MS-Excel<sup>®</sup>.

**Consideraciones éticas:** el proyecto fue presentado al Comité de Ética del Hospital Clínico Universidad de Chile y aprobado para su realización con fecha 19 de noviembre de 2014 (Acta de Aprobación N° 88). Por normativa del Hospital Clínico este tipo de estudios no requiere consentimiento informado.

## **RESULTADOS**

Se revisaron 87 fichas clínicas electrónicas correspondientes a las evaluaciones entre el 1 de mayo de 2013 y 31 de mayo de 2014. Se obtuvo información de 85 de ellas, ya que en las otras dos no hay datos de la atención clínica disponibles para revisión.

**Tabla 1. Características de la historia clínica de la cohorte de estudio**

<b>Característica</b>	<b>Parámetro a evaluar</b>
Comorbilidades	Clasificación internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud (CIE-10)
Tiempo de evolución de la enfermedad	<1 año 1-5 años 6-15 años > 15 años
Síntomas al inicio de la enfermedad	Dolor extremidades superiores (EESS) Dolor extremidades inferiores (EEII) Dolor generalizado Rigidez Aumento de volumen articular
Síntomas actuales (1-5 años/6-15 años/ > 15 años)	Dolor EESS Dolor EEI Dolor generalizado Rigidez Aumento de volumen articular
Tratamiento farmacológico actual	Aines Analgésicos Corticoides Opioides Drogas modificadoras de la enfermedad (FARMEr) Terapia biológica Otros relacionados con AR Otros no relacionados con AR (cualquiera)
Cirugías de tipo músculo-esquelético previas a la consulta actual	Sí NO
Dolor por Escala Visual Análoga (EVA)	Al momento de la consulta En crisis de dolor
Presencia de caídas en el último año	Sí NO
Intervenciones de equipo de rehabilitación previas a la consulta actual	Terapia Ocupacional Kinesiología
Indicación de órtesis y/o ayudas técnicas (AT) previas a la consulta actual	Sí NO Adherencia al uso

### 1. Características demográficas

El 88.2% de los casos corresponde a mujeres y el 11.8%, a hombres. La edad promedio al momento de la consulta es de 54.05 ±11.42 años con un rango que comprende de los 21 a los 76 años. La distribución etaria se muestra en la Tabla 4.

La mayoría de los pacientes corresponde a trabajadores sin estudios superiores (35.3%), seguido de dueñas de casa (34.1%). Los pacientes que realizan o realizaron trabajo remunerado corresponden al 63.5% del total (n=54). Los datos de la condición laboral se resumen en la Tabla 4. El 89.4% de los pacientes pertenece a una Institu-

**Tabla 2. Características del examen físico de la cohorte de estudio**

<b>Característica</b>	<b>Parámetro a evaluar</b>
Alteración en la postura	Anteproyección cefálica Rotación interna de hombros Presencia de hiperlordosis/hiperxifosis Rectificación de la lordosis
Alteración en la marcha	Dificultad para lograr marcha normal Dificultad para marcha en puntas/talones Dificultad en giros
Alteración en el equilibrio	Dificultad para lograr tándem Apoyo monopodal menor a 5 segundos en una o ambas EEII
Alteraciones en el eje EEII en bípedo o marcha	Rodilla: varo/valgo/recurvatum Tobillo: varo/valgo
Alteraciones en el pie a la podoscopia	Pie plano anterior Pie plano longitudinal Deformidades (hallux valgus, ortejos en garra, subluxación navicular) Hiperqueratosis
Limitación del rango articular	Al menos una articulación evaluada por inspección
Disminución de la fuerza muscular	En al menos un grupo medido por la Medical Research Council (MRC) M4 o menos
Alteración en la sensibilidad táctil por dermatoma y/o nervio periférico	2 sensibilidad normal 1 disminución de la sensibilidad o hipoestesia 0 anestesia
Actividad de la enfermedad	Presencia de sinovitis en al menos una articulación
Dolor	Ubicación (axial, sólo EESS/sólo EEII/EESS + EEII) Tipo (nociceptivo/neuropático/mixto)

ción de Salud Previsional (Isapre) mientras que sólo el 10.6% es Fonasa.

## **2. Características clínicas**

### **2.1 Historia clínica**

La frecuencia y distribución por sistemas de las comorbilidades de la cohorte están resumidas en la Tabla 5. Se puede apreciar que un 38.8% de los pacientes presenta al menos una comorbilidad asociada y que las del sistema circulatorio son las más frecuentes de encontrar, en 34 de los pacientes evaluados.

El tiempo de evolución de la enfermedad está resumido en la Tabla 6. Con respecto a la sintomatología al inicio de la enfermedad y al momento de la consulta, se encontraron datos en 83 de 85 pacientes. La sumatoria final no corresponde al N de la cohorte puesto que los pacientes en ocasiones relatan más de un síntoma al inicio. El síntoma principal al inicio de la enfermedad corresponde en su mayoría a dolor en EESS mientras que al momento de la consulta, excluidos los de menos de 1 año de evolución, el síntoma más frecuente corresponde al dolor en EEII (Tabla 7).

**Tabla 3. Características funcionales de la cohorte de estudio**

Característica	Parámetro a evaluar
Autopercepción de independencia	Sí NO
Participación en actividades recreativas o deportivas dentro o fuera del hogar	Actividad física Religiosas Manualidades Jardinería Otras
Puntaje en Health Assesment Questionnaire (HAQ)	Rango de 0 (sin discapacidad) a 3 (máxima discapacidad)

Con respecto al tratamiento farmacológico recibido, el promedio de fármacos relacionados con la AR es de 5.6 por paciente (p/p) mientras que los no relacionados con la enfermedad sólo alcanzan 1.3 p/p. De los fármacos indicados la mayor parte de ellos son FARMEs (fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad) y coadyuvantes de la terapia que se indican como parte del manejo de las posibles complicaciones asociadas a esta (Tabla 8 a y b). La sumatoria total no corresponde al N de la cohorte porque los pacientes reciben más de un fármaco.

Se encontraron registros de dolor en 76 de los 85 pacientes. De estos, 7 pacientes no presentan dolor al momento de la consulta ni reportan crisis. En el resto de los pacientes, el promedio de dolor medido en EVA es de  $4,4 \pm 2.43$ . El valor aumenta en crisis a  $6.7 \pm 3.3$ . El 35.2 % de los pacientes refiere haber presentado al menos 1 caída en el último año previo a la evaluación.

Con respecto a las intervenciones de rehabilitación relacionadas con el diagnóstico de AR previas a la consulta, 6 pacientes refieren haber recibido intervenciones de terapeuta ocupacional junto con kinesiterapia y 11 pacientes sólo esta última. Con respecto a la indicación de órtesis y/o ayudas técnicas y su adherencia al uso, el perfil está resumido en la Tabla 9. Se puede

**Tabla 4. Perfil demográfico de la cohorte en estudio**

Característica	N	%
<i>Género</i>		
Femenino	75	88.2
Masculino	10	11.8
<i>Edades</i>		
20-30	3	3.5
31-40	9	10.6
41-50	15	17.6
51-60	36	42.2
61-70	16	18.8
más de 70	6	7.1
<i>Ocupación</i>		
Dueña de Casa	29	34,1
Profesional	14	16.5
Técnico	10	11.7
Trabajadores sin estudios	30	35.3
Estudiante	2	2.4
<i>Previsión</i>		
Fonasa	9	10.6
Isapre	76	89.4
<i>Situación laboral (trabajo remunerado*)</i>		
Activo	37	68.5
Inactivo	17	31.5
<i>Inactividad laboral</i>		
Pensionado	10	58.8
Licencia médica	7	41.2
<i>Redes de apoyo</i>		
Sí	80	94.1
No	5	5.9

**Tabla 5. Frecuencia y distribución por sistemas de las comorbilidades de la cohorte en estudio según la CIE-10**

Característica	%	N
<i>Frecuencia de comorbilidades</i>		
Ninguna	28.2	24
1	38.8	33
2	20	17
> 2	13	11
<i>Comorbilidades</i>		
Neoplasias	4	
Enfermedades endocrinas, nutricionales y metabólicas	27	
Trastornos mentales y del comportamiento	7	
Enfermedades del sistema nervioso	1	
Enfermedades del sistema circulatorio	34	
Enfermedades del sistema respiratorio	4	
Enfermedades del sistema digestivo	5	
Enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conectivo	8	
Sin comorbilidades	24	

**Tabla 6. Distribución del tiempo de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico en la cohorte de estudio**

Tiempo de evolución (años)	N	%
Menos de 1	12	14.1
1-5	24	28.3
6-15	29	34.1
>15	20	23.5

apreciar que cerca de un tercio de los pacientes tiene indicación y que de ellos, un 76% refiere buena adherencia a su uso.

## 2.2 Examen físico

Las características evaluadas del examen físico y la evaluación de la podoscopia están resumidas en la Tabla 10.

**Tabla 7. Síntomas al inicio de la enfermedad y al momento de la consulta**

Síntoma	N
<b>Inicial</b>	
Dolor axial	4
Dolor EESS	43
Dolor EEII	26
Rigidez	10
Aumento de volumen articular	12
Otros	3
Sin datos	2
<b>Actual*</b>	
Asintomático	5
Dolor axial	2
Dolor EESS	29
Dolor EEII	41
Rigidez	3
Aumento de volumen articular	-
Otros	2
Sin datos	1

\* Se excluyen pacientes con tiempo de evolución menor de un año por considerarse que la enfermedad aún no está estable.

## 3. Características funcionales

El 65.9% de los pacientes se autopercebe como independiente en sus AVD. El 33% de los pacientes realiza algún tipo de actividad recreativa. Se encuentran datos de reporte de HAQ en 70 pacientes. La mayor parte de los pacientes de la cohorte presentan valores entre 1.01 y 2 que corresponde a discapacidad moderada. La Tabla 11 presenta el resumen de esta información.

## DISCUSIÓN

La AR es una enfermedad que genera limitaciones en todos los aspectos considerados en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), por lo que el abordaje desde el punto de vista multidisciplinario con enfoque rehabilitador pareciera ser la mejor forma de enfrentar la patología.

**Tabla 8a. Distribución de la terapia farmacológica utilizada por la cohorte**

Fármacos	Número
<b>Relacionados con la AR</b>	<b>479</b>
Promedio por paciente	5.6
<b>No relacionados con la AR</b>	<b>111</b>
Promedio por paciente	1.3

**Tabla 8b. Distribución de fármacos en relación AR**

Fármacos	%
AINES	12.7
Analgésicos (Paracetamol)	7.1
Corticoides	13.6
Opioides	4.4
FARMEs	26.3
Biológicos	3.13
Otros (calcio, ácido fólico, omeprazol)	32.8
<b>Total</b>	<b>100</b>

La cohorte analizada presenta mayor porcentaje de mujeres versus hombres con una proporción de 7.5:1 concordante con lo mencionado en la literatura internacional<sup>(1,5)</sup>. La composición etaria de los pacientes es variada con presencia de los diferentes grupos de edad, lo que es bastante representativo de la realidad. El análisis se realiza a una población con un rango de edades entre los 21 a los 70 años, lo que disminuye el sesgo que pudiese generar el tener una población con un solo grupo de edad representado. Nuestro perfil demográfico es similar al descrito por Maese y cols en 2012<sup>(5)</sup>.

El tiempo de evolución de la enfermedad en la cohorte es representativo de la población con AR, con pacientes de reciente diagnóstico y una proporción no menor de sujetos con más de 15 años de evolución. Los puntos de corte fueron definidos en forma arbitraria para facilitar el orden de los datos. Consideramos el segundo período (1-5 años) como un tiempo de estabilización, el tercer

período (6-15 años) como una fase con enfermedad consolidada y el último período (>15 años), el de una enfermedad consolidada, pero con mayor probabilidad de comorbilidades que puedan sumar sus efectos deletéreos.

El promedio de dolor encontrado en la cohorte completa es moderado tanto en la consulta como en crisis, lo que indica que el manejo es insuficiente. Esto puede explicarse por el desconocimiento de la fisiopatología de los fenómenos de sensibilización central secundarios a la enfermedad, los que han sido estudiados<sup>(6)</sup>, aunque no hay evidencia clara al respecto en AR. Se cree que la manifestación simétrica de la enfermedad y la hiperalgesia generalizada en sitios articulares y extraarticulares con diferentes estímulos, generan cambios a nivel central. En el examen físico, el dolor aparece también como la característica más encontrada. Con respecto a la caracterización de este, la gran mayoría de los pacientes presenta dolor de tipo nociceptivo y un bajo número muestra características neuropáticas; sin embargo, como se ha dicho previamente, el dolor en la AR tiene un componente central. Nos parece extremadamente importante el adecuado manejo del dolor desde etapas inicia-

**Tabla 9. Intervenciones de rehabilitación en relación a la AR, previo a la consulta actual de la cohorte de estudio**

Intervención	%
<b>Terapia ocupacional</b>	7
<b>Kinesiólogo</b>	20
<b>Indicación de órtesis y/o AT</b>	
SÍ	29.4
NO	70.6
<b>Adherencia al uso</b>	
SÍ	76
NO	4.7
Sin datos	19.2



**Tabla 10. Características del examen físico de la cohorte de estudio diferenciadas por tiempo de evolución de la enfermedad**

Síntomatología	N				
	< 1 año	1-5 años	6-15 años	>15 años	Total
Alteración en la postura	1	8	5	4	18
Alteración en la marcha	1	1	6	6	14
Alteración en el equilibrio	4	6	13	8	31
Alteraciones en el eje EEl en bípedo o marcha	1	5	15	7	28
Alteraciones en el pie a la podoscopia					
Pie plano anterior	4	12	11	8	35
Pie plano longitudinal	1	3	4	5	13
Deformidades	1	5	6	6	18
Hiperqueratosis	2	5	4	2	13
Limitación del rango articular	3	9	7	11	30
Disminución de la fuerza muscular	2	6	3	4	15
Alteración en la sensibilidad por dermatoma y/o nervio periférico	2	-	1	1	4
Actividad de la enfermedad	2	1	4	2	9
Dolor	5	13	16	8	42
Nociceptivo	4	13	16	8	40
Neuropático	1	-	1	-	2

les, ya que para realizar acciones de rehabilitación, como el ejercicio, el sujeto debe percibir el menor impacto posible. Si la actividad indicada aumenta su molestia, la adherencia a la terapia se verá disminuida. La adecuada combinación de terapia farmacológica y no farmacológica que pueda incluir ejercicio, procedimientos de manejo del dolor local y neuromodulación y que considere las expectativas del paciente, debe ser el modelo a seguir para evitar la cronificación del dolor.

La ventaja del ejercicio es que actúa en muchos de los sistemas afectados por la AR. De acuerdo a la evidencia se recomienda desde el momento del diagnóstico, un programa de ejercicio físico aeróbico, supervisado, individual y adaptado a cada paciente de acuerdo al grado de capacidad física y a las características de su enfermedad<sup>(7)</sup>. Los ejercicios aeróbicos se pueden combinar con ejerci-

**Tabla 11. Características funcionales de la cohorte de estudio**

Característica	%
Autopercepción de independencia	
SÍ	65.9
NO	34.1
Participación en actividades recreativas o deportivas dentro o fuera del hogar	
Actividad física	39.3
Religiosas	12.1
Manualidades	42.4
Jardinería	6.1
Puntaje HAQ	
0 Sin discapacidad	1.2
0.1-1 Discapacidad leve	27
1.01-2 Discapacidad moderada	43.5
2.01-3 Discapacidad severa	10.6
Sin registro	17.6

cios de fortalecimiento muscular, de flexibilidad, coordinación y destreza manual. Los ejercicios de resistencia son aún un tema controversial en este grupo de pacientes. Algunos estudios muestran que realizarlos genera un aumento en el dolor y la discapacidad, mientras que otros muestran un impacto significativo en disminuir estas variables. Una reciente revisión sistemática<sup>(8)</sup> demuestra que los ejercicios de resistencia disminuyen la discapacidad, mejoran la capacidad funcional y disminuyen la rigidez articular, por lo que son una alternativa cuando son bien tolerados por el paciente. En nuestro país la recomendación del Ministerio de Salud es que todo paciente con AR deberá recibir indicaciones de ejercicios, lo cual debe ser personalizado de acuerdo a las características particulares de su enfermedad<sup>(1)</sup> (Recomendación Grado A).

La mayoría de los pacientes evaluados nunca ha recibido intervenciones por profesionales del equipo de rehabilitación como parte del manejo no farmacológico. Desde el punto de vista kinésico, sólo 17 pacientes refieren evaluación previa. Como se menciona antes, el manejo del dolor debe ser multimodal, pero también multidisciplinario y la fisioterapia es una herramienta terapéutica con discreta evidencia<sup>(9)</sup>, pero que puede ser utilizada como alternativa para pacientes sin actividad de la enfermedad. Por otra parte, si bien la indicación de ejercicio es médica, es el kinesiólogo quien entrega el programa cuando este se realiza en un ambiente intrahospitalario. No hay claridad en el beneficio sustancial de realizar los programas de ejercicio en un ambiente controlado versus en el domicilio, aunque los estudios tienden a apoyar a la primera alternativa<sup>(8)</sup>. Es importante que el tratante reconozca la opción de ejercicio como una herramienta válida, ya que la mejor forma de lograr adherencia es integrando la actividad como parte de la rutina diaria. Por ejemplo, en caso de afectación articular importante de los miembros inferiores, se preferirán ejercicios con menor car-

ga, como la bicicleta estática, o sin carga, como la natación, que pueden ser indicados como parte de la realización de actividades de participación comunitaria. En pacientes con poca afectación articular, se podrán realizar ejercicios dinámicos y de resistencia, logrando el beneficio transversal a todos los sistemas descritos más arriba. Sólo 6 de los 85 pacientes refiere haber recibido intervenciones de terapia ocupacional (TO). Si bien se ha observado en varios estudios longitudinales<sup>(10)</sup> que en la mayoría de los pacientes con AR las habilidades funcionales permanecen conservadas durante los cinco primeros años de evolución de la enfermedad, una revisión Cochrane del año 2004 analizó la efectividad de las diferentes categorías de intervención propias de la TO, observándose evidencia de que en pacientes con limitaciones funcionales relevantes, habitualmente con enfermedad avanzada, se observa mejoría sostenida en el tiempo. La indicación de TO en las etapas iniciales de la enfermedad no ha demostrado real efectividad posiblemente porque en la discapacidad leve los posibles efectos no son fáciles de medir<sup>(10)</sup>; sin embargo, es importante educar al paciente con respecto al cuidado articular y entregar consejo acerca del uso de aditamentos que mejoren su funcionalidad cuando sea necesario. La guía clínica GES de AR<sup>(1)</sup> recomienda que todo paciente con AR debe recibir tratamiento con terapeuta ocupacional, haciendo hincapié en protección articular, así como elaboración de ortesis o férulas que puedan ser necesarias (Recomendación Grado A). Mantener controles seriados de TO pudiese significar el contar con datos de funcionalidad a través de aplicación de escalas como el HAQ que nos permitan realizar estudios comparativos y a largo plazo.

Con respecto a la funcionalidad, existe una buena percepción de independencia de los pacientes evaluados. Esto puede verse interferido por las creencias con respecto a la enfermedad, el nivel sociocultural y la comprensión del concepto de inde-

pendencia, por lo que el uso de escalas que atenúen estos factores es absolutamente necesario. El HAQ parece ser la herramienta con mejor evidencia para su uso en este tipo de pacientes. Lo importante de este cuestionario es su realización en forma seriada al menos 4 veces al año, lo que permite constatar la evolución del paciente<sup>(11)</sup>. Una variación de 0.25 entre una consulta y otra se considera significativa. Entre sus limitaciones se cuenta que al existir 2 a 3 subcategorías, puede ocurrir que un paciente mejore en algunas subcategorías sin que modifique el índice total. El uso de adaptaciones pueden aumentar el índice del paciente sin que esto implique cambios funcionales. Esto se debe a que tradicionalmente cuando un paciente utiliza una adaptación, el índice si es de 0 o 1 sube automáticamente a 2 en esa categoría. Por otra parte, posee un efecto suelo del 10-15%, lo que significa que existen pacientes con HAQ de 0 que presentan limitaciones funcionales. No ocurre lo mismo con el efecto techo, el cual es despreciable y representa los pacientes que pese a tener el máximo índice, continúan empeorando funcionalmente y esto no

puede reflejarse en el puntaje. La correlación con los cambios clínicos no es lineal, por lo que su aplicación en forma sucesiva es aún más importante.

Este estudio es un primer paso en la caracterización con consideraciones clínicas y funcionales de los pacientes con AR en una población chilena. Su principal fortaleza radica en que los pacientes fueron evaluados por los mismos examinadores (fisiatra y TO), lo que disminuye el sesgo de información en cierta medida; sin embargo, su debilidad se centra en dos aspectos principales: el primero, es una población de por sí sesgada, ya que nuestro Hospital tiene entre sus prestaciones la canasta GES de una Isapre en particular, lo que genera que la consulta con fisiatra esté dentro de las posibilidades sin un costo elevado y por lo tanto, accesible. En segundo lugar, la mayoría de los pacientes son derivados por una causa conocida y no como una acción rutinaria, lo que pudiese excluir de la revisión a aquellos pacientes con mejor evolución de la enfermedad y sin repercusión funcional, haciendo que nuestros resultados excluyan este grupo de pacientes.

## REFERENCIAS

1. Guía Clínica Artritis Reumatoide, Ministerio de Salud de Chile. Serie Guías Clínicas MIN-SAL para patologías del sistema de Garantías Explícitas de Salud (GES), Junio 2007.
2. Gómez Rodríguez N. Repercusión socio-económica de la artritis reumatoide. *An Med Interna (Madrid)* 2003;20:111-13.
3. Daniel M. Frendl, John E. Ware. Patient-reported functional health and well-being outcomes with drug therapy a systematic review of randomized trials using the sf-36 health survey. *Medical Care* 2014;52:439-45.
4. Martijn A, Oude V. Measurement properties of physical function scales validated for use in patients with rheumatoid arthritis: A systematic review of the literature. *Health Qual Life Outcomes* 2011;9:99.
5. Maese J, García de Yébenes MJ, Estudio sobre el manejo de la artritis reumatoide en España. Características clínicas de los pacientes. *Rheumatol Clin* 2012;8:236-42
6. Mira M, Stijn V. Central sensitization in patients with rheumatoid arthritis: a systematic literature review. *Semin Arthritis Rheum* 2012;41:556-67.
7. Baillet A, Zeboulon N, Gossec L, Combesure C, Bodin LA, Juvin R *et al.* Efficacy of cardiorespiratory aerobic exercise in rheumatoid arthritis: meta-analysis of randomized controlled trials. *Arthritis Care Res* 2010;62:984-92.
8. Athan Baillet, Mathieu Vaillant. Efficacy of resistance exercises in rheumatoid arthritis: meta-analysis of randomized controlled trials. *Rheumatology* 2012;51:519-27.
9. Christie A., Gro J., Effectiveness of nonpharmacological and nonsurgical interventions for patients with Rheumatoid arthritis: an overview of systematic reviews. *Phys Ther* 2017;87:1697-715.
10. Simon J. Otter., Kevin Lucas. Foot pain in rheumatoid arthritis prevalence, risk factors and management: an epidemiological study. *Clin Rheumatol* (2010) 29:255-271.
11. Hofman. J. Clinimetría y la actividad médica. *Rev Arg Reumat* 2008;2:7.

### CORRESPONDENCIA

Dra. Carolina Rivera Rivera  
Servicio Medicina Física y Rehabilitación  
Hospital Urgencia Asistencia Pública  
E-mail: dracarolinarivera@gmail.com

