



ARCHIVOS DE REUMATOLOGÍA

REHABILITACIÓN DEL PACIENTE REUMÁTICO

I. Generalidades. Agentes Físicos. Ejercicios

Dr. Luis A. Hernández*

Las enfermedades reumáticas pueden generar diversas discapacidades al paciente y que pueden conducir a un compromiso importante de las actividades de la vida diaria. El déficit en el recorrido funcional articular, las deformidades o las contracturas poco reductibles o progresivas, las paresias o déficits neurológicos y el dolor articular, todos constituyen elementos que van a generar algún grado de discapacidad en el paciente, lo cual hace necesario la implementación de un tratamiento rehabilitador.

Este constituye uno de tres artículos que se dedicarán al tema. Se tratará acerca de la utilidad de los agentes físicos y de los ejercicios (cinesterapia) en el manejo de los pacientes reumáticos. La rehabilitación con cirugía ortopédica no se tratará en estos artículos, ya que no está dentro del contexto de los mismos.

La rehabilitación del paciente reumático descansa en un equipo de salud en el que participan diversos profesionales, tales como reumatólogo, médico fisiatra, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicólogo, psiquiatra, trabajador social, cirujano ortopeda y enfermera. En ocasiones también puede participar el odontólogo y el oftalmólogo (artritis reumatoidea juvenil, espondilo artropatías, artritis reumatoidea del adulto).

Cada miembro de este equipo rehabilitador tiene funciones definidas. Así, el reumatólogo tendrá pleno conocimiento de la naturaleza del proceso patológico que ha conducido a la discapacidad y

se responsabiliza por el manejo del mismo; el médico fisiatra evalúa funcionalmente al paciente y prescribe el tratamiento rehabilitador, el fisioterapeuta implementa el programa terapéutico prescrito, con particular responsabilidad de enseñar al paciente técnicas de deambulación y la realización de esos programas terapéuticos en el hogar; el terapeuta ocupacional se encarga de que el paciente funcione o más independientemente posible con un mínimo de fatiga o estrés, proveyendo los equipos de adaptación para permitir la función y, asignándole actividades para realizar ejercicios apropiados, los problemas psicológicos y psiquiátricos derivados de la enfermedad serán tratados por el profesional correspondiente el trabajador social tendrá un papel crucial en el manejo del problema que genera la discapacidad del paciente reumático en el entorno familiar; el cirujano ortopeda tiene la responsabilidad de tratar de recuperar función en base a procedimientos que van desde la eliminación de tejidos hasta las cirugías reconstructivas y los implantes articulares; la enfermera reforzará las técnicas de protección articular, conservación de la energía y el cumplimiento del plan terapéutico por parte del paciente.

Lo arriba descrito es un ejemplo del equipo de salud en rehabilitación a nivel de los centros hospitalarios y quien es considerado como ideal.

Agentes físicos en el tratamiento del paciente reumático.

Los agentes físicos pueden proporcionar alivio del dolor articular, prevenir o corregir deformidades y

* Profesor Titular de Clínica Médica. Escuela de Medicina "Luis Razetti". Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela.

mejorar la movilidad articular, con lo cual mejoran la funcionalidad de la misma.

De una manera general, podemos clasificar estos medios en la forma como se esquematiza en la Tabla 1.

Tabla 1	
Agentes físicos en la rehabilitación del paciente reumático	
1. Mecánicos	
- Reposo	
- Ejercicio	
- Masaje	
- Tracción	
- Manipulación	
2. Térmicos	
- Calor	
- Frío	
3. Hidroterapia	
4. Electroterapia	
5. Ultrasonido	
6. Ortesis	
7. Actinoterapia	
8. Magnetoterapia	
9. Lasenterapia	
10. Microondas	

Reposo

El reposo ejerce su efecto beneficioso en razón de que evita la irritación mecánica que desencadena el movimiento en las regiones afectadas, descarga a las articulaciones que soportan peso y tiene un efecto relajador desde el punto de vista psíquico. Asimismo, confiere sedación del dolor, reduce la inflamación y evita mayor daño articular.

El reposo debe hacerse con las articulaciones en la posición más funcional posible, a fin de evitar retracciones o deformidades articulares.

Ejercicio

El ejercicio juega un papel muy importante en el tratamiento de la enfermedad reumática y la lucha contra la invalidez. Tiene como finalidad el tratar de mantener los recorridos fisiológicos articulares y evitar las atrofas musculares o fortalecer la contracción de los mismos. Dependiendo de la naturaleza del proceso patológico o de su agudeza se indicarán diversas modalidades de ejercicios.

En un sentido general, podemos englobar a los ejercicios en dos modalidades de terapia: pasiva y activa.

Terapia pasiva:

Este tipo de terapia utiliza la posición articular para prevenir y corregir deformidades, donde encontramos como elementos importantes las inmovilizaciones en posiciones funcionales, y la movilización articular pasiva.² Se debe evitar generar dolor con este tipo de terapia, así como se debe trabajar con el rango de movimiento articular residual, con una articulación por vea y usando un solo plano de movimiento.

Terapia activa

Este tipo de terapia tiene dos métodos de aplicación: contracciones isométricas y contracciones isotónicas.

En las contracciones isométricas, el músculo se contrae pero sin originar desplazamiento segmentario de miembros. Como no hay movimiento, el ejercicio no es bloqueado por el dolor o por la inflamación articular. Además estos ejercicios contribuyen a mantener el trefismo muscular y la estabilidad articular.

La segunda modalidad comprende los movimientos segmentarios mediante la contracción muscular libre o con resistencia. Permite una buena recuperación muscular y articular. Debe usarse en forma cautelosa cuando hay articulaciones y músculos inflamados. Los ejercicios no deben sobrecargar ni lesionar más una articulación.

Los ejercicios de fortalecimiento muscular, denominados también condiciones aeróbicas, comprenden el bailar, correr, caminar rápido, nadar, ergometría y el pedaleo en bicicleta. Los pacientes con artritis reumatoidea, lupus eritematoso sistémico y osteoartritis tienen disminuida su capacidad aeróbica en forma significativa, hecho que ha de tenerse en cuenta al momento de prescribir este tipo de ejercicios a esos pacientes.³

Masaje

El masaje puede proporcionar un efecto relajante y eutrófico. Debe realizarse en estructuras musculares vecinas a la articulación inflamada y no sobre ésta.

Tracción

La tracción se puede realizar en los miembros inferiores y en la columna. El peso a colgar será aumentado en forma progresiva. En relación con la columna existen diversos tipos de equipos, tanto para la tracción cervical (Figs. 1a y 1b) como para la lumbar (Fig. 2).



Fig. 1a. Aparato de tracción cervical.



Fig. 1b. Paciente recibiendo

La tracción cervical ejerce su función terapéutica en pacientes con afecciones mecánico-degenerativas regionales. Conviene empezar el tratamiento con tracción con poco peso y poco tiempo; por ejemplo, 2 kg por 5 a 10 minutos la primera vez. Si el efecto es bueno, se incrementará el peso progresivamente hasta unos 7 kg y entre 15 y 20 minutos de duración, 1 ó 2 veces diario o interdiario, hasta alcanzar la

mejoría deseable. Si después de unas 10 sesiones no hay mejoría, es poco probable que se obtenga beneficio y se suspende el trata-miento.



Fig. 2. Paciente recibiendo tracción lumbar

Manipulación

La manipulación es un movimiento brusco y seco que se realiza a una articulación partiendo desde el final del arco de movimiento pasivo articular. No debe haber dolor. Se usa casi exclusivamente en procesos vertebrales mecánicos.

Calor

El calor puede aplicarse superficialmente o en profundidad. El calor profundo se suministra con electroterapia de alta frecuencia o con ultrasonido, diatermia o microondas.

El calor superficial puede ser administrado mediante bolsas de agua caliente, mantas eléctricas, fomenteras, chorros de agua caliente o por radiación infrarroja. Tiene la virtud de facilitar la movilidad articular y el trofismo muscular. Los baños de parafina en manos y pies son una forma de administrar este tipo de tratamiento.

El frío tiene efecto antiinflamatorio y analgésico. Se puede suministrar aplicando bolsas de hielo intermitente en zonas localizadas como esguinces, ataque agudo inflamatorio articular, etc.

Hidroterapia

La hidroterapia se realiza en centros de rehabilitación y en los balnearios.

El baño caliente realizado en piscinas climatizadas y por un lapso de 15 a 20 minutos ejerce un efecto sedante y facilitador de la movilidad, permitiendo la realización de ejercicios dentro del agua y la natación. La espondilitis anquilosante, las lumbalgias mecánicas, la coxartrosis y la capsulitis retráctil del hombro, son patologías que pueden beneficiarse de este procedimiento.

Una modalidad de hidroterapia la constituye los baños de contraste, que consisten en la introducción alternativa de la parte a tratar en agua caliente y fría un número consecutivo de veces. Usualmente se está más tiempo en el agua caliente que en la fría, empezando y terminando con el agua caliente. En una sesión, por ejemplo, se comienza con 3 minutos en agua caliente y 1 minuto en agua fría por sesiones de 3, en un esquema de 2 veces al día hasta obtener mejoría. El agua caliente debe estar a una temperatura entre 38°C y 40°C, y la fría entre 10°C y 15°C. Cuando se está dentro del agua caliente se recomienda la realización de movilización articular.

Esta modalidad de tratamiento se usa casi exclusivamente en el tratamiento de las algodistrofias.

Electroterapia

La electroterapia utiliza la corriente eléctrica con fines analgésicos y en la reeducación motora de los músculos.

Los electroestimuladores subcutáneos son dispositivos que tienen electrodos que se fijan al enfermo para aplicar las corrientes analgésicas. Estos electrodos se colocan en zonas vecinas al lugar doloroso. (Fig. 3). El principio terapéutico se basa en

la teoría de la compuerta, donde los impulsos eléctricos bloquearían los dolorosos en su entrada en la médula espinal.

La estimulación farádica de la musculatura mantiene su función evitando las atrofas musculares.

Ortesis

Las ortesis son aparatos que ayudan a mantener la ortoposición en una zona determinada del cuerpo. Son ejemplo de ortesis los collarines cervicales, fajas lumbares, plantillas ortopédicas para los pies, férulas de ortoposición y descanso, etc.

En general, las ortesis inmovilizadoras deben combinarse con ejercicios de mantenimiento o ampliación de los arcos articulares de movimiento o del trofismo muscular.

Actinoterapia

La actinoterapia utiliza los rayos infrarrojos con un efecto de calor superficial, ya que sólo penetran unos 3 mm. Se administran mediante lámparas de rayos infrarrojos. Se debe tener especial cuidado en no acercarse mucho la fuente emisora al objeto.

Ultrasonido

El ultrasonido utiliza vibraciones mecánicas de alta frecuencia que producen estimulación celular (Figs. 4a y 4b). Constituye una de las formas de administrar calor profundo.

Laserterapia

La laserterapia también es una forma de administrar calor con fines terapéuticos, asignándosele utilidad como elemento antiinflamatorio.



Fig. 4a. Equipo de Ultrasonido.



Fig. 4b. Paciente recibiendo sesión de ultrasonido.

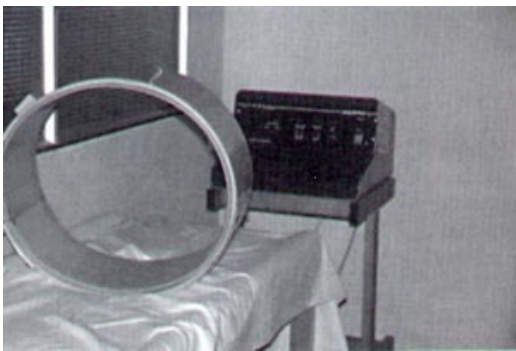


Fig. 5. Equipo para magnetoterapia. El dispositivo redondo genera 101 campos magnéticos.

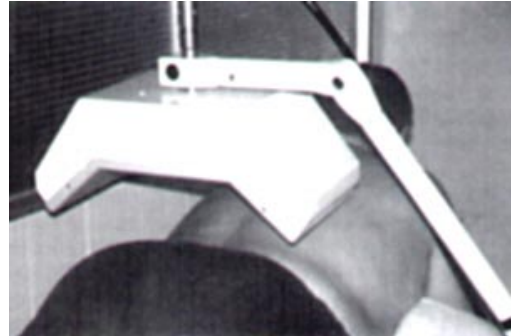


Fig. 6. Terapia de onda corta en un paciente con lumbalgia.

Magnetoterapia

La magnetoterapia utiliza campos magnéticos pulsátiles de baja frecuencia que, en algunas ocasiones, proporciona alivio del dolor (Fig. 5).

Microondas

También representa una forma de administrar calor. Se pueden utilizar aparatos que emiten microondas continuas y pulsátiles (Fig. 6).

BIBLIOGRAFÍA

1. Swezey, R.L. Rehabilitation and Arthritis. En: Arthritis: Rational Therapy and Rehabilitation Ed: Robert L. Swezey Saunders Company, Philadelphia; Pp: 1-11, 1978.
2. Simon, L., and Blotman, F. Exercise Therapy and Hydrotherapy in the Treatment of the Rheumatic Diseases. Clin. Rheum Dis, 7:337-347, 1981.
3. Hicks, J.E. Exercise in Patients with Inflammatory Arthritis and Connective Tissue Disease Rheum Dis Clin N.A., 16:845-870, 1990.
4. Stucki, G., and Liang, M.H. Efficacy of rehabilitation interventions in rheumatic Conditions. Cuff Op Rheum, 6:153-158, 1994.