

UNIVERSIDAD ABIERTA INTERAMERICANA



FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

SEDE REGIONAL ROSARIO

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE ENFERMEDADES
REUMATOLÓGICAS**

ALUMNO: GOLDARAZ, ADRIANA LAURA

TUTOR: PROF. DRA AGOSTINI MARCELA

INDICE

RESUMEN.....	2
INTRODUCCIÓN	4
PROBLEMA	7
OBJETIVO DEL ESTUDIO	7
MATERIAL Y METODOS	7
RESULTADO.....	12
DISCUSIÓN.....	23
CONCLUSIÓN.....	28
BIBLIOGRAFÍA	29
ANEXOS.....	32
○ MARCO TEÓRICO.....	32
○ BIBLIOGRAFÍA.....	52

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades reumáticas constituyen una causa importante de morbilidad en la población general, actualmente afectan entre 5 y 10% de la población mundial. Son más de 200 que producen grados variables de dolor, discapacidad y deformidad. Debido a la incapacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria, pérdidas de oportunidades para el trabajo, consecuencias para la familia y para quienes los cuidan, esto presenta una repercusión en la calidad de vida. **Objetivos:** Evaluar la calidad de vida de pacientes con diagnóstico patologías reumatológicas. Cuantificar el nivel de dolor según los paciente. Evaluar el impacto de estas patologías con los familiares más directos. Identificar los aspectos de la vida cotidiana más afectados. **Material y Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal utilizando como material de recolección una encuesta dirigida a 53 pacientes con diagnóstico de enfermedades reumatológicas por medio del Instituto CAICI Centro de Asistencia e Investigación Clínica Integral de Rosario. El período de recolección de los datos fue durante los meses de Enero a Septiembre de 2013. **Resultados:** El 75% de los pacientes encuestados presenta artrosis. En relación a su calidad de vida nuestra población evidencia resultados de 6.2%. Se analizando los valores de la subescalas, el puntaje más alto corresponde a la interacción social, seguido por la ayuda de familiares y vecinos. Por otro lado, los puntajes más bajos correspondieron al dolor y tensión nerviosa. Con respecto a las actividades de la vida diaria los mas afectados fueron realizar las tareas de la casas como barrer o lavar los platos con un mayor porcentaje en mucha dificultad e incapaz de hacerlo. Otra de las actividades más afectadas fue

hacer los recados y las compras y actividades como subir 5 escalones. **Conclusión:** Los resultados encontrados indican que los participantes tienen una aceptable calidad de vida. Las subescalas que más afectaron la calidad de vida de los pacientes fueron las de dolor y tensión nerviosa y su artritis. Las actividades más afectadas fueron las tareas de la casa, otra fue hacer los recados y las compras, debido al dolor crónico que producen estas patologías.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas constituyen una causa importante de morbimortalidad en la población general, actualmente afectan entre 5 y 10% de la población mundial. Son más de 200 padecimientos que producen grados variables de dolor, discapacidad y deformidad. La OMS ha señalado como la primera causa de incapacidad física en los países occidentales. En general estas enfermedades no aumentan la mortalidad a corto plazo, y por ello no se toman en cuenta en las prioridades de salud y educación.

Debido a la incapacidad para llevar a cabo actividades de la vida diaria, perdidas de oportunidades para el trabajo, consecuencias para la familia y para quienes los cuidan, esto, presenta una repercusión en el calidad de vida, por lo que me motivo para realizar este estudio, mediante una encuesta de calidad de vida a los pacientes.

La *artrosis* es una patología articular degenerativa caracterizada por alteraciones en la integridad del cartílago y el hueso subcondral. Es la patología articular más prevalente. Según la OMS, la artrosis afecta al 80% de la población mayor de 65 años en los países industrializados. La prevalencia es mayor en las mujeres a partir de los 55 años, siendo antes de los 50 similar en ambos sexos. Las manifestaciones clínicas y radiológicas permiten el diagnóstico de artrosis.

La *artritis reumatoidees* una enfermedad crónica inflamatoria de origen autoinmune, caracterizada por la inflamación de pequeñas y medianas

articulaciones. Se presenta a cualquier edad, pero es más prevalentes entre la cuarta y sexta décadas de la vida.

La *fibromialgia* es una de las causas más comunes de dolor y, en los últimos años, ha ido adquiriendo cada vez mayor importancia, hasta convertirse en un problema de salud pública de primer orden. Se trata de una enfermedad crónica caracterizada por dolor músculo-esquelético generalizado y una reducción del umbral del dolor, con aumento de sensibilidad dolorosa a la presión en determinados puntos del cuerpo. Suele asociar a otros problemas de salud como la mala calidad del sueño, la rigidez matutina, el cansancio, la depresión y la ansiedad, cefalea, el hábito intestinal irregular, el dolor abdominal difuso, los calambres musculares y la sensación subjetiva de hinchazón. La fibromialgia es la tercera enfermedad reumatológica diagnosticada con mayor frecuencia, después de la osteoartritis y de la artritis reumatoide. Es más frecuente en la mujer, de tal manera que se diagnostica en un varón por cada ocho mujeres.

Los objetivos de los tratamientos en las enfermedades reumatológicas son aliviar el dolor, disminuir la inflamación, prevenir la destrucción articular, mantener la capacidad funcional y controlar las complicaciones sistémicas. Como cualquier otra enfermedad crónica, es imprescindible obtener la máxima colaboración del enfermo para alcanzarlos. Para eso es básico que este comprenda la naturaleza crónica de la enfermedad, el carácter paliativo y no curativo del tratamiento e informarle de que a pesar de que el pronóstico no es necesariamente malo, puede haber secuelas invalidantes o complicaciones debidas a la propia enfermedad o a los fármacos administrados.

El propósito de este trabajo es averiguar la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de patologías reumatológicas, mediante encuestas de calidad de vida, QOL-RA y HAQ, ya que, no se dispone de trabajos similares realizados a nivel municipal, provincial y nacional.

PROBLEMA

¿Cómo se ve afectada la calidad de vida en los pacientes con patologías reumatológicas?

OBJETIVOS DEL ESTUDIO

OBJETIVO GENERAL:

- Evaluar la calidad de vida de pacientes con diagnóstico patologías reumatológicas.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Cuantificar el nivel de dolor según los paciente.
- Evaluar el impacto de estas patologías con los familiares más directos.
- Identificar los aspectos de la vida cotidiana más afectados.

MATERIAL Y MÉTODOS

DISEÑO

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, de corte transversal utilizando como material de recolección una encuesta dirigida a 53 pacientes con diagnóstico de enfermedades reumatológicas por medio de laboratorio e

imágenes del Instituto CAICI Centro de Asistencia e Investigación Clínica Integral de Rosario. El período de recolección de los datos fue durante los meses de Enero a Septiembre de 2013.

Se les pidió a los pacientes autorización, mediante un consentimiento informado, para participar en la investigación.

CRITERIOS

De inclusión:

- Pacientes con diagnóstico de enfermedades reumatológicas.
- Pacientes mayores de 55.

De exclusión:

- Pacientes que no accedan a participar.
- Pacientes postrados o en silla de ruedas.

VARIABLES EN ESTUDIO

- Sexo: femenino - masculino
- Estudios: ninguno - primario - secundario - universitario
- Estado civil: soltero - casado - unión libre - separado - viudo
- Trabajo: tiempo completo - medio tiempo - ocasional - buscando trabajo - ama de casa - jubilado - discapacitado
- Vive solo: si - no
- Edad: en años

- Años de diagnóstico: en años
- Antecedentes familiares: si - no
- Tipo de patología
- Calidad de vida según sus habilidades físicas: puntaje entre 1 y 10
- Calidad de vida según ayuda de sus familiares: puntaje entre 1 y 10
- Calidad de vida según su dolor artrítico: puntaje entre 1 y 10
- Calidad de vida según su tensión nerviosa: puntaje entre 1 y 10
- Calidad de vida según su salud: puntaje entre 1 y 10
- Calidad de vida según su artritis: puntaje entre 1 y 10
- Calidad de vida según su nivel de interacción entre el paciente, familia y amigos: puntaje entre 1 y 10
- Calidad de vida según su estado de ánimo: puntaje entre 1 y 10
- Vestirse solo: sin dificultad- con alguna dificultad- con mucha dificultad- incapaz de hacerlo
- Enjabonarse la cabeza: sin dificultad- con alguna dificultad- con mucha dificultad- incapaz de hacerlo
- Levantarse de una silla sin brazos: sin dificultad- con alguna dificultad- con mucha dificultad- incapaz de hacerlo
- Acostarse y levantarse de la cama: sin dificultad- con alguna dificultad- con mucha dificultad- incapaz de hacerlo
- Cortar una porción de carne: sin dificultad- con alguna dificultad- con mucha dificultad- incapaz de hacerlo
- Abrir un cartón de leche: sin dificultad- con alguna dificultad- con mucha dificultad- incapaz de hacerlo

○ Servirse la bebida: sin dificultad- con alguna dificultad- con mucha dificultad- incapaz de hacerlo

○ Caminar fuera de casa: sin dificultad- con alguna dificultad- con mucha dificultad- incapaz de hacerlo

○ Subir cinco escalones: sin dificultad- con alguna dificultad- con mucha dificultad- incapaz de hacerlo

○ Lavarse y secarse todo el cuerpo: sin dificultad- con alguna dificultad- con mucha dificultad- incapaz de hacerlo

○ Sentarse y levantarse del inodoro: sin dificultad- con alguna dificultad- con mucha dificultad- incapaz de hacerlo

○ Ducharse: sin dificultad- con alguna dificultad- con mucha dificultad- incapaz de hacerlo

○ Agarrar un paquete por encima de su cabeza: sin dificultad- con alguna dificultad- con mucha dificultad- incapaz de hacerlo

○ Agacharse y agarrar ropa del suelo: sin dificultad- con alguna dificultad- con mucha dificultad- incapaz de hacerlo

○ Abrir la puerta de un coche: sin dificultad- con alguna dificultad- con mucha dificultad- incapaz de hacerlo

○ Abrir tarros cerrados: sin dificultad- con alguna dificultad- con mucha dificultad- incapaz de hacerlo

○ Abrir y cerrar la canilla: sin dificultad- con alguna dificultad- con mucha dificultad- incapaz de hacerlo

○Hacer los encargos y las compras: sin dificultad- con alguna dificultad- con mucha dificultad- incapaz de hacerlo

○Entrar y salir de un coche: sin dificultad- con alguna dificultad- con mucha dificultad- incapaz de hacerlo

○Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos: sin dificultad- con alguna dificultad- con mucha dificultad- incapaz de hacerlo

PROCEDIMIENTO DE LOS DATOS

La recolección de datos se realizó a través de encuestas individuales, autoadministradas y semiestructuradas, a los pacientes con diagnóstico de patologías reumatológicas. La encuesta es una versión traducida al español de calidad de vida en pacientes con artritis reumatoidea, validada. Luego los datos fueron tabulados en una planilla de Microsoft Excel, para su posterior procesamiento en los programas estadísticos SPSS.

Para el análisis de los datos, se describió a las variables cualitativas con frecuencias y porcentajes. Para las variables cuantitativas se utilizó el promedio, desvío estándar, mínimo y máximos.

Para describir gráficamente las variables se utilizaron gráficos de sectores, de barras apiladas, histogramas y box plots.

RESULTADOS

Se analizaron 63 encuestas que cumplieron los criterios de inclusión y que no presentaron los criterios de exclusión.

La edad promedio de los pacientes es de 70,9 \pm 8,6 años, con una edad mínima de 55 años y una máxima de 92 años.

Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
55	92	70,9	8,6

El 90,6% (48) de los pacientes son de sexo femenino y el 9,4% (5) de sexo masculino.

Sexo	Frecuencia	%
femenino	48	90,6
masculino	5	9,4
Total	53	100

El 64,7% (33) de los pacientes tiene primario, el 23,5% (12) secundario, el 7,8% (4) terciario o universitario y el 3,9% (2) no tiene ninguno.

Escolaridad	Frecuencia	%
primario	33	64,7
secundario	12	23,5
terciario o universitario	4	7,8
ninguno	2	3,9
Total	51	100

El 49% (25) de los pacientes es separado, el 43,1% (22) casado, el 5,9% (3) viudo y el 2% (1) soltero.

Estado Civil	Frecuencia	%
separado	25	49
casado	22	43,1
viudo	3	5,9
soltero	1	2
Total	51	100

El 90% (45) es jubilado, el 4% (2) trabaja tiempo completo, el 2% (1) trabaja medio tiempo, el 2% (1) trabaja en forma ocasional y el 2% (1) es discapacitado.

Trabajo	Frecuencia	%
jubilado	45	90
tiempo completo	2	4
medio tiempo	1	2
ocasional	1	2
discapacitado	1	2
Total	50	100

El 61,5% (32) de los pacientes no vive solo y el 38,5% (20) si vive solo.

Vive solo	Frecuencia	%
no	32	61,5
si	20	38,5
Total	52	100

El 67,3% (35) de los pacientes no presenta antecedentes familiares y el 32,7% (17) si los presenta.

Antecedentes familiares	Frecuencia	%
No	35	67,3
Si	17	32,7
Total	52	100

Nota: 1 registro sin información

Este dato fue registrado en 51 pacientes. El tiempo promedio de diagnóstico de la enfermedad es de $9 \pm 7,4$ años, con una edad mínima de 1 año y una máxima de 36 años.

Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
1	36	9	7,4

En la tabla pueden observarse las frecuencias y porcentajes de las patologías que presentaron los pacientes. La más frecuentes fueron la artrosis con el 75% (39) y la artritis reumatoidea con el 7,7% (4).

Patologías	Frecuencia	%
Artrosis	39	75
Artritis Reumatoide	4	7,7
Fibromialgias	2	3,8
Cifoescoliosi	1	1,9
Artritis Psoriásica	1	1,9
Paget	1	1,9
Rizoartrosis	1	1,9
Espondilolistesis	1	1,9
Foriester	1	1,9
Artrosis y Cifoescoliosi	1	1,9
Total	52	100

Calidad de vida según:

Calidad de vida de los pacientes

Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
2,63	8,8	6,2	1,3

El puntaje promedio que los pacientes les pusieron a las ocho preguntas sobre calidad de vida fue de $6,2 \pm 1,3$ puntos, con un puntaje mínimo de 2,63 y un máximo de 8,8 puntos.

Habilidades físicas

Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
2	9	6,3	1,6

El puntaje promedio que los pacientes le pusieron a la calidad física en cuanto a las habilidades físicas es de $6,3 \pm 1,6$ puntos, con un mínimo de 2 y un máximo de 9 puntos.

Ayuda que le han dado familiares y vecinos

Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
1	10	7,2	2,1

El puntaje promedio que los pacientes le pusieron a la ayuda que le han dado familiares y vecinos es de $7,2 \pm 2,1$ puntos, con un mínimo de 1 y un máximo de 10 puntos.

Dolor artrítico

Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
2	9	5,4	1,7

El puntaje promedio que los pacientes le pusieron al dolor artrítico es de $5,4 \pm 1,7$ puntos, con un mínimo de 2 y un máximo de 9 puntos.

Nivel de tensión nerviosa

Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
1	10	5,6	1,8

El puntaje promedio que los pacientes le pusieron al nivel de tensión nerviosa es de $5,6 \pm 1,8$ puntos, con un mínimo de 1 y un máximo de 10 puntos.

Salud

Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
2	8	6,3	1,5

El puntaje promedio que los pacientes le pusieron al nivel su salud en general es de $6,3 \pm 1,5$ puntos, con un mínimo de 2 y un máximo de 8 puntos.

Su artritis

Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
2	8	5,5	1,8

El puntaje promedio que los pacientes le pusieron a su artritis es de $5,5 \pm 1,8$ puntos, con un mínimo de 2 y un máximo de 8 puntos.

Su nivel de interacción con el resto (con familia y amigos)

Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
4	10	7,3	1,5

El puntaje promedio que los pacientes le pusieron a su interacción con el resto de $7,3 \pm 1,5$ puntos, con un mínimo de 4 y un máximo de 10 puntos.

Estado de ánimo

Mínimo	Máximo	Promedio	Desvío estándar
2	9	6,4	1,6

El puntaje promedio que los pacientes le pusieron a su estado de ánimo es de $6,4 \pm 1,6$ puntos, con un mínimo de 2 y un máximo de 9 puntos.

Durante la última semana ha sido capaz de:

Actividades que ha sido capaz de hacer	Sin dificultad		Con alguna dificultad		Con mucha dificultad		Incapaz de hacerlo	
	n	%	%	%	%	n	%	%
¿Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?	37	69,8	11	20,8	4	7,5	1	1,9
¿Enjabonarse la cabeza?	42	79,2	8	15,1	3	5,7	0	0
¿Levantarse de una silla sin brazos?	28	52,8	16	30,2	8	15,1	1	1,9
¿Acostarse y levantarse de la cama?	25	47,2	18	34,0	8	15,1	2	3,8
¿Cortar una porción de carne?	44	83,0	6	11,3	2	3,8	1	1,9
¿Abrir un cartón de leche nuevo?	42	79,2	7	13,2	3	5,7	1	1,9

¿Servirse la bebida?	41	77,4	9	17,0	3	5,7	0	0
¿Caminar fuera de casa por un terreno llano?	34	64,2	12	22,6	4	7,5	3	5,7
¿Subir cinco escalones?	23	43,4	17	32,1	5	9,4	8	15,1
¿Lavarse y secarse todo el cuerpo?	39	73,6	9	17,0	4	7,5	1	1,9
¿Sentarse y levantarse del inodoro?	32	60,4	11	20,8	9	17,0	1	1,9
¿Ducharse?	36	67,9	8	15,1	5	9,4	4	7,5
¿Agarrar un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?	37	69,8	10	18,9	5	9,4	1	1,9
¿Agacharse y agarrar ropa del suelo?	26	49,1	13	24,5	12	22,6	2	3,8
¿Abrir la puerta de un coche?	41	77,4	9	17,0	3	5,7	0	0
¿Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?	31	58,5	16	30,2	6	11,3	0	0
¿Abrir y cerrar las	44	83,0	6	11,3	3	5,7	0	0

canillas?								
¿Hacer los recados y las compras?	14	26,4	14	26,4	13	24,5	12	22,6
¿Entrar y salir de un coche? (*)	19	36,5	25	48,1	6	11,5	2	3,8
¿Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?	11	20,8	14	26,4	16	30,2	12	22,6

(*) 52 de los 53 pacientes respondieron este ítems.

Los porcentajes más altos de acuerdo a la incapacidad de hacerlo se encontraron en: hacer los recados y las compras con un 22,6% (12), hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos en un 22,6% (12) y subir cinco escalones en un 15,1% (8).

DISCUSIÓN

Cómo se puede apreciar en los resultados el 75% de los pacientes encuestados presenta artrosis siendo la patología articular mas prevalente, afectando al 80% de la población mayores a 65 años. La sigue en frecuencia la artritis reumatoide con un 7.7%, siendo esta la segunda causa y con un 3.8% fibromialgia, presentándose como la 3 causa. Coincidiendo con la bibliografía citada en los últimos años. (1) (2) (3)

En relación a su calidad de vida nuestra población evidencia resultados de 6.2%; siendo 10 el máximo valor, y 1 el mínimo. Trabajos similares presentados por Vinaccia et al. en Colombia presentó una escala promedio mayor, mientras que estudios norteamericanas y anglosajona fue menor la calidad de vida en su trabajo.(4)

Por otro lado, analizando los valores de la subescalas, podemos afirmar que el puntaje más alto corresponde a la interacción social (haciendo referencia a las relaciones con familiares y amigos) 7,3 de promedio, seguido por la ayuda de familiares y vecinos con un promedio de 7,2. Estos datos se correlacionan con los hallados en Argentina en la ciudad de San Nicolás en el año 2008.(5) Sin embargo las diferencias marcadas en la población norteamericanas y anglosajona se siguen manteniendo. Al respecto, se ha encontrado que los pacientes con AR que tienen un alto nivel de satisfacción con respecto al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad Afflecket *al.*, (1988) y que es mas importante la percepción que tiene el paciente de lo adecuado del soporte social que el soporte que realmente recibe (Katz y Neugebauer, 2001). Es así como el impacto de las

enfermedades crónicas parece estar estrechamente vinculado a la situación social y cultural y económica de las personas con enfermedades crónicas incidiendo de manera diferencial en su calidad de vida. El apoyo social podría, entonces, ser considerado como un importante recurso de afrontamiento del estrés (Sandín, 2003). Un 43% de nuestra población estudiada estaban casados, con respecto al matrimonio existen un amplio número de estudios que muestran que estar casado es un predictor subjetivo de salud mayor que cualquier otra categoría de personas no casadas (Zung *et al.*, 1993). (6) (7) (8) (9)

Por otro lado, los puntajes más bajos correspondieron al dolor 5,4 y tensión nerviosa 5,6. El dolor, que si bien no fue constante, se manifestó intenso e incapacitante, y junto con la irritabilidad y alteraciones del humor son los aspectos que mas perjudicaron la calidad de vida de las personas. Estos datos confirman la jerarquía de las variables psicosociales en la manera en que las personas asumen su enfermedad y cómo estas afectan su calidad de vida. Las relaciones encontradas entre artritis y dolor confirman que el dolor es el síntoma mas importante en las enfermedades reumáticas y la causa fundamental por la que los pacientes buscan atención médica (Ballina, 2002)(10). Al igual que nuestro trabajo (Ryumachi *et al.*, 2002) menciona las siguientes variables que influyen en cuanto a la calidad de vida de los pacientes. En primer lugar destaca la incapacidad física y funcional, el dolor y el nivel de afectación, siendo a su vez las que acarrearán más costos médicos.(11)(12)

Con respecto a las actividades de la vida diaria los mas afectados fueron las siguientes: realizar las tareas de la casa como barrer o lavar los platos con un mayor porcentaje en mucha dificultad e incapaz de hacerlo. Otra de las

Calidad de vida en pacientes con diagnósticos de enfermedades reumatológicas 25

actividades más afectadas fue hacer los recados y las compras y actividades como subir 5 escalones. Esto pueden deberse al dolor producido por las afecciones reumatológicas. Bassolset al., Breivik et al., y Smith et al., (13, 14, 15) quienes reportaron que el dolor crónico afectaba al paciente de manera significativa en su actividad física. Estos hallazgos coinciden también con lo reportado por otros investigadores, señalaron que el dolor es un grave problema de salud pública, y su inadecuado manejo puede tener graves efectos adversos en el estado físico, psicológico y emocional de los pacientes lo que repercute en las actividades de la vida diaria y condiciona pérdidas económicas, laborales y sociales con trascendencia en una proporción significativa de la población. La AR genera varios procesos interactuantes, por un lado la inflamación, el dolor, la pérdida del movimiento articular y la deformidad producen la discapacidad que, por otro lado, ocasiona la pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria, como son las tareas de la casa, afecta en mayor o menor grado, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas lo que significa para cualquier persona la pérdida de independencia económica y de roles sociales.(16) (17)(18) El incremento en la severidad de los síntomas de la enfermedad (cambio biológico) puede producir incrementos en la ansiedad, depresión y desesperanza, y afectación en la habilidad para trabajar o realizar las actividades domésticas (cambios sociales) y puede incrementar el dolor y la incapacidad.(19)

Nuestra población un 90% son jubilados, por lo que no se puede evaluar lo laboral, si coincide con la afección en las tareas domésticas. Hay que tener en cuenta que más de la mitad de los pacientes vive acompañado, debiéndose a la dificultad e incapacidad y problemas que presentan para realizar las tareas

domesticas y las compras.(20)

CONCLUSIÓN

- Los resultados encontrados en el presente estudio indican que los participantes del mismo tienen una aceptable calidad de vida.
- Los encuestados presentaron una mayor calidad de vida en las subescalas de interacción social, ayuda social, habilidades físicas, salud y estado de animo.
- Las subescalas que más afectaron la calidad de vida de los pacientes fueron las de dolor y tensión nerviosa y su artritis.
- Las actividades mas afectadas fueron las tareas de la casas como barrer o lavar los platos, otra fue hacer los recados y las compras, debido al dolor crónico que producen estas patologías.
- La elección de realizar el trabajo fue porque son patologías crónicas muy frecuentes, que llevan a un deterioro en la calidad de vida de estas personas, afectando las tareas cotidianas, las relaciones con sus familiares, debido a su dolor articular y su tensión nerviosa.

BIBLIOGRAFÍA

(1) Ministerio de Salud (2009). *Guía Clínica Tratamiento Médico en personas de 55 años y mas con Artrosis de Cadera y/o rodilla, Leve o Moderada*. Chile, Santiago, Minsal.

(2) Woolf AD, Pfleger B. (2003) *Burden of mejor musculoskeletal conditions*. Bull WorldHealthOrgan. 81:646-56.

(3) Peña, O. (2013) *fibromialgia*. Recuperado el 30 de Julio del 2013 de <http://www.webconsultas.com/fibromialgia/recomendaciones-para-la-fibromialgia-554>.

(4) Vinaccia, S., Tobón, S., Moreno, E., Cadena, J y Anaya, J. (2005) *Evaluación de calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide*. International Journal of Psychology and PsychologicalTherapy. 1, 47-61.

(5) Capriotti, A (2008) *Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide*. Trabajo Final Carrera de Medicina. Universidad Abierta Interamericana, Rosario, Argentina .

(6) Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., Fifiocol, J. y Rowc, J. (1988). *Social support and psychosocialadjustmenttorheumatoidarthritis*. *ArthritisCareResearch*, 1, 71-77.

(7) Katz, P.P. y Neugebauer, A. (2001). *Doessatisfactionwithabilitiesmediatetherelationshipbetweentheimpact of rheumatoidarthritis on valuesactivities and depressivesymptoms?ArthritisRheumatism*, 45, 263-269

(8) Sandín, F. (2003). *El estrés: un análisis basado en el papel de los factores sociales*. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 3,

141-157.

(9) Zung, W., Broodheal, E. y Roth, M. (1993). *Prevalence of depressive symptoms in primary care. Family Practice, 37, 337-338.*

(10) Ballina, F. (2002). Medición de la calidad de vida en la artritis reumatoide. *Revista Española de Reumatología, 29, 56-64.*

(11) Ryumachi, H., Yoshida, S., Moroi, Y., Akizuki, M., Kondo, H., Tsuboi, S., Fujimori, J. Hoshi, K., Ishihara, Y., Kutsuna, T., Shiino, Y., Nishibayahi, Y. y Sato, H. (2002). *A multicenter cross-sectional study on the health related quality of life of patients with rheumatoid arthritis using a revised Japanese version of the arthritis impact measurement scales version 2 (AIMS 2), focusing on the medical care costs and their associative. Multicenter Study 42, 23-39.*

(12) Vinaccia, S., Cadena, J. Juárez, F., Contreras, F., Anaya, J. (2004) *Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide? International: Journal of Clinical and Health Psychology, 4: 91-103*

(13) Bassols, A., Bosch, F., Campillo, M. y Baños, J. (2003) *El dolor de espalda en la población catalana. Prevalencia, características y conducta terapéutica. Gac. San. 17: 97-107.*

(14) Breivik, H., Collect, B., Ventafridda, V., Cohen, R. y Gallacher, D. (2005) *Survey of chronic pain in Europe: Prevalence, impact on daily life, and treatment. Eur. J. Pain. 0: 287-333.*

(15) Smith, B., Elliott, A., Chambers, W., Cairns, S., Hannaford, P. y Penny, K. (2001) *The impact of chronic pain in the community. Fam. Practice. 3: Calidad de vida en pacientes con diagnósticos de enfermedades reumatológicas 30*

292-299.

(16) López B, Rincón H, Castellanos J, González H. (1993) *El perfil de minusvalía como la medida de calidad de vida en pacientes reumáticos*. Rev Col Reum.1:91.

(17) Sandín B. (1999) *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas*. Madrid: Klinik.

(18) González Rendón, C., Moreno Monsiváis, G. (2007) *Manejo del dolor crónico y limitación en las actividades de la vida diaria*: Sociedad Española Dolor. 6:422-427.

(19) Chico Capote, A., Alberteries, L., Estévez, M., García Viniegras, C., Pernas González, A. *Factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con artritis reumatoide*. Servicio de Reumatología. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". La Habana, Cuba.

(20) Saaibi, D. (2002) *Calidad de vida y discapacidad física*. Revista colombiana de Reumatología. Asociación Colombiana de Reumatología. 9;4 281-286.

ANEXOS

MARCO TEÓRICO

ARTROSIS

La artrosis es una patología articular degenerativa caracterizada por alteraciones en la integridad del cartílago y el hueso subcondral. Puede ser primaria o secundaria a diversas enfermedades, pero tiene manifestaciones clínicas, radiológicas y patológicas comunes. Su patogenia es compleja: factores genéticos, metabólicos y locales interactúan ocasionando un proceso de deterioro del cartílago, con reacción proliferativa del hueso subcondral e inflamación de la sinovial. En el momento actual se considera la artrosis un grupo heterogéneo de procesos, con aspectos comunes y diferenciales, pronóstico variable y posibilidades reales de tratamiento.

Es la patología articular más prevalente. Según la OMS, la artrosis afecta al 80% de la población mayor de 65 años en los países industrializados. En España, la mayor prevalencia de artrosis se encuentra entre el grupo de edades de 70 a 79 años. La prevalencia es mayor en las mujeres a partir de los cincuenta y cinco años, siendo antes de los cincuenta similar en ambos sexos.

La expresión clínica es muy variable dependiendo la articulación afectada y el momento de la evolución. El síntoma fundamental es el dolor crónico, que empeora con la actividad y mejora con el reposo. El dolor del paciente con artrosis se debe a inflamación de estructuras periarticulares, aumento de presión intraósea, alteraciones perióstica, sinovitis o contracturas musculares. La rigidez articular, generalmente de corta duración y limitación funcional son

también síntomas característicos. La crepitación de la articulación es probablemente el signo más indicador de artrosis, especialmente el de rodilla. La articulación puede ser dolorosa a la palpación y en algunos casos puede apreciarse un derrame articular. Cuando el proceso degenerativo evoluciona, podemos observar deformidad de la articulación y limitación progresiva de la flexión pasiva.

En la radiografía hay pérdida localizada del espacio articular, esclerosis del hueso subcondral, proliferación osteofítica y quistes subcondrales son los signos radiológicos habituales en la artrosis. En la fase avanzada de la enfermedad es posible ver deformidad de la articulación, colapso óseo y cuerpos libres intrarticulares. La correlación entre manifestaciones clínicas las alteraciones radiológicas no es buena y depende en gran medida de la articulación afectada.

Las manifestaciones clínicas y radiológicas descritas permiten el diagnóstico de artrosis. Las determinaciones de laboratorio son normales en la artrosis primaria y sólo puede resultar de utilidad para el diagnóstico de algunas artrosis secundarias. Otras técnicas de imagen como la ecografía, la gammagrafía o la resonancia nuclear, así como la artroscopia, pueden aportar datos importantes en el proceso de diagnóstico diferencial o en la valoración de las complicaciones de la artrosis. El colegio Americano de Reumatología ha establecido los criterios para la clasificación de las artrosis de rodilla, mano y cadera.

MANO dolor en la mano junto con, al menos, 3 de los siguientes:

- Engrosamiento de estructuras óseas de más de 2 a 10 articulaciones seleccionadas, 2 y 3, IFPs, 2 y 3 IFDs y trapeciometacarpiana de ambas manos.

- Engrosamiento de estructuras óseas de 2 o más IPDs.
- Menos de 3 MCFs con tumefacción.
- Deformidad de, al menos, 1 de 10 articulaciones seleccionadas, 2 y 3 IFPs, 2 y 3 IFDS y trapeciometacarpiana de ambas manos.

CADERA dolor de cadera junto con, al menos, 2 de los siguientes

- VSG menor o igual 20 mm/hs
- Radiografías con osteofitos
- Radiografías con estrechamiento del espacio articular

RODILLA dolor en la rodilla junto con 3 de los siguiente:

- Edad mayor 50 años
- Rigidez matutina menor 30 minutos
- Crepitación en la movilización activa de la rodilla
- Dolor a la palpación del hueso
- Engrosamiento de estructuras óseas en la exploración
- No aumento de temperatura cutánea en la rodilla.

No tiene curación definitiva, y los tratamientos se dirigen a reducir el dolor y mejorar la función articular afectada.

ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide es una enfermedad articular inflamatoria crónica de etiología desconocida. Afecta de forma simétrica y centrípeta las articulaciones sinoviales aunque también a otros órganos, por lo que se considera una enfermedad sistémica.

La inflamación sinovial persistente destruye el cartílago articular, provoca erosiones en las epífisis óseas y en fases avanzadas deforma las articulaciones y causa impotencia funcional; en algunos casos graves disminuye la esperanza de vida. A pesar de su capacidad lesiva articular, la evolución de la enfermedad es variable y su espectro clínico muy amplio. Dada su heterogeneidad clínica, se ha propuesto denominarla más como un síndrome que como una enfermedad.

La enfermedad tiene una distribución universal. La prevalencia oscila entre el 0,3 y el 1,2%; la población africana y asiática ostentan las cifras más bajas, mientras que algunas tribus de indios americanos y esquimales más altas. En España la prevalencia es del 0,5%, similar a los de otros países europeos. Predomina en mujeres sobre los varones en una proporción 3:1 y en áreas urbanas sobre rurales su incidencia anual se estima en unos 25 casos por cada 100000 habitantes. Se presenta a cualquier edad, pero es más prevalentes entre la cuarta y sexta décadas de la vida.

La causa de la artritis reumatoide es desconocida. Se acepta que sobre una base genética, que constituye aproximadamente un 60% del riesgo a padecer la enfermedad, actuarían uno o distintos antígenos ambientales

desencadenantes con resultado final de una reacción inflamatoria, perpetuada por mecanismos autoinmunitarios.

En la mayoría de los casos, el comienzo de la enfermedad predominan las manifestaciones articulares, a las que pueden asociarse otros signos y síntomas generales como astenia, anorexia, pérdida de peso y febrícula. Desde las primeras semanas la artritis interresa a una o varias articulaciones de manera simultánea o aditiva y, de forma lenta y progresiva, van sumándose más articulaciones a las inicialmente afectadas. La distribución inicial suele ser en las pequeñas articulaciones de las manos, especialmente metacarpofalángicas e interfalángicas proximales, muñecas, metatarsfalángicas de los pies y rodillas, de forma bilaterales y simétrica; en las extremidades el patrón aditivo suele ser de forma centrípeta. La rigidez matutina al levantarse de la cama o después de un periodo de inactividad, especialmente si se prolonga más de una hora. En pacientes ancianos suelen iniciarse de forma aguda en grandes articulaciones rizomiélicas (hombros y caderas) simulando una polimialgia reumática. Otras veces tienen un comienzo agudo en forma de poliartritis, tendosinovitis del carpo, formas asimétricas, reumatismo palindrómico con crisis monoarticulares recurrente. Excepcionalmente tiene un inicio extraarticular en forma de nódulos reumatoides, afección pulmonar intersticial, pleuritis o pericarditis u otras manifestaciones extraarticulares.

Clínicamente, la sinovitis se manifiesta como dolor con la presión y movilización, tumefacción articular a expensas de la inflamación e hipertrofia sinovial y acumulo de líquido articular, aumento del calor local sin enrojecimiento y disminución de la movilidad articular. Con la persistencia de la

artritis aparece debilidad y atrofia muscular de forma precoz; en las manos es característica la atrofia de músculos interóseos y en las rodillas de los cuádriceps. La inflamación de las vainas tendosinoviales flexoras del carpo origina compresión del nervio mediano y es causa de un síndrome del túnel carpiano. Después de las muñecas y pequeñas articulaciones de las manos, es muy constante la artritis de metatarsofalángicas y rodillas, seguidas en orden de frecuencia por los tobillos, hombros, codos, caderas, temporomandibulares, esternoclaviculares y acromioclavicular.

En fases avanzadas, si el tratamiento ha sido incapaz de modificar y controlar la artritis, aparecen las deformidades articulares como consecuencia de la destrucción del cartílago y epífisis articulares, alteraciones ligamentosas y tendinosas, atrofia muscular, retracción capsular, contracturas y subluxaciones.

En las manos son características las siguientes deformidades articulares: a) Desviación cubital de los dedos, b) Dedos en cuello de cisne, c) Dedos en ojal, d) Pulgar en z. Las muñecas adoptan una actitud en flexión. El codo adopta también una actitud en flexión y el hombro sufre una subluxación craneal. El pie suele perder los arcos de la bóveda plantar por hundimiento del tarso, ensanchamiento del metatarso y subluxación de las cabezas de los metatarsianos; las deformidades de los dedos consisten en hallux valgus, dedos en martillos y desviación peroneal; la consecuencia final es un pie plano y valgo. Las rodillas adoptan actitud de flexión, presentan inestabilidad lateral y anteroposterior y deformación en valgo o varo. Con frecuencia se detecta la presencia de un quiste de Baker en el hueco poplíteo. La afección de la cadera es muy dolorosa e invalidante y determina una actitud en flexión. Las

articulaciones temporomandibulares compromete la abertura bucal y la cricoaritenoides produce dolor y disfonía.

La astenia, anorexia y pérdida de peso son frecuentes desde las primeras fases de la enfermedad. La fiebre está presente en casos de inicio agudo y cuando surgen complicaciones sistémicas como serositis, vasculitis o infección articular o en otra localización. La pérdida de peso y la atrofia muscular conducen a la caquexia reumatoide, a la que contribuyen las dos principales citosinas implicadas en la enfermedad, el TNF alfa y la IL-1.

Los Nódulos reumatoides aparecen en un 20-30% de los casos, habitualmente en pacientes con enfermedad grave y factor reumatoide positivo. Son subcutáneos y se localizan en zonas de roce o presión como el olécranon, tendones de la mano, dorso del pie, tendón de Aquiles, rodilla y también en sacro, omoplatos. Suelen ser indoloros, de consistencia firme, móviles o adheridos a planos profundos. Pueden desaparecer espontáneamente o con el tratamiento.

Las manifestaciones pulmonares predominan en varones y consisten en pleuritis, nódulos reumatoides, enfermedad pulmonar intersticial, bronquiolitis obliterante y vasculitis pulmonar. El derrame pleural unilateral o bilateral, es la complicación más frecuente.

Las manifestaciones cardíacas, la pericarditis se detecta en un 30% de los pacientes mediante ecografía y hasta un 50% en necropsias, aunque habitualmente sea asintomática; excepcionalmente evolucionan a una pericarditis constrictiva crónica o taponamiento cardíaco. Se han descrito miocarditis, nódulos valvulares y aortitis.

La vasculitis reumatoide es indistinguible de la vasculitis necrosante de la PAN. Ocurre en pacientes varones con enfermedad erosiva avanzada, nódulos, títulos altos de factor reumatoide e hipocomplementemia y denota peor pronóstico. Las manifestaciones clínicas varían en función de los vasos afectados, aunque suelen manifestarse como úlceras cutáneas profundas, gangrena digital, mononeuritis múltiple, infarto intestinal o en cualquier otra localización corazón, hígado, bazo, páncreas, testículos.

Complicaciones más frecuentes a nivel ocular son, la queratoconjuntivitis seca como componente del síndrome de Sjogren asociado a la enfermedad. La episcleritis es transitoria y benigna. Sin embargo, la escleritis se manifiesta con dolor intenso, lagrimeo y enrojecimiento ocular, puede evolucionar hacia una escleromalacia perforante y complicarse con endoftalmitis, glaucoma y pérdida de la visión del ojo. Se asocia a vasculitis y es indicativa de enfermedad grave.

Las manifestaciones del sistema nervioso central son debidas a la compresión bulbar por luxación atlantoaxoidea o mielopatía por espondilitis cervical. Provocan cuadriparesia espástica, trastornos sensitivos desencadenados con los movimientos de la cabeza, alteraciones esfinteriana, pérdida brusca de conciencia y presencia de signos de Babinski. La afección del sistema nervioso periférico es debida a neuropatía por compresión secundaria a artritis o tenosinovitis, deformidad articular o nódulos. Suelen interesar a los nervios mediano (síndrome del túnel carpiano), tibial posterior (síndrome del túnel tarsiano) y cubital (artritis del codo). Otra complicación es la polineuropatía y mononeuritis múltiple secundaria a vasculitis; se manifiesta

con dolor neurítico, parestesias, parálisis, amiotrofia y arreflexia en distintos territorios, según el nervio afectado.

La anemia es una manifestación muy común en la artritis reumatoide. La trombocitosis y eosinofilia son indicativas de enfermedad activa. Se conoce como síndrome de Felty la asociación de artritis reumatoide, neutropenia y esplenomegalia.

La amiloidosis es una complicación tardía, debida al depósito extracelular de material proteico autólogo, insoluble y resistente a la proteólisis.

Las complicaciones renales debido a la propia enfermedad son raras. Son más frecuentes las alteraciones intrínsecas al tratamiento con AINE, o la toxicidad por sales de oro, ciclosporina y la nefropatía por analgésicos, además de la amiloidosis ya mencionada.

Las comorbilidades son osteoporosis y riesgo a infecciones de todo tipo.

Aunque no existe ninguna prueba diagnóstica específica para la artritis reumatoide, en aproximadamente dos de cada tres pacientes se detecta factor reumatoide. Se considera positivo un valor superior a 40 UI/mL.

Los anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados constituyen un marcador diagnóstico y pronóstico de la enfermedad. Al igual que el factor reumatoide pueden detectarse años antes del inicio de la artritis. Aunque la sensibilidad de este marcador es similar al de factor reumatoide, posee una mayor especificidad, y es útil para predecir la evolución de las artritis de inicio (indiferenciadas)

Los anticuerpos antinucleares, generalmente de patrón homogéneo, son positivos en el 25% de los pacientes, pero los anticuerpos antiAND son negativos. Se han descrito otros muchos anticuerpos como anticitoplasma de neutrófilo, anticardiolipina, antiSa, pero no son determinantes del diagnóstico ni del pronóstico como los dos primeros mencionados.

En la enfermedad activa, la VSG está elevada, así como otros reactantes de inflamación aguda como PCR, fibrinógeno y trombocitosis, además de la anemia ya mencionada. El líquido sinovial es de tipo inflamatorio, translúcido y poco viscoso, estéril y sin microcristales.

En las fases iniciales de la enfermedad la radiología no aporta datos relevantes para el diagnóstico. La inflamación sinovial y la presencia de líquido articular se traduce en un aumento del tamaño y una mayor densidad de las partes blandas periarticulares. Con la persistencia de la artritis aparece osteoporosis en las epífisis óseas y más adelante, cuando el pannus inflamatorio sinovial invade el borde osteocartilaginoso, se originan erosiones y pérdida de la línea cortical subcondral y, progresivamente, disminución del grosor del espacio articular como traducción de la destrucción del cartílago. En fases avanzadas, las imágenes osteolíticas progresan hasta interesar a toda la epífisis articular y aparecen subluxaciones. La destrucción ósea y la alteración capsular y ligamentosa origina pérdida de la alineación ósea. Las erosiones son mucho más evidentes en las pequeñas articulaciones de manos y pies y se detectan hasta en un 70% de los enfermos al cabo de los 2 o 3 primeros años de evolución de la enfermedad.

La ecografía detecta sinovitis y erosiones de forma temprana. Se recomienda su empleo cuando la exploración clínica no permite aseverar la presencia de signos inflamatorios articulares. Con la RM también pueden identificarse sinovitis, tendosinovitis, erosiones y edema óseo; se recomienda su empleo cuando se considere que su información vaya a tener relevancia clínica.

Según American Rheumatism Association reviso en 1987 unos criterios de clasificación, que combinan síntomas, signos, datos de laboratorio y pruebas de imagen. (tabla). Su sensibilidad alcanza casi el 95% y su especificidad el 90%.

Criterios de clasificación para la artritis reumatoide de la American Rheumatism Association revisados en 1987

- RIGIDEZ MATUTINA: rigidez matutina articular que dure como mínimo 1 hora antes de la máxima mejoría.

- ARTRITIS DE 3 O MAS ARTICULACIONES: artritis simultanea de tres o más áreas articulares, definida como hinchazón de tejidos blandos o presencia de liquido sinovial (la deformación no es valida), observada por un médico. Los 14 grupos articulares sujetos a valoración son: interfalángicas proximales de la mano, metacarpofalángicas, muñeca, codos, rodillas, tobillos y metatarsofalángicas, del lado derecho e izquierdo.

- ARRITIS DE LAS MANOS: artritis de las articulaciones de las manos por hinchazón en al menos una de las siguientes áreas articulares: muñecas, metacarpofalángicas o interfalángicas proximales.

- **ARTRITIS SIMÉTRICAS:** hinchazón simultánea de las mismas áreas articulares en ambos lados del cuerpo.

- **NÓDULOS REUMATOIDES:** nódulos subcutáneos, sobre prominencias óseas o en las superficies de extensión o en regiones yuxtaarticulares, observados por un médico.

- **FACTOR REUMATOIDE SÉRICO:** demostración de títulos elevados del factor reumatoide en suero, determinado por cualquier método cuyo resultado sea positivo.

- **CAMBIOS RADIOGRÁFICOS:** alteraciones radiográficas típicas de artritis reumatoide observados en la radiografías de manos y muñecas; incluyen erosiones y signos de osteoporosis articular o periarticular en articulaciones afectadas.

Para clasificar un paciente como artritis reumatoide debe cumplir como mínimo cuatro de los siete criterios y los cuatro primeros deben estar presentes como mínimo durante 6 semanas.

Los objetivos del tratamiento son aliviar el dolor, disminuir la inflamación, prevenir la destrucción articular, mantener la capacidad funcional y controlar las complicaciones sistémicas. Como cualquier otra enfermedad crónica, es imprescindible obtener la máxima colaboración del enfermo para alcanzarlos. Para ello es básico que este comprenda la naturaleza crónica de la enfermedad, el carácter paliativo y no curativo del tratamiento e informarle de que a pesar de que el pronóstico no es necesariamente malo, puede haber secuelas invalidantes o complicaciones debidas a la propia enfermedad o a los fármacos administrados.

El reposo articular disminuye la intensidad de la artritis, pero no debe ser prolongado para evitar la rigidez. Debe combinarse con el ejercicio articular, dirigido a preservar la movilidad, mantener el tono muscular, evitar atrofia y prevenir deformidades y actitudes viciosas; no debe provocar fatiga ni aumentar el dolor. Ambos, reposo y ejercicio, deben combinarse adecuadamente y adaptarse a cada enfermo.

Se utilizan cuatro grupos principales de fármacos: AINE y coxibs, fármacos modificadores del curso de la enfermedad, fármacos biológicos inhibidores de citosinas y glucocorticoides.

FIBROMIALGIA

La fibromialgia es una entidad patológica que hoy en día plantea a la medicina más interrogantes que respuestas. Existen numerosos estudios clínicos que avalan todo tipo de teorías sobre el origen, factores desencadenantes y la sintomatología de la fibromialgia. Sin embargo, ninguno de estos estudios ha proporcionado a los pacientes un tratamiento eficaz.

Tradicionalmente se considera que el musculo es el órgano diana de la fibromialgia. Asimismo, que se estima que el dolor muscular se acompaña de una clínica variada. La consecuencia de estas consideraciones es que la fibromialgia se considere una enfermedad multisistémica y de mecanismos etiopatológicos oscuros, de forma que su tratamiento actual es sintomático inespecífico y claramente insatisfactorio para los pacientes.

Existen dos grandes síntomas propios de la fibromialgia:

Dolor generalizado: es el síntoma principal, fluctuante en gravedad. Su presencia es esencial para el diagnóstico. Las zonas que provocan más dolor subjetivo son el área lumbar y cervical, los hombros y las caderas. La intensidad del dolor en todos los estudios es muy alta.

Sensibilidad dolorosa: se produce cuando se palpan localizaciones específicas de músculos y tendones, llamados puntos sensibles.

Cuadro asténico: fatiga sin causa que la justifique, cansancio sobre todo matutino, astenia para realizar ejercicios o trabajos sencillos, cansancio crónico.

Disautonomía: o síntomas producidos por la disfunción del sistema nervioso autónomo o vegetativo: es muy frecuente y se manifiesta en forma de hipotensión ortostática, taquicardia postural ortostática, sensación de mareo o inestabilidad con los cambios posicionales, o hiperactividad del sistema simpático (temblor, hipersudoración)

Rigidez matutina: menos intensa que la producida por la artritis reumatoide, aunque puede prolongarse 1 hora o más.

Sueño no reparador: el patrón habitual del sueño está alterado por la irrupción frecuente de las ondas alfa sobre las ondas delta, características del sueño profundo reparador, trastorno denominado sueño alfa-delta, no exclusivo de la fibromialgia.

Cardiorespiratorios: hipotensión crónica, palpitaciones o precordalgia atípica y prolapso de la válvula mitral asintomática.

Gastrointestinales: dificultades en la deglución, pirosis o colon irritable o dolor abdominopélvico.

Osteomusculares: síndrome del túnel carpiano, dolor facial y de la articulación temporomandibular, hiperlaxitud articular.

Mentales: trastornos psicológicos (depresión, ansiedad, hipocondrías) trastornos cognoscitivos. (dificultad para concentrarse, lapsos de memoria, dificultad para recodar palabras o nombres).

Genitourinarios: vejiga irritable y dismenorrea, síndrome premestruar, síndrome uretral.

Neurológicos: sensación de mareo o inestabilidad mal definidos, parestesias, cefalea tensional o difusa, síndrome de las piernas inquietas.

Otros: fenómeno de Raynaud, capacidad funcional disminuida, tumefacción subjetiva, rinitis crónica, síndrome de Sjogren.

Síntomas clínicos fundamentales para el diagnóstico de la fibromialgia

Dolor(100%)

Rigidez (78-84%) matutina o posreposo

Alteraciones del sueño (56-72%)

Fatiga (57-92%)

Parestesias (puede ser el inicio)

Criterios diagnósticos

el diagnóstico se basa en un examen clínico de los síntomas del paciente. No se puede ser diagnosticada a través de pruebas de laboratorio. El Colegio Americano de Reumatología estableció los criterios diagnósticos, son:

- Dolor músculo-esquelético crónico y difuso en cada uno de los cuadrantes del cuerpo (arriba y debajo de la cintura, y a ambos lados del cuerpo) durante más de 3 meses.

- Ausencia de otra enfermedad que pudiera ser la causa del dolor subyacente (ejemplo: artritis reumatoide, trastornos tiroideos, lupus, etc).

- Presencia de dolor al tacto en por lo menos 11 de los 18 puntos sensibles.

Los criterios de CAR han sido muy útiles, puesto que han permitido definir mejor la fibromialgia y detectar a los enfermos. Sin embargo, actualmente se están revisando, ya que además del dolor óseo-muscular crónico generalizado se deben valorar y todos los otros síntomas que acompañan a la enfermedad:

- Debilidad generalizada, dolores musculares y articulares difusos.
- Frecuente rigidez en la planta de los pies.
- Alteraciones del sueño
- Fatiga matutina y durante el día
- Rigidez matutina, en general de forma leve
- Cefaleas
- Sensación de entumecimiento y hormigueo de una extremidad y sensación de tumefacción.
- Colon irritable
- Vejiga irritable

- Otros síntomas frecuentes dolor de cabeza, la caída del cabello, calambre de las extremidades.

Hoy en día no existe un tratamiento definitivo que cure la fibromialgia. El propósito del tratamiento es controlar los síntomas. Ningún medicamento funciona igual en todos los casos, por lo que su administración debe efectuarse de forma individualizada.

Los AINE han resultado ser poco efectivos para el tratamiento de la fibromialgia. El tramadol asociado con el paracetamol muestra efectos beneficiosos en el control del dolor. Los opiáceos deben administrarse únicamente para tratar el dolor muy severo y durante poco tiempo.

ARTRITIS PSORIÁSICA

La Artritis psoriásica es una artropatía, casi siempre seronegativa (ausencia del factor reumatoide), que se manifiesta en pacientes con psoriasis. La prevalencia de la psoriasis en la población general es del 2-3%, mientras que la frecuencia de artritis en pacientes con psoriasis es muy variable entre el 6 y 42%. Afecta con igual frecuencia a varones que mujeres. Puede iniciarse en cualquier época de la vida, aunque su pico máximo es en la cuarta década.

No existe ninguna prueba de laboratorio que ayude al diagnóstico. Puede observarse un incremento de los reactantes de fase aguda como la velocidad de sedimentación (VSG) o la proteína C reactiva (PCR) durante los periodos de brote. Estos marcadores, pueden ser normales en las formas axiales o en las formas oligoarticulares que afectan a pequeñas articulaciones. El factor

reumatoide es característicamente negativo. Los anticuerpos frente a proteínas citrulinadas, los marcadores serológicos más específicos de la artritis reumatoide, se observan solo en un 5% aproximadamente de pacientes. El líquido sinovial es de tipo inflamatorio y sin ninguna característica diferencial.

Las imágenes radiológicas de la artritis psoriásica, la ausencia de osteoporosis periarticular, las erosiones asociadas a cambios proliferativos la anquilosis y la asimetría son rasgos más característicos.

Todas las zonas de la columna pueden verse afectadas en una artritis psoriásica, pero la localización más común (20-40%) son las articulaciones sacroiliacas. La afectación suele ser bilateral, pero con tendencia a la asimetría o incluso unilateral. La otra característica radiológica son los sindesmofitos; estos suelen ser de distribución asimétrica y de localización paramarginal. La epifisitis y osteítis de los cuerpos vertebrales, la imagen en "caña de bambu", la discitis y fusión de las articulaciones interapofisarias son manifestaciones radiológicas menos frecuentes en la espondilitis psoriásica que en idiopática.

El diagnóstico es clínico. Se han propuesto unos nuevos criterios diagnósticos para artritis psoriásica (grupo CASPAR)

Patologías articulares (inflamación articular periférica, vertebral o de las entesis) junto o con los siguientes:

- Psoriasis: actual (2), historia de (1), historia familiar de (1)
- Distrofias ungueal (1)
- Factor reumatoide negativo (1)
- Dactilitis: actual (1), historia (1)

- Radiografías (pie o mano) con formación de nuevo hueso yuxtaarticular(1)

Criterio de clasificación del 2006 para artritis psoriásica, en paciente debe tener patologías articulares y 3 puntos de las restantes categorías, las puntuaciones asignadas figuran entre paréntesis. La especificidad de los criterio es de 96.7% y su sensibilidad del 91.4%.

RIZARTROSIS

Se define la rizartrrosis como una alteración degenerativa de la articulación trapeciometacarpiana (TMC), caracterizada por abrasión, deterioro progresivo de las superficies articulares y neoformación ósea en las mismas. La importancia de esta patología radica en el déficit funcional que ocasiona y en su elevada frecuencia. La prevalencia de rizartrrosis en este grupo de población, de edad media de 64 años, en el 33%. De este 33%, sólo un tercio presenta un cuadro doloroso en la base del pulgar. En lo que se refiere a incidencia en varones, la rizartrrosis es un cuadro menos frecuente (proporción hombres-mujeres de 1:10) que se suele diagnosticar en edades en torno a los 50 años. Así, pues, la rizartrrosis es un proceso que afecta fundamentalmente a mujeres posmenopáusicas, y es considerada actualmente como la artrosis del miembro superior que mayor número de procesos quirúrgicos origina.

En su etiología se ha intentado implicar diversos factores, traumatismos o trabajos de fuerza, se hayan podido relacionar de forma concluyente. Algunos autores implican una transmisión genética con un agravamiento debido al sobrepeso y otros la relacionan con la hiperlaxitud de la articulación.

El síntoma que más frecuentemente que motiva la consulta es el dolor difuso en la base del pulgar, localizado en la inserción del abductor pollicislongus (APL) o en la cara dorsal del ángulo que forman el primer y segundo metacarpiano. El paciente suele manifestar que el dolor se le irradia hacia el antebrazo y que está provocado por determinadas maniobras (coser, retorcer paños, girar llaves, pulsar botones, etc.), acompañando el cuadro con pérdida progresiva de fuerza.

En ocasiones, lo que motiva la consulta es la deformidad del pulgar acompañada de incapacidad funcional. Se trata de casos muy evolucionados y en los que los síntomas dolorosos suelen ser escasos al estar la movilidad muy disminuida por anquilosis articular.

En la inspección se observa frecuentemente una prominencia dorsal en la base del primer metacarpiano, atribuible a subluxación, sinovitis reactiva o a la existencia de calcificaciones pericapsulares. También es posible evidenciar deformidades asociadas, tales como desviación del eje del primer metacarpiano en aducción e hiperextensión compensadora de la articulación metacarpofalángica (MCF).

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Farreras, R. (2009). *Medicina Interna*. Farreras, Rozman. Medicina Interna. Elsevier. Desimosexta edición 1, 7: 1009- 1016.
 - (2) Sociedad Española de reumatología. *Manual SER de las enfermedades reumáticas*. Medica Panamericana. Quinta edición. 4: 215-219.
 - (3) Sociedad Española. *Artrosis, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento*. Medica Panamericana. 6: 65- 71
 - (4) AyánPerez. *Fibromialgia: diagnóstico y estrategias para su rehabilitación*. Medica panamericana. 12: 11- 22
 - (5) Vinaccia, S., Tobón, S., Moreno, E., Cadena, J y Anaya, J. (2005) *Evaluación de calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide*. International Journal of Psychology and PsychologicalTherapy. 1, 47-61.
 - (6) Capriotti, A (2008) *Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide*. Trabajo Final Carrera de Medicina. Universidad Abierta Interamericana, Rosario, Argentina.
 - (7) López B, Rincón H, Castellanos J, González H. *El perfil de minusvalía como la medida de calidad de vida en pacientes reumáticos*. Revista Colombiana de Reumatología 1993; 1: 91.
 - (8) Vinaccia, S., Cadena, J. Juárez, F., Contreras, F., Anaya, J. (2004)*Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide?International: Journal of Clinical and HealthPsychology*, 4: 91-103.
- Calidad de vida en pacientes con diagnósticos de enfermedades reumatológicas 52

- (9) Robbins, Cotran. *Patología Estructural y Funcional*. Elsevier. Madrid. Séptima edición; 26: 1309-1317.
- (10) Bongu A., Chang E., Ramsey Goldman R. (2002) *Can morbidity and mortality of SLE be improved? Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 16:313-332.
- (11) Cecil, et. al. (2002) *Tratado de medicina interna*. 21 ed. México: Editorial Interamericana. 2250p.
- (12) Duró Pujol. (2010) *Reumatología Clínica*. Elsevier. 520p.
- (13) Hochberg, K. (2008) *Rheumatology*. Mosby. Cuarta edición. 1072p.
- (14) Aigner T, McKenna L. (2002) *Molecular pathology and pathobiology of osteoarthritic cartilage*. Cell Mol Life Sci. 59(1):5–18.
- (15) García Consuegra Molina J. (1999) *Lupus eritematoso sistémico*. Manual Práctico de Reumatología Pediátrica. Editorial mra SL.
- (16) Ballina García F., Lascuevas M., García I., Hernández R., Cueto Espinar A. (1995) *La fibromialgia*. Revisión clínica. Revista Clínica Española 195:326-31.
- (17) Rivera J., Alegre C., Ballina FJ., Carbonell J., Carmona L., Castel B, et al. (2006) *Documento de consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre la fibromialgia*. Reumatol Clin. 2:S55–66.
- (18) Gelman S, Lera S, Caballero F, López M. (2002) *Tratamiento multidisciplinario de la fibromialgia*. Estudio piloto prospectivo controlado. Revista Española Reumatología. 29:323-9.
- (19) López Pousa S., Lombardía C., Ortega E., Novell R. (2002) *Eficacia de un fármaco GABAérgico (Gamalate-B6) sobre la calidad de vida de*

los enfermos con fibromialgia. Psiquis. 23:31-8.

(20) LópezFerrer A., Torrente Segarra V., Puig L. (2010) *Revisión: Artritis psoriásica: lo que el dermatólogo debe saber (Parte 1)*. Actas Dermosifiliogr. 101(7):578– 584.

(21) Soriano E., Rosa, J., Velozo, E., et al. (2006) *Incidence and Prevalence of PsoriaticArthritis (PsA) in a Health Management Organization (HMO) in Argentina*. ArthritisRheum.

(22) Rolla AR. (2012) *Psoriasis, artritis psoriásica, obesidad y diabetes tipo 2*. Revista ArgentinaReumatobgia. 23(3):46-51.

(23) Maldonado Ficco H., Citera G., Porrini A., Maldonado Cocco JA. (2012) *Prevalencia de artropatía psoriásica en pacientes con psoriasis cutánea, de acuerdo a nuevos criterios de clasificación*. Revista ArgentinaReumatologia. 23(3):24-30.