

artículo original

Características clínicas y demográficas de sujetos con patologías reumáticas ingresados a rehabilitación: estudio descriptivo retrospectivo

Julia Abudarham, Sofía Anabela Dilascio, Sabrina Gallo, Marcia Daiana Kramer, Mariano Maiarú, Marco Ostolaza, Cecilia Mariel Sanchez Correa

Instituto de Rehabilitación Psicofísica.
Echeverría 955. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

RESUMEN

Palabras clave:

enfermedades reumáticas, artritis reumatoidea, rehabilitación, terapia física, estudio epidemiológico.

Antecedentes: Las enfermedades reumáticas (ER) son afecciones que comprometen al sistema musculoesquelético y existen más de 100 tipos. Los autores de este estudio no encontramos antecedentes que describan características de los sujetos con ER admitidos en un servicio de rehabilitación en Argentina.

Objetivo: Describir y analizar una muestra de sujetos con ER ingresados en el Servicio de Kinesiología del Instituto de Rehabilitación Psicofísica (I.Re.P.) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires entre enero de 2010 y diciembre de 2015.

Materiales y método: El diseño fue descriptivo, retrospectivo. Se registraron los datos de sujetos con ER ingresados a rehabilitación. Las variables clínicas demográficas fueron extraídas de fichas kinésicas e historias clínicas.

Resultados: 377 sujetos ingresaron al Servicio de Kinesiología. El 79,6% eran mujeres con una mediana de 55 años. Del total de sujetos, 65% tenían Artritis Reumatoidea (AR). El 24,6% correspondían a la clase funcional (CF) I, 54,4% a la II, 17,3% a la III y el 3,7% a la IV. El 18% de los sujetos concurren a la sesión inicial con dispositivo de asistencia para la deambulacion.

Conclusión: Este es el primer estudio en describir y analizar a sujetos con patologías reumáticas que ingresan a rehabilitación en Argentina.

ABSTRACT

Key words:

rheumatic disease, rheumatoid arthritis, rehabilitation, physical therapy, epidemiological study.

Background: Rheumatic diseases (RD) are those conditions that compromise musculoskeletal system and there are more than 100 types. The authors of this study did not find antecedents describing characteristics of subjects with RD admitted in a rehabilitation service in Argentine.

Objective: To describe and analyze a sample of patients with RD admitted to Service of Kinesiology of "Instituto de Rehabilitación Psicofísica (I.Re.P.)" of the Autonomous City of Buenos Aires during January 2010 to December 2015.

Materials and methods: The study design was descriptive, retrospective. Data patients with RD admitted to rehab was registered. Clinic and demographic variables analyzed were taken from kinesiology records and medical records of the institution.

Results: 377 patients were admitted to Service of Kinesiology. 79.6% were women with a mean of 55 years of age. From the total of patients, 65% suffered from Rheumatoid Arthritis (RA). 24.6% of the patients belonged to the functional class (FC) I, 54.4% to FC II, 17.3% to FC III and 3.7% to FC IV. 18% of the patients attended the initial session with an assist device for wandering.

Conclusion: This is the first study to describe and analyze patients with rheumatic pathologies admitted to rehabilitation in Argentina.

Correspondencia

E-mail: julia_abudarham@hotmail.com

Introducción

Entendemos por enfermedades reumáticas (ER) a aquellas afecciones que comprometen de forma aguda o crónica al sistema musculoesquelético, es decir, que afectan a los huesos, las articulaciones, los músculos y el tejido conectivo, pero que no son consecuencia de traumatismos recientes. Los síntomas más comunes son el dolor y la inflamación articular. Estas, a su vez, generan diversos grados de discapacidad modificando y deteriorando la calidad de vida del paciente¹.

Existen más de 100 patologías reumáticas incluyendo condiciones degenerativas, tales como las Osteoartritis (OA), y condiciones inflamatorias, como la Artritis Reumatoidea (AR), el Lupus Eritematoso Sistémico, la Gota, la Esclerodermia, la Artritis Idiopática Juvenil (AIJ), las Espondiloartropatías, entre otras². Si bien algunas pueden presentarse en forma autolimitada y leve, generalmente son enfermedades crónicas que causan limitación funcional en la realización de actividades, principalmente de movilidad¹, así como también restricción en la participación en ámbitos familiares, sociales, laborales o de ocio, desde el marco de referencia conceptual propuesto por la Organización Mundial de la Salud en la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)³.

Si bien existen estudios epidemiológicos en las ER en nuestro país, los mismos se han llevado a cabo a fin de establecer la prevalencia e incidencia en grandes muestras como la de pacientes con AR⁴⁻⁶. Los autores del presente estudio no hemos encontrado antecedentes en la literatura científica de trabajos que describan cuáles son las características de la población de pacientes con patologías reumáticas admitidos en un servicio de rehabilitación en Argentina. Debido al amplio espectro de las ER y su variada forma de presentación, es necesario conocer datos sobre el perfil clínico, así como también características

relacionadas con discapacidad de los sujetos que ingresen a un servicio de rehabilitación de un centro de referencia argentino. Consideramos que este tipo de información podría ser de gran utilidad para los profesionales de la salud abocados a la planificación de políticas sanitarias enfocadas en la prevención como en la rehabilitación de pacientes con ER en Argentina.

Por lo tanto, el objetivo del presente estudio es describir y analizar una muestra de sujetos con enfermedades reumáticas ingresados en el Equipo de Reumatología del Servicio de Kinesiología del Instituto de Rehabilitación Psicofísica (I.Re.P.) de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires durante el período de enero de 2010 a diciembre de 2015.

Materiales y método

El diseño del estudio fue descriptivo, retrospectivo y transversal.

Se registraron los datos de todos los sujetos con patologías reumáticas ingresados al Equipo de Reumatología del Servicio de Kinesiología del I.Re.P. para iniciar rehabilitación ambulatoria durante el período de enero de 2010 a diciembre de 2015. Todos estos sujetos se encontraban en tratamiento y seguimiento por el Servicio de Reumatología de la institución. Los datos recolectados fueron volcados en una planilla de Excel del paquete Microsoft Office 2010. Ningún dato de filiación de los sujetos fue registrado, por lo tanto, no existe forma de vincular los datos tabulados con un sujeto en particular y fue aceptado por el Comité de Ética en Investigación del I.Re.P. que aprobó la realización del presente estudio.

Los datos de las variables clínico demográficas recolectados y analizados fueron extraídos de las fichas kinésicas utilizadas en el servicio y, cuando faltaba información en éstas, se recurrió a las historias clínicas de la institución. Las variables incluidas fueron el sexo, la edad, el diagnóstico médico, el tiempo de

Tabla 1. Diagnósticos de sujetos ingresados, su frecuencia y tiempo de evolución.

Diagnóstico	n=377	Porcentaje (%)	Hombres (n y %)	Mujeres (n y %)	Tiempo de evolución ^a
AR	245	65,0	38 (15,5)	207 (84,5)	84 (144)
EA	28	7,4	18 (64,3)	10 (35,7)	144 (180)
AIJ	27	7,2	5 (18,5)	22 (81,5)	180 (240)
Osteoartritis	14	3,7	1 (7,1)	13 (92,9)	72 (96)
AP	9	2,4	4 (44,4)	5 (55,6)	120 (156)
LES	9	2,4	0 (0)	9 (100)	264 (264)
Fibromialgia	9	2,4	0 (0)	9 (100)	84 (144)
Dermatomiositis	6	1,6	1 (16,7)	5 (83,3)	35 (155,3)
Gota	4	1,1	3 (75)	1 (25)	228 (384)
Polimiositis	3	0,8	2 (66,7)	1 (33,3)	6 (114)
Esclerodermia	3	0,8	0 (0)	3 (100)	24 (216)
Síndrome de Sjögren	2	0,5	0 (0)	2 (100)	144 ^b
Artrogrifosis	1	0,3	1 (100)	0 (0)	300
Enfermedad de Paget	1	0,3	1 (100)	0 (0)	96 ^b
Artropatía de Jaccoud	1	0,3	0 (0)	1 (100)	24 ^b
Otros diagnósticos	15	4	3 (20)	12 (80)	45 (48)

AR: Artritis Reumatoidea; EA: Espondilitis Anquilosante; AIJ: Artritis Idiopática Juvenil; AP: Artritis Psoriásica; LES: Lupus Eritematoso Sistémico.

^a Mediana y cuartil del tiempo de evolución en meses.

^b Debido a la baja n, no se evaluó el rango.

evolución de la patología al momento del ingreso a kinesiología y la presencia o ausencia de manifestaciones articulares y extraarticulares^{7,8}. También se registró el índice de actividad de la enfermedad calculado con el Disease Activity Score 28 (DAS28), clasificándolo según la puntuación en: <2,6 remisión clínica; >2,6 a ≤3,2 baja actividad; >3,2 a ≤5,1 moderada actividad y >5,1 alta actividad^{9,10}. La clase o estado funcional (CF) se obtuvo en base a los criterios de Steinbrocker revisados por la American College of Rheumatology¹¹.

La medicación prescrita se clasificó en antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y analgésicos, corticoides, drogas modificadoras de la artritis reumatoidea (DMAR) y agentes biológicos¹². Además, se tuvo en cuenta si el sujeto utilizaba o no un dispositivo de asistencia para la deambulacion y qué tipo de asistencia era: bastón, muletas, bastones canadienses, andador o silla de ruedas. Por último, se registraron los antecedentes quirúrgicos, la medida de discapacidad funcional medida con el Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI)¹³ y dos medidas específicas para la EA, la Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index (BASDAI), para el nivel de actividad de la enfermedad¹⁴, y la Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index (BASFI), que tiene en cuenta la capacidad funcional del sujeto con EA¹⁵.

El procesamiento de los datos se realizó con los programas Microsoft Office Excel 2010 para Windows versión 8 y Statistix 8. Se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo. Las variables categóricas fueron expresadas como porcentaje y las numéricas, a través de su medida de tendencia central y su correspondiente medida de dispersión, dependiendo de la normalidad o no de su distribución, evaluadas con el Test de Shapiro-Wilk.

Resultados

Los sujetos con patologías reumáticas que fueron atendidos por el Servicio de Reumatología del I.Re.P. corresponden a un total de 5589 durante el período de enero de 2010 a diciembre de 2015. Sólo 454 sujetos fueron derivados para comenzar rehabilitación en el Servicio de Kinesiología de la institución durante el mismo período de tiempo. De este total, 377 sujetos (83%) concurren a la primera sesión de evaluación y los 77 restantes (17%) permanecieron ausentes, por lo tanto, sus datos no fueron analizados. De los sujetos ingresados, 300 eran mujeres (79,6%), con una mediana de 55 años de edad [rango intercuartil (Q): 20 años], y 77 eran hombres (20,4%), con una mediana de 51 años (Q: 20 años).

Se obtuvo la frecuencia de las distintas enfermedades reumáticas, así como también la mediana del tiempo de evolución de cada una (Tabla 1). Un 65% del total de los sujetos tenían AR, con una mediana de tiempo de evolución de la patología de 7 años (Q: 12 años). Con respecto a la CF, se recolectaron los datos de 272 sujetos (72,2%) del total de pacientes incluidos, evaluados en AR y en artritis idiopática juvenil (AIJ), donde se encontró que 67 (24,6%) correspondían a la CF I, 148 (54,4%) a la CF II, 47 (17,3%) a la CF III y 10 (3,7%) a la CF IV. En cuanto a las manifestaciones articulares y extraarticulares presentes al ingreso, las articulares se hallaron en el 89,7%, seguidas por las musculares (33,4%), las oculares (14,9%) y las neurológicas (10,3%). Por otro lado, del total de los sujetos, el 7,2% tenían una artroplastia de cadera, 3,4% tenían artroplastia de rodilla, 0,5% poseían ambos tipos de reemplazos y 1,1% presentaban alguna cirugía en columna

Tabla 2. DAS 28 en AR.

Actividad de la enfermedad	N = 167	Porcentaje (%)
Remisión	30	18
Baja	25	15
Moderada	71	42,4
Alta	41	24,6

Tabla 3. Sujetos con AR que utilizan dispositivo de ayuda para la deambulacion.

Tipo	n = 46	Porcentaje (%)
Bastón	29	63
Muletas	0	0
Canadienses	4	8,7
Andador	4	8,7
Silla de ruedas	9	19,6

vertebral. Los medicamentos que los sujetos con AR tenían prescritos al momento del ingreso a rehabilitación fueron: un 60,4% AINE/analgésicos, un 57,1% DMAR, un 33% corticoides y un 18% biológicos.

El índice de actividad de la enfermedad (DAS28) se obtuvo en el 68,2% de los sujetos con AR (Tabla 2). En cuanto a la medida de discapacidad HAQ-DI, se pudo obtener resultados del 63,7% de los sujetos con AR dando una mediana de 1,4 (Q: 1,3). En los pacientes con EA, la media en el BASDAI fue de 4,5 [Desvío estándar (DS): +/- 2,3] y en el BASFI, fue de 4,8 (DS: +/- 2,9).

Analizando el total de sujetos con patologías reumáticas que utilizaban un dispositivo de asistencia para la deambulacion, se encontró que 68 sujetos (18%) concurren a la sesión inicial con algún tipo de estos. El 56,7% de los pacientes utilizaban bastón, 17,9% silla de ruedas, 11,9% bastones canadienses, 10,4% andador y 2,9% muletas. De todos los sujetos con AR, 46 (18,8%) utilizaban algún tipo de dispositivo, principalmente bastón (63%) (Tabla 3). Por último, se relacionó el nivel de actividad de sujetos con AR con la utilización de dispositivos de ayuda para la deambulacion y se observó que un 13,3% correspondían a remisión clínica, un 16% a baja actividad, un 16,9% a moderada y un 14,6% a alta actividad.

Discusión

Este es el primer estudio que describe una muestra de sujetos con enfermedades reumáticas ingresados a un servicio de rehabilitación en Argentina, dando un perfil de sus principales características clínicas y demográficas.

Los resultados analizados en el presente estudio evidencian que los sujetos con AR fueron los más derivados a rehabilitación en el Equipo de Reumatología del Servicio de Kinesiología, siendo un 65% del total de sujetos ingresados en el período de 2010 a 2015. Esta prevalencia elevada con respecto a las demás patologías reumáticas derivadas, como la EA (7,4%) o la AIJ (7,1%) se puede entender si se observa cómo es la distribución de la prevalencia de las distintas patologías reumáticas en la

población en general. Según el Manual de la Sociedad Española de Reumatología, la enfermedad reumática más prevalente en la población mundial es la OA, pero en este estudio no resultó ser la patología más derivada debido a que estos sujetos suelen ser admitidos en otros equipos del servicio. Siguiendo el orden de prevalencias en que se presentan las distintas patologías reumáticas a nivel mundial, continúa la AR que afecta entre el 0,3% y el 1,2% de la población dependiendo de las regiones en que ha sido estudiada. Luego se encuentran las Espondiloartropatías Seronegativas y entre ellas la EA es la más prevalente, como se mostró también en el presente estudio, seguida por la Artritis Psoriásica. Con respecto a las colagenopatías, la prevalencia de éstas suele ser aún menor^{16,17}.

El mayor porcentaje de sujetos con AR eran mujeres (84,5%), similar a lo que fue informado en un estudio de prevalencia en un hospital universitario de la Ciudad de Buenos Aires donde el porcentaje de mujeres con AR fue de 85,4%. En cuanto al porcentaje de sujetos con EA, el 64,3% eran hombres, coincidiendo con la relación hombre:mujer reportada en la literatura¹⁸.

Al analizar los resultados del DAS28 de la muestra de sujetos con AR, se pudo observar que la mayoría, 112 (67,1%), tenían un nivel de actividad de la enfermedad de moderado a alto.

Otro dato de relevancia hallado en los resultados del presente estudio fue que, en la muestra de sujetos con AR, la mediana del HAQ-DI dio un valor de 1,38 (Q: 1,3) encontrándose por encima del corte establecido que refleja enfermedad severa cuando el HAQ es >1,25¹⁹. La mediana de la muestra de pacientes ingresados a rehabilitación también supera el corte (HAQ \geq 0,87) establecido por Hogrefe y cols. para predecir discapacidad laboral²⁰.

La clase funcional (CF) en el presente artículo fue evaluada tanto en AR como en AI; si bien no existe bibliografía que detalla su uso en esta última, se han reportado casos donde se utiliza como herramienta de medición²¹. Comparando la CF de los sujetos con AR con la utilización de dispositivos de asistencia para la deambulación, se encontró que un 6,8% de los sujetos eran CF I, 7,5% CF II, 65,5% CF III y un 75% CF IV utilizaban algún tipo de dispositivo. Del mismo modo, observando los sujetos con AR que tenían un HAQ-DI por encima del punto de corte que refleja enfermedad severa, se halló que un 50,7% utilizaba un dispositivo de asistencia, en cambio, sólo un 9,9% de los que se encontraban por debajo de este punto de corte hacía uso de estos. Por el contrario, observamos que a medida que el nivel de actividad de la enfermedad aumentaba, no variaba el porcentaje de utilización de estos dispositivos para la deambulación.

Es importante considerar que el I.Re.P. es un centro de prevención terciaria, la cual tiene como objetivo prevenir los efectos, el agravamiento o las secuelas de la enfermedad ya establecida²². Esto puede ser una causa de que más de la mitad de los sujetos con AR ingresados al Servicio de Kinesioterapia tengan un valor del HAQ por encima del punto de corte para enfermedad severa y también un alto porcentaje de uso de dispositivos de ayuda para la marcha.

Como limitaciones de este estudio, consideramos que debido a la naturaleza retrospectiva de recolección de los datos no se pudo contar con la información completa de todos los sujetos incluidos, quedando algunas variables clínicas con datos faltantes. Además no se pudo determinar el tiempo de tratamiento de los sujetos debido a la falta de datos con respecto al alta kinésica. Tampoco se pudo establecer cuál fue el motivo de inasistencia a la primera sesión de rehabilitación de los 77 sujetos que fueron excluidos del análisis. Creemos que esta información faltante,

producto del diseño retrospectivo del estudio, sumado a otras variables de resultado, como el número de caídas, fatiga percibida por el sujeto y evaluaciones del equilibrio y la marcha o de discapacidad de miembro superior, podrían haber proporcionado una perspectiva más amplia del paciente reumático que fue derivado a rehabilitación. Por este motivo, se requiere realizar un estudio prospectivo en el cual se logre un mayor control de las variables a estudiar.

Conclusión

Este estudio ha logrado caracterizar el perfil de los sujetos con patologías reumáticas que ingresan a rehabilitación en un centro de referencia como el I.Re.P. Así como también se ha identificado el grado de discapacidad que presentan estos sujetos al momento de iniciar la terapia, información útil para planificar mejor la atención de futuros pacientes con ER. Además, la identificación de estas características puede ser la base para estudios poblacionales mayores que permitan orientar políticas sanitarias de prevención y/o rehabilitación, sumado a que pueda compararse con las características de otros servicios de rehabilitación nacionales y de otros países.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fernández FG. Concepto y clasificación de las Enfermedades Reumáticas. In: Cañete Crespillo JD et al, editors. Manual SER de las enfermedades reumáticas. Buenos Aires - Madrid: Médica Panamericana; 2008. p. 6-10.
2. Rheumatology.org. Disponible en: <http://www.rheumatology.org/I-Am-A/Patient-Caregiver/Diseases-Conditions>. [Actualizado 2016; citado 04 Mar 2016].
3. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health ICF. Geneva 2001. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/43360>. [citado 08 Mar 2016].
4. Spindler A, Bellomio V, Berman A, Lucero E, Baigorria M, et al. Prevalence of rheumatoid arthritis in Tucumán, Argentina. *J Rheumatol* 2002;29:1166-70.
5. Tan Di W, Vergara F, Bertiller E, Gallardo MA, Gandino I, et al. Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis in health management organization in Argentina. *J Rheumatol* 2016;43(7):1306-1311.
6. Scublinsky D, Venarotti H, Citera G, Messina OD, Scheines E, et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in Argentina: a capture-recapture study in a city of Buenos Aires province. *J Clin Rheumatol* 2010 Oct;16(7):317-21.
7. Salcedo M, Rodríguez Gil GF. Compromiso articular en la artritis reumatoidea. In: Cabrera R, editor. *Reumatología*. Argentina: Ediciones Azurras; 2010. p. 227-8.
8. Schneeberger EE. Artritis reumatoidea: Manifestaciones extraarticulares. In: Cabrera R, editor. *Reumatología*. Argentina: Ediciones Azurras; 2010. p. 234-49.
9. Prevoo ML, van't Hof MA, Kuper HH, van Leeuwen MA, van de Putte LB, et al. Modified disease activity scores that include twenty-eight-joint counts. Development and validation in a prospective longitudinal study of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1995 Jan;38(1):44-8.

10. Aletaha D, Ward MM, Machold KP, Nell VP, Stamm T, et al. Remission and active disease in rheumatoid arthritis: defining criteria for disease activity states. *Arthritis Rheum* 2005 Sep;52(9):2625-36.
11. Hochberg MC, Chang RW, Dwosh I, Lindsey S, Pincus T, et al. The American College of Rheumatology 1991 revised criteria for the classification of global functional status in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1992 May;35(5):498-502.
12. Sociedad Argentina de Reumatología. Disponible en: http://www.reumatologia.org.ar/docs/guias_sar_2013.pdf. [Citado 11 Mar 2016]
13. Citera G, Arriola MS, Maldonado-Cocco JA, Rosemffet MG, Sánchez MM, et al. Validation and crosscultural adaptation of an argentine spanish version of the health assessment questionnaire disability index. *J Clin Rheumatol* 2004 Jun;10(3):110-5.
14. Ariza-Ariza R, Hernández-Cruz B, Navarro-Sarabia F. La versión española del BASDAI es fiable y se correlaciona con la actividad de la enfermedad en pacientes con espondilitis anquilosante. *Rev Esp Reumatol* 2004;31(6):372-8.
15. Ariza-Ariza R, Hernández - Cruz B, Navarro - Sarabia F. Physical Function and Health- Related Quality of Life of Spanish Patients With Ankylosing Spondylitis. *Arthritis Care & Research* 2003 August;15; 49 (4):483-7.
16. Ortells C. Epidemiología de las Enfermedades Reumáticas. In: Cañete Crespillo JD et al, editors. *Manual SER de las enfermedades reumáticas*. Buenos Aires - Madrid: Médica Panamericana; 2008. p. 3-6.
17. Carmona L. Epidemiología de la artritis reumatoide. *Rev Esp Reumatol* 2002; 29(3):86-9.
18. Soriano ER, Carrió JH, Schpilberg M, Figar S, Imamura PM, et al. LJ: Incidence and prevalence of rheumatoid arthritis in health management organization in Argentina. [Poster] *Rheumatology* 2003;42 (Suppl1):130.
19. Hawley DJ, Wolfe F. Sensitivity to change of the health assessment questionnaire (HAQ) and other clinical and health status measures in rheumatoid arthritis: results of short-term clinical trials and observational studies versus long-term observational studies. *Arthritis Care Res* 1992 Sep;5(3):130-6. Erratum in: *Arthritis Care Res* 1992 Dec;5 (4):229. PubMed PMID: 1457487.
20. Hogrefe JF, Marengo MF, Schneeberger EE, Rosemffet M, Citera G, et al. Valor de corte de HAQ para predecir discapacidad laboral en pacientes con artritis reumatoidea. *Rev Argent Reumatol* 2007;18 (1):138.
21. Dewoolkar M, Cimaz R, Chickermane PR, Khubchandani RP. Course, Outcome and Complications in Children with Systemic Onset Juvenile Idiopathic Arthritis. *Indian J Pediatr* 2017 Apr; 84(4): 294-8.
22. Ruiperez Cantera I, Gómez Pavón J, Isach Comallonga M, Sepúlveda Moya D. Prevención de la enfermedad, la discapacidad y la dependencia. *Tratado de geriatría para residentes*. Editorial SEGG. Madrid 2006. Cap 5, p. 69-83.