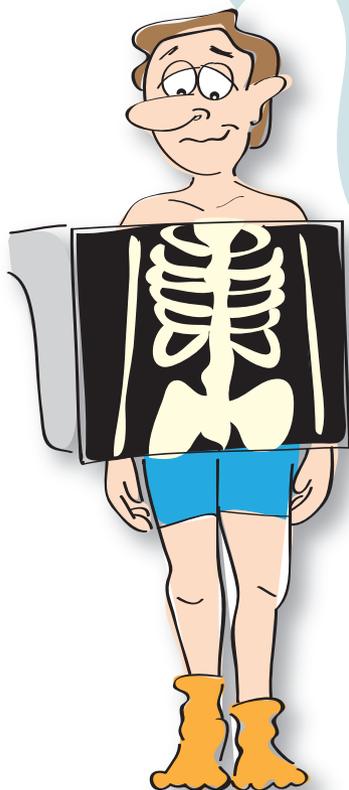
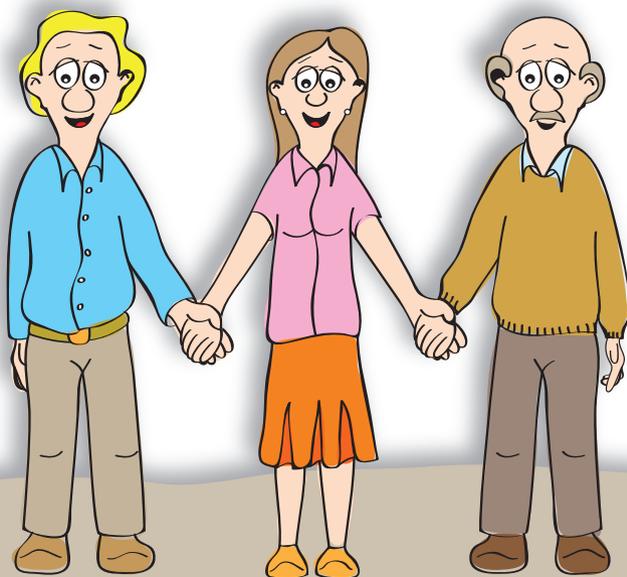


Enfermedades reumáticas: las preguntas de los pacientes



Declarado de Utilidad para los Pacientes Reumáticos por:

 **Sociedad Española de Reumatología**



**Enfermedades
reumáticas:
las preguntas de los
pacientes**

Diseño y Edición:

YOU & US, S.A. 2011

Ronda de Valdecarrizo, 41 A, 2.ª planta

Tel.: 91 804 63 33 - www.youandussa.com

Tres Cantos. 28760 Madrid

Diseño de portada y diagramación:

Equipo de Diseño YOU & US, S.A.

ISBN: 978-84-694-1919-9

DL: M-41152-2011

“Esta obra se presenta como un servicio a la profesión médica. El contenido de la misma refleja las opiniones, criterios, conclusiones y/o hallazgos propios de los autores, los cuales pueden no coincidir necesariamente con la opinión de los laboratorios propietarios/comercializadores de las correspondientes moléculas/productos. Algunas de las referencias que, en su caso, se realicen sobre el uso y/o dispensación de productos farmacéuticos pueden no ser acordes en su totalidad con la correspondiente Ficha Técnica aprobada por las autoridades sanitarias competentes, por lo que aconsejamos su consulta”.

Índice

Prólogo	5
Introducción	9
Cuestiones generales	21
• ¿Qué son las enfermedades reumáticas?	23
• ¿Son frecuentes las enfermedades reumáticas?	25
• ¿La artritis y la artrosis son la misma enfermedad?	29
• ¿Cuál es la causa de las enfermedades reumáticas?	39
• ¿Existen enfermedades reumáticas en la infancia?	43
• ¿Influye la herencia en las enfermedades reumáticas?	47
• ¿Cuáles son los síntomas de las enfermedades reumáticas?	51
• ¿Las enfermedades reumáticas son motivo de estar cansado?	53
• ¿Se pueden prevenir las enfermedades reumáticas?	55
• ¿Cómo se pueden mejorar estas enfermedades?	59
• ¿El frío es perjudicial en las enfermedades reumáticas?	63
• ¿A qué llamamos “brote” en las enfermedades reumáticas?	67
• ¿Qué médico me tiene que tratar?	69
• ¿Las enfermedades reumáticas pueden impedirme trabajar?	73
• ¿Cómo puedo proteger mis articulaciones?	77
• Si tengo una enfermedad reumática, ¿es peligroso que viaje?	81
• ¿Cómo es una consulta con un reumatólogo?	85
• ¿Es bueno hacer ejercicio si tienes una enfermedad reumática?	89
• ¿Es importante seguir una dieta en las enfermedades reumáticas? ...	91
Diagnóstico	95
• ¿Cómo se diagnostica una enfermedad reumática?	97

• ¿Qué estudios de imagen se utilizan con más frecuencia?	99
• ¿Dónde tengo que dirigirme cuando empiezo a notar algún síntoma reumático?	103
• ¿Es difícil diagnosticar las enfermedades reumáticas?	107
Tratamiento	111
• ¿Es peligroso abandonar la medicación?	113
• ¿Se pueden conseguir medicamentos en cualquier lugar de España?	115
• ¿Tenemos tratamientos curativos?	117
• ¿Qué tipo de ayudas técnicas puedo recibir?	121
• ¿Qué son los equipos multidisciplinares en las enfermedades reumáticas?	123
• ¿Por qué es tan difícil tratar el dolor?	125
• ¿Existe el peligro de la adicción en los tratamientos antirreumáticos?	127
• ¿Para qué sirven los tratamientos de las enfermedades reumáticas?	129
Evolución y calidad de vida	131
• ¿Qué importancia tiene el apoyo familiar?	133
• ¿Cómo afectan las enfermedades reumáticas a la sexualidad?	137
• ¿Reposo o ejercicio en las enfermedades reumáticas?	141
• ¿Qué son las terapias alternativas?	145
• ¿Son útiles los balnearios?	149
• ¿Puedo encontrar información en Internet?	151
• ¿Cuál es la evolución habitual de las enfermedades reumáticas?	155
• ¿Se pueden revertir estas enfermedades?	157
Páginas web	159
Glosario	161

Prólogo

Francisco Javier Ballina García

Servicio de Reumatología.

Hospital Universitario Central de

Asturias

Jesús Tornero Molina

Servicio de Reumatología.

Hospital Universitario de Guadalajara

Durante el último cuarto del siglo pasado, los reumatólogos hemos asistido en España a la aparición y desarrollo de las asociaciones de pacientes, es decir, agrupaciones de personas que padecen una determinada enfermedad o patología que se reúnen en busca de apoyo, mejor conocimiento de la enfermedad, y de influencia en la sociedad civil y en los poderes públicos, principalmente para llamar la atención y derivar recursos hacia su problemática de salud. Su creación se ha debido principalmente a la entrada en la escena de la Sanidad del “*enfermo-ciudadano-cliente*”, es decir, un paciente con un alto grado de preocupación por la salud y que se siente con derecho a elegir y a manifestar sus preferencias. Coincidentemente, los medios de comunicación se han aproximado con mayor profundidad a los temas sanitarios, que han pasado a ser uno de los aspectos de mayor interés para el ciudadano medio. Con mayor reticencia, los políticos también se han visto implicados en esta dinámica, principalmente por la dificultad de gestionar unos recursos limitados en un entorno de crecimiento del gasto por la expansión tecnológica y de tratamientos médicos.

Si bien existen casos paradigmáticos, como el de las asociaciones de pacientes reumáticos de Asturias –donde la demanda de asis-

tencia llevó a manifestaciones en los centros sanitarios y a una recogida de firmas que fue presentada en el Congreso de los Diputados—, en el momento actual muchas de las asociaciones de pacientes están funcionando únicamente como grupos de apoyo de sus asociados. No obstante, es inevitable que la mayor preparación y concienciación de sus dirigentes, y el aumento del número de asociados, haga que en el próximo futuro sean un colectivo con una influencia creciente en la toma de decisiones de las Administraciones Sanitarias y de los demás actores del Sistema Sanitario (médicos, enfermería, farmacéuticos, industria sanitaria). Por otra parte, actualmente las asociaciones están muy fragmentadas con la consiguiente diversificación de fuerzas, pero ya han comenzado a crearse federaciones entre ellas que permitirán el desarrollo de un más sólido frente común capaz de vencer la rigidez de un sistema burocratizado.

Una de las solicitudes de los pacientes más frecuente en el porvenir será la necesidad de información. La opinión general de los propios pacientes es que existe un déficit general en el acceso a la información sobre salud, y también en el grado de comprensión de esta información. Los reumatólogos —y nuestras propias asociaciones, como la Sociedad Española de Reumatología— hemos de ser el agente fundamental en proporcionar a los pacientes información, contrastada y acreditada por nuestra condición de expertos en la patología del aparato locomotor. La información de salud ha de ser clara, inteligible y adaptada a la capacidad de entendimiento de los pacientes. Esto es especialmente importante en el momento actual, en que un cada vez mayor número de personas acceden a la información sanitaria a través de Internet, cuya calidad no está sujeta a ningún tipo de control ni garantía. La página web de la Sociedad Española de Reumatología y las de las sociedades regionales han de continuar mostrando documentos con la mejor información para pacientes en las enfermedades reumáticas, incluyendo los conocimientos que van apareciendo sobre las ventajas y los riesgos de las nuevas terapéuticas y tecnologías.

El libro que ahora presentamos, *"Enfermedades reumáticas: las preguntas de los pacientes"*, pretende estar en línea con las anteriores declaraciones. Se trata de un texto que contiene las preguntas elaboradas por los propios pacientes, y las respuestas que emiten diversos reumatólogos pertenecientes a la Sociedad Española de Reumatología y expertos en estos temas. Creemos que ha sido escrito con honestidad, claridad y aportando la mejor información disponible en el momento actual. Esperamos con ello contribuir a una mejor información sobre el reumatismo, su diagnóstico y su tratamiento, que sea útil para todos aquellos –pacientes y sus familiares– afectados por esta vieja plaga de las enfermedades reumáticas, tan antiguas como la propia humanidad, pero que en los últimos años parecen haber encontrado mejores perspectivas en su tratamiento y una esperanza en el futuro para los que las padecen.

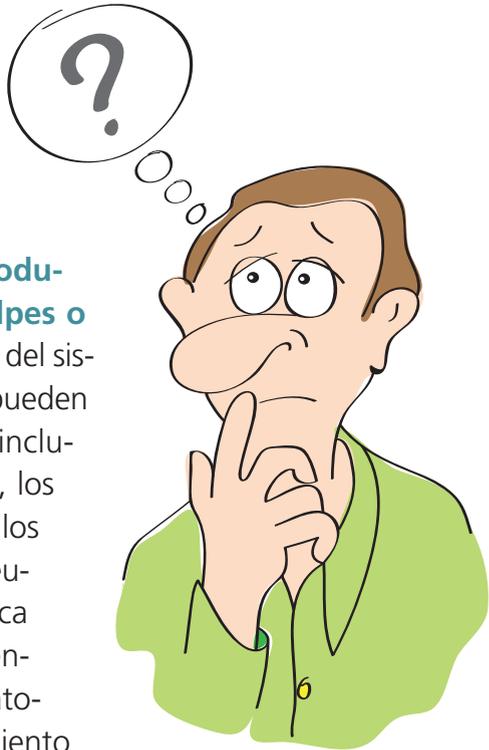
Por último, queremos agradecer a Pfizer S.L.U. su colaboración en la impresión y distribución de este documento.

Introducción

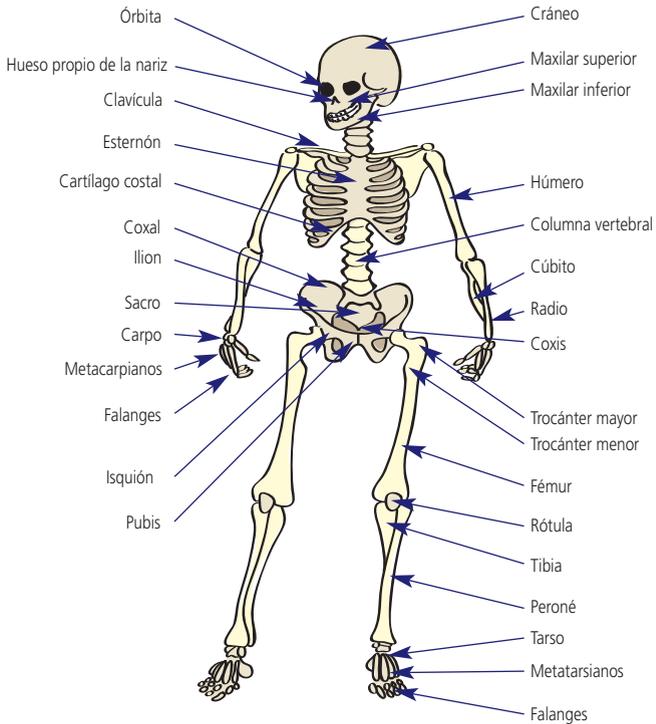
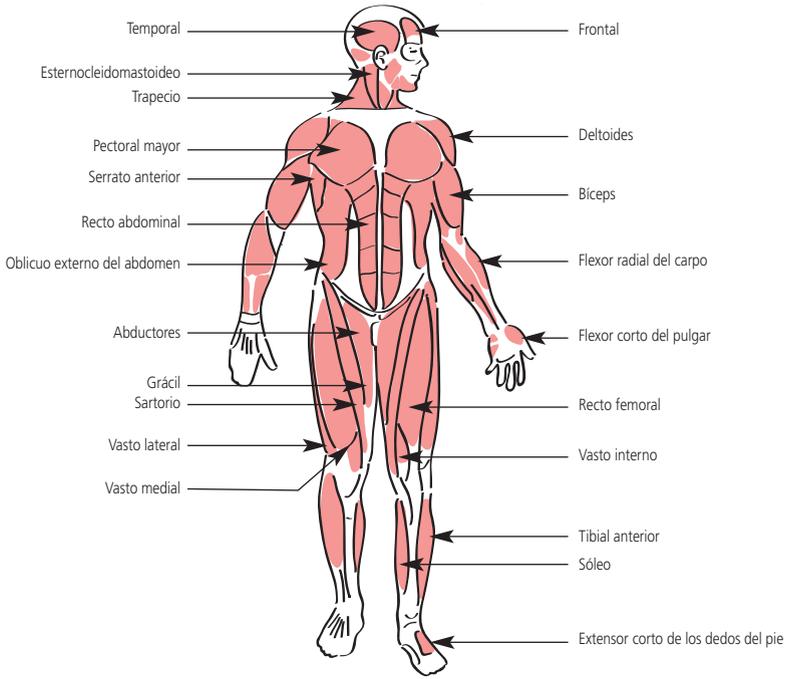
Jesús Tornero Molina
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario de Guadalajara

Francisco Javier Ballina García
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario Central de Asturias

Las enfermedades reumáticas son aquellas dolencias que afectan a las distintas estructuras del aparato locomotor y que no se producen como consecuencia de golpes o traumatismos. Los componentes del sistema musculoesquelético que se pueden lesionar en estas enfermedades incluyen los huesos, las articulaciones, los ligamentos, las bolsas sinoviales y los músculos, con sus tendones. La Reumatología es la especialidad médica que se ocupa del estudio de las enfermedades reumáticas; el reumatólogo es el médico cuyo entrenamiento y formación dirige su esfuerzo a la atención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas.



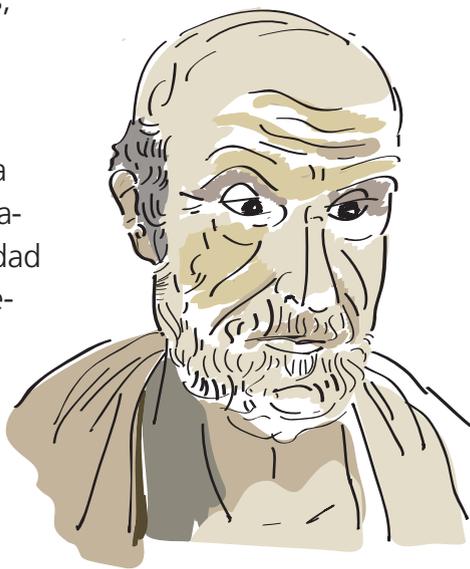
El término “reúma”, muy extendido en nuestro lenguaje coloquial, se debe utilizar para hacer referencia a cualquier trastorno



Sistema musculoesquelético.

de nuestros huesos, articulaciones, tendones y ligamentos, que no sea debido a la lesión de los mismos por un golpe. En sí, pues, la palabra reuma no es ningún diagnóstico concreto, sino que engloba a un amplio abanico de posibilidades diagnósticas. En efecto, existen más de 100 enfermedades reumáticas distintas. La artrosis, la gota, la artritis reumatoide, la osteoporosis y la fibromialgia son ejemplos bien conocidos de enfermedades reumáticas. Tampoco es cierta la creencia popular de que el reuma, o mejor dicho la enfermedad reumática, sea algo de mayores o ancianos. Hay enfermedades de este grupo que afectan a jóvenes e incluso a niños.

El conocimiento, en la Historia de la Medicina, de las enfermedades reumáticas es muy antiguo. Ya en los escritos de Hipócrates se hace referencia al "reuma" como un humor o líquido nocivo que podía fluir desde al cerebro hacia las articulaciones y producir dolor. La gota fue bien estudiada y descrita por Galeno. Se puede considerar como padre de la Reumatología moderna al médico francés Guillermo Baillou; este autor vivió en el siglo XVI y escribió un libro sobre el reumatismo y el dolor de espalda. Han sido, además, numerosos los personajes ilustres que a lo largo de la historia de la humanidad han padecido enfermedades reumáticas. Entre ellos merece la pena destacar al rey español Carlos I, cuyos ataques repetidos de gota y la imposibilidad de controlarlos adecuadamente le hicieron abdicar tempranamente en su hijo Felipe II, y retirarse a descansar al monasterio de Yuste, en Cáceres, donde murió. El pintor impresionista Renoir sufrió de artritis reumatoide y, a pesar de las deformidades que esta enferme-

*Hipócrates*

Carlos I en Yuste.



Renoir, enfermo reumático.



dad le ocasionó en las manos, siguió pintando con la maestría y dominio que hoy podemos contemplar en sus obras.

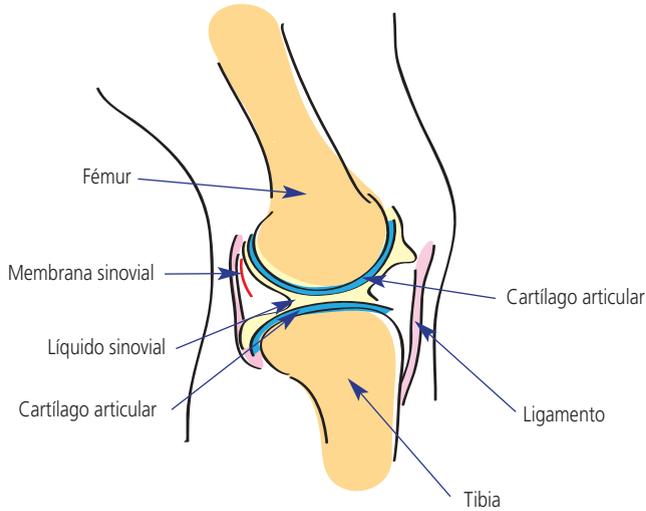
Las enfermedades reumáticas se cuentan entre las dolencias que con mayor frecuencia afectan a los seres humanos.

En el año 2000, la Sociedad Española de Reumatología realizó el estudio EPISER con el fin de conocer la frecuencia con que las enfermedades reumáticas afectaban a los españoles. Según los re-

sultados de esta encuesta nacional, el 18% de los españoles mayores de 20 años padecen algún trastorno reumático. La artrosis es la enfermedad reumática más frecuente en España; la artrosis de rodilla (o gonartrosis) afecta al 10% de los españoles mayores de 20 años, la de manos al 6%. El dolor lumbar puntual se observa en casi el 15%; la osteoporosis afecta al 3,4% y la fibromialgia, al 2,4%. Las enfermedades osteomusculares están relacionadas, además, con el 50% de las discapacidades laborales permanentes. Por todas estas condiciones, el reuma (o mejor dicho, la enfermedad reumática) constituye un problema sanitario de gran magnitud, por su notable impacto social y económico.

En un sentido amplio, el esqueleto está constituido por el conjunto de huesos, articulaciones y músculos que conforman el aparato locomotor. Son funciones del esqueleto: a) constituir la principal reserva corporal de sales minerales de calcio (tan importantes para regular el funcionamiento del cerebro, el corazón y el músculo); b) proteger a los órganos más nobles (corazón, pulmones, grandes vasos sanguíneos) del daño por heridas o traumatismos; c) permitir el movimiento y el desplazamiento del individuo, y su vida social y de relación.

Uno de los principales órganos donde asientan las enfermedades reumáticas es la articulación. La articulación está formada por la unión de dos huesos y permite la movilidad del esqueleto. Las estructuras que permiten esta unión son la cápsula articular y los ligamentos. En la parte interior de la cápsula, las articulaciones pueden presentar la membrana sinovial que segrega un fluido, el líquido sinovial, que actúa como lubricante facilitando, por su viscosidad, el roce de los extremos óseos que se articulan. Otro componente muy importante de las articulaciones es el cartílago articular, que recubre las superficies óseas articulares y actúa a modo de almohadilla en los movimientos de desplazamiento entre las mismas.



Articulación.

Los huesos, fuera de sus extremos articulares, constituyen, junto con los músculos y sus tendones, el resto de componentes del sistema. Las bolsas sinoviales tapizan y recubren el deslizamiento de los tendones en la vecindad del hueso, generalmente cerca del origen o la inserción de un músculo.

Cualquiera de estas estructuras de nuestro aparato locomotor puede sufrir una lesión y enfermar. Entre las causas más habituales de las enfermedades reumáticas se incluyen: a) las infecciones (bacterianas o virales); b) el depósito de cristales sobre las estructuras de nuestro sistema musculoesquelético: el urato y el pirofosfato forman cristales microscópicos que al depositarse sobre las articulaciones las inflaman (así sucede en la gota y la pseudogota, respectivamente); c) las agresiones al sistema que se producen como consecuencia de esfuerzos físicos deportivos, laborales o domésticos: constituyen una causa muy frecuente de lesión de tendones y ligamentos; d) el propio desgaste de las estructuras, que aparece como consecuencia de su uso repetido, puede alterar el metabolismo del cartílago ar-

ticular y desencadenar la artrosis o degeneración del cartílago articular.

Diferentes enfermedades reumáticas

Las artritis son procesos en los que se inflaman las articulaciones. Una parte importante de las mismas se produce como consecuencia de mecanismos que llamamos autoinmunes. En ellos, probablemente como consecuencia de la acción de un agente infeccioso sobre un organismo predispuesto genéticamente, se pone en marcha un proceso inflamatorio crónico con potencial erosivo y destructivo articular. El prototipo de esta situación sería la **artritis reumatoide**.

También son frecuentes las **artritis debidas al depósito de cristales microscópicos sobre las articulaciones. Así sucede, por ejemplo, en la gota.** Esta enfermedad conocida desde la antigüedad se caracteriza por la aparición de crisis inflamatorias muy agudas en el dedo gordo del pie, el tobillo o la rodilla, como consecuencia de la precipitación sobre las mismas, desde la sangre, de cristales de una sal del ácido úrico, el urato. Este compuesto forma a modo de agujas o alfileres que se clavan sobre la membrana sinovial y la inflaman.

La artrosis, por el contrario, es un proceso que conlleva el desgaste y degeneración articular, sin necesidad de que exista una inflamación. En la artrosis, el componente articular que inicialmente se lesiona es el cartílago

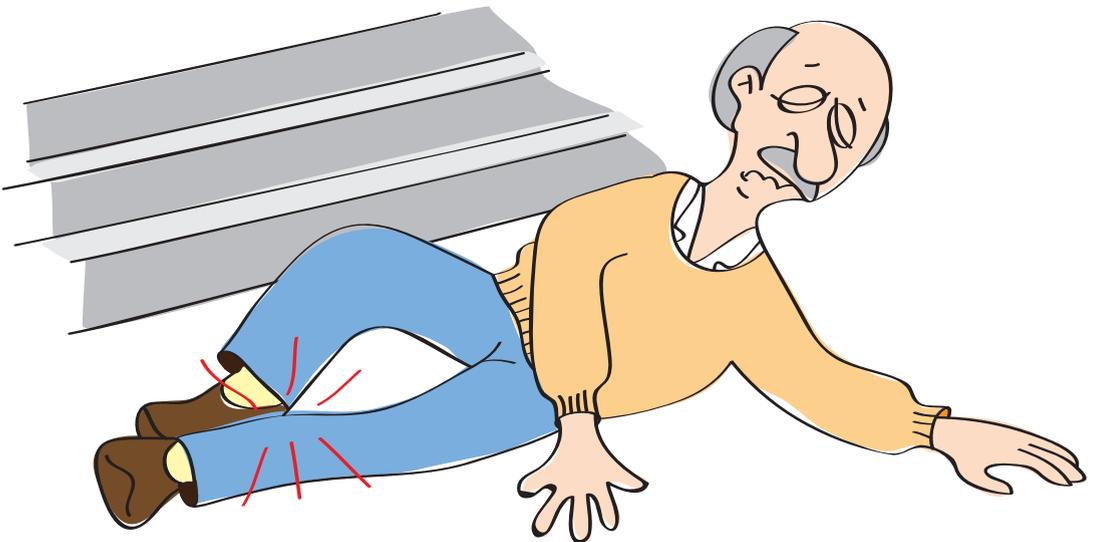


articular, mientras que en la artritis el proceso se origina a partir de la membrana sinovial.

Las enfermedades que afectan a los tendones son muy frecuentes. En regiones como el hombro, el codo o el tobillo, la causa más frecuente de dolor reumático a esos niveles son las llamadas tendinitis. En ellas los tendones se inflaman cerca de su inserción en el hueso, generalmente como consecuencia de microtraumatismos repetitivos, en esfuerzos físicos o por tareas laborales o domésticas repetidas.

La osteoporosis es la enfermedad ósea más frecuente. Se produce por la pérdida de masa ósea y la alteración de la disposición de las trabéculas óseas. Como consecuencia de ello, es decir, de la alteración de la cantidad y de la calidad del hueso, nuestro esqueleto se vuelve más frágil. Y aparecen las fracturas espontáneas o ante mínimos golpes o traumatismos (por ejemplo, caerse al suelo desde la posición de estar de pie).

La fibromialgia es una enfermedad frecuente que produce una alteración en la percepción del dolor y en la esfera psíquica de las personas que la padecen. Se suele asociar a fa-



tiga crónica, sueño no reparador y a dolores de cabeza y trastornos intestinales.

En general, los síntomas de presentación y curso de las enfermedades reumáticas incluyen el dolor, la rigidez y la pérdida de capacidad funcional. En algunas circunstancias puede producirse inflamación con aumento del tamaño de una articulación y elevación de la temperatura y enrojecimiento de la piel que la recubre. Si la inflamación afecta a muchas articulaciones o es muy intensa en una sola articulación, puede acompañarse de fiebre o febrícula, cansancio y pérdida de apetito. En algunas enfermedades reumáticas llamadas colagenosis pueden afectarse órganos internos como el pulmón, el corazón o el cerebro, y producirse sintomatología de estas vísceras.

Para el diagnóstico de los procesos reumáticos el médico cuenta, de entrada, con dos herramientas fundamentales: lo que el paciente refiere en su relato sintomático (espontáneo o dirigido) y lo que el galeno encuentra en el examen físico corporal. A partir de la información recogida de estas dos investigaciones, se planteará la solicitud de pruebas complementarias para el diagnóstico, como son determinados análisis de sangre, orina o del líquido sinovial, o las llamadas pruebas de imagen (radiografías, escáner, resonancias magnéticas).

Es preciso insistir en que estas últimas son un complemento o ayuda,



y se deben pedir guiados por los resultados de la historia clínica y la exploración. De no hacerlo así, se puede incurrir en un error diagnóstico. Esto es así porque en el organismo humano existen variantes de la normalidad o alteraciones anatómicas silentes y asintomáticas, en absoluto relacionadas (en ocasiones) con los síntomas y la verdadera dolencia del paciente.

Tratamiento

El tratamiento de las enfermedades reumáticas debe perseguir la curación de la enfermedad. A pesar de la actitud nihilista y pesimista con que se contempla muchas veces el reuma desde la perspectiva popular, hay que decir que esta creencia no se ajusta a la verdad. Hay enfermedades reumáticas que se curan; así sucede, por ejemplo, con las artritis infecciosas. Procesos que, en épocas no tan lejanas, constituían un problema de salud de primera magnitud como la tuberculosis osteoarticular o la fiebre de Malta, hoy día tienen un tratamiento antibiótico eficaz.

En otros trastornos, la curación no es posible porque no conocemos el agente responsable de su producción. Sin embargo, en muchas de estas situaciones, la investigación intensa desarrollada durante el siglo pasado y lo que llevamos de éste, ha permitido disecar y conocer cada vez mejor los mecanismos del daño corporal y las sustancias responsables del mismo. Ello ha posibilitado el desarrollo de medicamentos dirigidos contra estas sustancias que, aunque no curan la enfermedad, sí que permiten un control eficaz de su sintomatología.

Con este desarrollo tan reciente de los medicamentos antirreumáticos, los objetivos que se plantean en el tratamiento de la mayoría de las enfermedades reumáticas incluyen: **el control de los síntomas y alteraciones corporales que desencadena la enfermedad, la conservación o mejora de la capacidad funcional y el mantenimiento de la calidad de vida relacionada con la salud.**

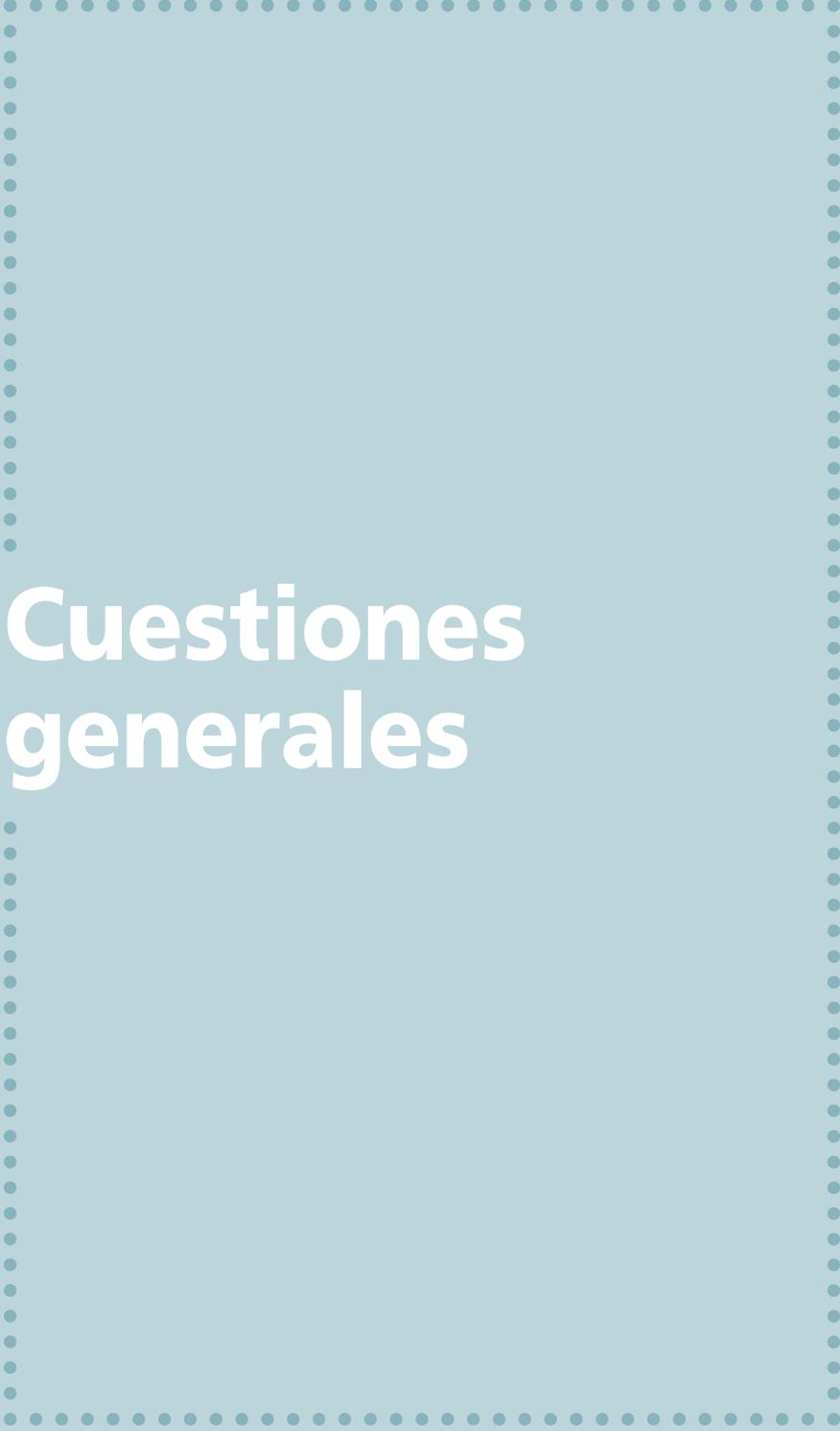
Las armas terapéuticas disponibles para conseguirlo no sólo incluyen los medicamentos; también es preciso utilizar con frecuencia la rehabilitación o terapia física, el apoyo psicológico y, en ocasiones, la cirugía.

Así, la gota (que durante muchos años originó un gran sufrimiento y dolor a las personas que la padecían) hoy día tiene un tratamiento eficaz con medicamentos que impiden la producción de ácido úrico por nuestro organismo. Las artropatías inflamatorias (artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilopoyética) pueden ser controladas y conducidas hacia la remisión de su actividad clínica mediante el empleo adecuado de fármacos como el metotrexato o la leflunomida, o con las terapias biológicas. Estas últimas se han desarrollado recientemente y actúan sobre sustancias específicas desencadenantes de la inflamación articular. Al bloquearlas y anular su efecto, las terapias biológicas ejercen un efecto beneficioso, mitigando el dolor y la tumefacción articular, evitando que se dañen y destruyan las articulaciones.



La osteoporosis es una enfermedad muy frecuente cuya incidencia aumenta con la edad. Disponemos de medicamentos eficientes para reducir la aparición de la principal consecuencia de la misma: las fracturas. Los bifosfonatos, efectivamente, reducen de forma notable la aparición de fracturas vertebrales y de caídas en personas con osteoporosis. La artrosis es la asignatura pendiente de la Reumatología, desde el punto de vista terapéutico. A pesar de lo mucho que se ha investigado sobre la misma, a día de hoy el tratamiento de la misma sólo es sintomático. No obstante, para éste y otros procesos reumáticos (como la fibromialgia) disponemos de medicamentos cada vez más numerosos y seguros para el tratamiento del dolor.

En definitiva, que podemos transmitir desde esta introducción un **mensaje de optimismo para los enfermos reumáticos**. La Reumatología como especialidad y los reumatólogos como especialistas médicos, llevamos poco tiempo en el panorama asistencial español. Sin embargo, hay que reconocer el esfuerzo que vienen realizando las distintas Administraciones Sanitarias para mejorar el cuidado de las dolencias reumáticas, atendiendo las quejas y solicitudes de pacientes y médicos especialistas. A este progresivo desarrollo de la red asistencial debemos añadir la mejora sobre el conocimiento de los mecanismos de producción de las enfermedades y sobre los contenidos clínicos y la clasificación de las mismas, así como el gran avance de la tecnología y medios de diagnóstico. Todo este panorama positivo se debe completar con la incorporación progresiva a nuestro arsenal terapéutico de medicamentos cada vez más eficaces y seguros para conseguir el control de la enfermedad.



Cuestiones generales

¿Qué son las enfermedades reumáticas?

José Rosas Gómez de Salazar
Servicio de Reumatología.
Hospital Marina Baixa. Villajoyosa.
Alicante

Las enfermedades reumáticas son aquellas que afectan al aparato locomotor, es decir, a huesos, músculos, ligamentos y articulaciones, y que no son consecuencia de un golpe o traumatismo. La característica principal de la mayoría de ellas es la provocación de dolor en dichas localizaciones. Pueden aparecer de forma aguda, aunque muchas de ellas son enfermedades crónicas.

Se han descrito cerca de 200 enfermedades reumáticas, que se pueden clasificar en diversos grupos generales:

- **Patología degenerativa.** Se refiere a la artrosis, que puede afectar a cualquier articulación (mano, rodilla, cadera, etc.) o a la columna espinal.
- **Patología no inflamatoria o extraarticular.** Este grupo incluye a los procesos que afectan a las partes blandas alrededor de las articulaciones, que provocan principalmente las tendinitis, bursitis o el atrapamiento de nervios periféricos como el síndrome del túnel carpiano.

- **Patología inflamatoria.** En este caso se incluyen las enfermedades que producen inflamación articular o artritis, como la gota o la artritis reumatoide. Sin embargo, algunas de ellas, denominadas enfermedades del colágeno o autoinmunes, tienen características propias y pueden provocar afectación de órganos internos, como la propia artritis reumatoide, el lupus eritematoso, el síndrome de Sjögren o las vasculitis, entre otras.
- **Patología metabólica.** La osteoporosis y la enfermedad de Paget son las enfermedades principales de este apartado.
- **Miscelánea.** En este grupo podemos incluir el resto de enfermedades reumáticas, como la fibromialgia, enfermedades hereditarias del colágeno, infecciones, los tumores, etc.

Finalmente, el reumatólogo es el médico experto en la evaluación, diagnóstico y manejo de estas patologías. En los últimos años se han realizado grandes avances en el manejo de estas enfermedades con el uso de técnicas de reumatología realizadas por el propio reumatólogo, como el estudio del líquido sinovial para visualización de cristales, la capilaroscopia, la densitometría ósea y la ecografía del aparato locomotor.

¿Son frecuentes las enfermedades reumáticas?

Alberto Alonso Ruiz
Servicio de Reumatología.
Hospital de Cruces. Barakaldo.
Vizcaya

Enfermedades reumáticas son el conjunto de enfermedades en que se afectan los huesos y las articulaciones. Los síntomas reumáticos (dolor en un área del aparato locomotor, tumefacción articular, limitación funcional) son muy frecuentes en la población. **Junto con las infecciones respiratorias y enfermedades cardiovasculares, constituyen las causas más frecuentes de consulta en Atención Primaria.**

Es muy difícil establecer una cifra para responder a la pregunta, puesto que depende de cómo se realicen las encuestas y si se refiere sólo a la presencia de algún síntoma aislado o a una enfermedad establecida y diagnosticada. Depende de si se refiere a un síntoma en un momento determinado o a lo largo de toda la vida del paciente. Sin embargo, sí conocemos algunas cifras orientativas: el 33% de la población consulta al médico por problemas osteomusculares y el 20% de la población consume antiinflamatorios no esteroideos. Además, las enfermedades reumáticas son las causantes del 40 al 50% de las incapacidades laborales.

Quizá más interesante resulta valorar la frecuencia de las enfermedades reumáticas más frecuentes o importantes. Se han reali-

zados múltiples estudios de distintos países, pero en España sin duda el más importante es el estudio EPISER, realizado por la Sociedad Española de Reumatología, que investiga la prevalencia (frecuencia de enfermedad) de algunas importantes enfermedades reumáticas: lumbalgia, artrosis de manos y rodillas, artritis reumatoide, fibromialgia y osteoporosis. Hay que tener en cuenta que las cifras de este estudio se refieren a la población general y para valorarlas adecuadamente hay que tener cuenta que en algunas enfermedades la frecuencia depende mucho de la edad (por ejemplo, la artrosis es mucho más frecuente a partir de los 50 años) o del sexo (la osteoporosis es mucho más frecuente en mujeres).

El **dolor lumbar** puede ser secundario a distintas enfermedades y es una de las causas más frecuentes de consulta (en algunos estudios se ha considerado en frecuencia la segunda causa de consulta en Medicina General) y el estudio EPISER demostró que hasta el 44% de la población había padecido lumbalgia.

La **artrosis** de las articulaciones periféricas (manos, caderas, rodillas) es otra de las enfermedades reumáticas más frecuentes. El 10% de la población tiene una artrosis de rodilla y el 6% de mano.

La **artritis reumatoide** (AR) es una enfermedad inflamatoria articular crónica, que con frecuencia ocasiona destrucción articular, deformidad y limitación funcional. Es sin duda la enfermedad inflamatoria articular más frecuente e importante. El estudio EPISER demostró que el 0,5% de la población (1 caso por cada 200 habitantes) tiene una artritis reumatoide.

La **osteoporosis** es una enfermedad ósea que se caracteriza por una masa ósea baja, con alteración de la microarquitectura del hueso, que ocasiona un aumento en el riesgo de fractura. El estudio EPISER mostró que el 3,4% de la población padecía osteoporosis.

La **fibromialgia** es un síndrome (conjunto de síntomas y signos) caracterizado por dolor muscular generalizado, alteración en la calidad del sueño y fatigabilidad. Con frecuencia se asocia a trastornos psíquicos. Según el estudio EPISER, el 2,4% de la población presenta un síndrome de fibromialgia, si bien probablemente esta cifra está muy por debajo de la realidad en el momento actual.

¿La artritis y la artrosis son la misma enfermedad?

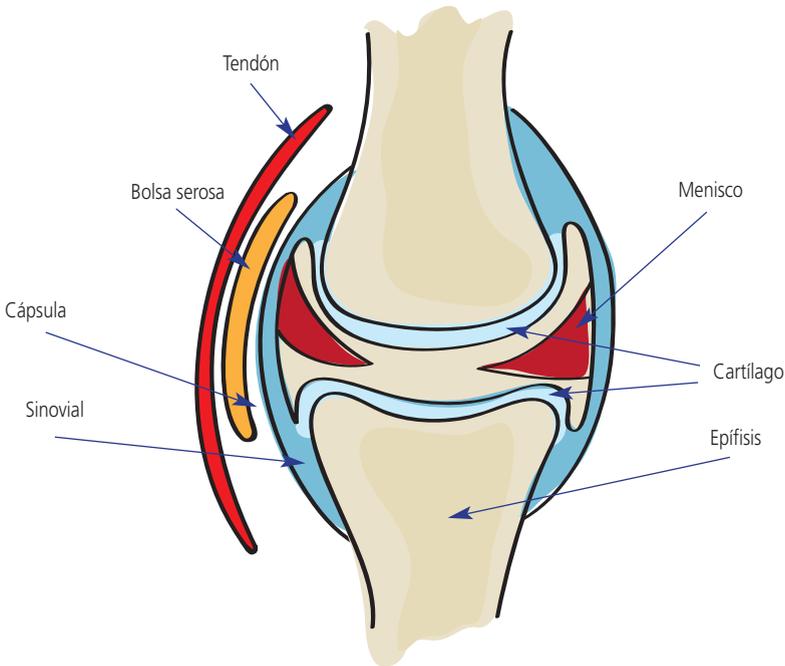
Mario Agudo
Servicio de Reumatología.
Hospital Marqués de Valdecilla.
Santander

La artritis es la inflamación de una articulación por una alteración de la membrana sinovial. La membrana sinovial es una capa que recubre toda la articulación y le proporciona el líquido sinovial, que es el lubricante que permite que los dos extremos cartilagosos que conforman la articulación resbalen el uno sobre el otro y se produzca el movimiento. La hinchazón que caracteriza la artritis va acompañada de un dolor persistente, que no remite con el descanso.

La artrosis es una enfermedad del cartílago en que éste pierde su estructura y la función para la que ha sido diseñado. Básicamente, lo que ocurre es que el cartílago pierde parte de su contenido en agua y las fibras de colágeno que le dan forma se rompen. El resultado final es una disminución del grosor del cartílago y una deformidad del mismo que acaba dificultando el movimiento de la articulación afectada. Popularmente, es lo que se conoce como desgaste o envejecimiento de las articulaciones.

Diferencias entre artritis y artrosis

La artrosis es una enfermedad del cartílago que en ocasiones produce una irritación de la membrana sinovial y la aparición de signos inflamatorios. En la artritis, el daño inicial se establece en la membrana sinovial y los signos inflamatorios están siempre presentes. En fases muy avanzadas de la artritis se producirá también una lesión del cartílago similar a la de la artrosis y con las mismas consecuencias.



Artritis

¿Cuáles son las causas de la artritis?

Las causas de la artritis se pueden estructurar en:

- **Posttraumáticas:** cualquier golpe sobre una articulación puede producir una irritación de la membrana sinovial, que ésta se inflame y aumente la producción de líquido sinovial en el interior de la articulación.

- **Por cristales:** en la membrana sinovial pueden producirse depósitos de cristales que la inflamarán. El ejemplo clásico es la gota, que se produce por depósito de cristales de ácido úrico, normalmente porque hay un exceso del mismo en la sangre.
- **Infecciosas:** en ocasiones, los gérmenes (virus y bacterias) son capaces de llegar hasta la articulación, donde encuentran un medio adecuado para vivir y desarrollarse. Si nuestro mecanismo de defensa no es capaz de inutilizarlos, aparece la artritis.
- **Inmunológicas:** por un mecanismo complejo en el que intervienen múltiples factores, las células que se encargan de defendernos contra las agresiones externas (los leucocitos) actúan contra la membrana sinovial, desencadenando un proceso inflamatorio crónico. Es lo que popularmente se conoce como “reúma” y el paradigma de este grupo de enfermedades es la artritis reumatoide, aunque hay del orden de 30 enfermedades reumáticas distintas que tienen un mecanismo de producción similar.

¿A quién afecta la artritis?

A diferencia de la artrosis, que la podemos asociar con el envejecimiento, la artritis de tipo reumático puede afectar a personas de cualquier edad, desde niños hasta ancianos. Suele ser más frecuente en mujeres jóvenes de 20 a 40 años.

¿Qué síntomas produce la artritis?

Todas las artritis, independientemente de la causa que las provoque, se manifiestan con los mismos síntomas, que son:

- **Calor:** articulación caliente.

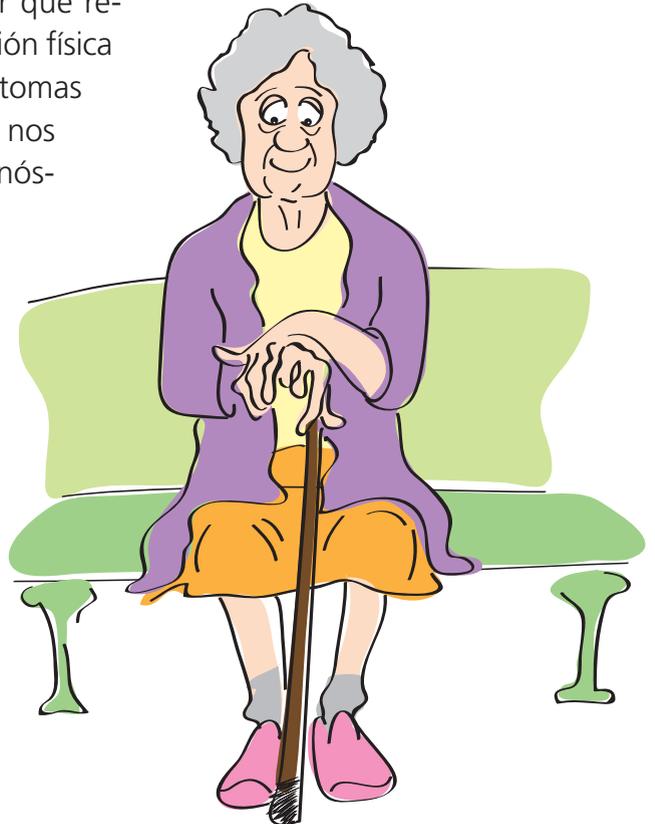
- **Rubor:** enrojecimiento de la piel de la articulación.
- **Tumefacción:** es el engrosamiento de toda la articulación por la presencia de líquido en su interior.
- **Dolor:** tiene unas características diferentes al de la artrosis, ya que no cede con el reposo.
- **Impotencia funcional:** dificultad o imposibilidad de efectuar el movimiento que le corresponde a la articulación afectada.

La duración de los síntomas dependerá de la causa de la artritis y del tratamiento aplicado. Una artritis persistente en una misma articulación puede acabar destruyéndola e inhabilitándola completamente.

¿Cómo se diagnostica la artritis?

Las características del dolor que relata el paciente y la exploración física minuciosa buscando los síntomas propios de la inflamación ya nos permiten establecer el diagnóstico de artritis.

Para determinar el tipo de artritis nos valemos de la inestimable ayuda de los datos de laboratorio. Si es posible, siempre es interesante extraer líquido sinovial de una articulación inflamada: su estudio nos puede proporcionar el diagnóstico de una manera rápida, sencilla y





poco costosa. Por ejemplo, la presencia de cristales de ácido úrico en el líquido sinovial es diagnosticada de gota. En el análisis de sangre podemos determinar una serie de valores que indican inflamación (VSG y PCR) y otros más específicos de ciertas enfermedades reumáticas (factor reumatoide, anticuerpos antinucleares, etc.).

¿Cuál es el tratamiento de la artritis?

Si existe una causa conocida, debe tratarse ésta. Por ejemplo, en la gota tratar el exceso de ácido úrico, en las infecciosas utilizar el antibiótico adecuado... La artritis de tipo reumático se trata con antiinflamatorios (la cortisona es un potente antiinflamatorio que utilizamos en los casos más graves), fármacos modificadores del curso de la enfermedad (enlentecedores o cronificadores) y actualmente estamos utilizando con muy buen resultado fármacos diseñados específicamente para el tratamiento de las artritis crónicas como son los tratamientos biológicos.

¿Se puede prevenir?

No podemos evitar la aparición de una artritis con los conocimientos de que disponemos en la actualidad. Probablemente la respuesta a esta pregunta cambie en los próximos años con el descubrimiento del genoma humano y de los trabajos de investigación encaminados a encontrar la causa de las artritis de origen inmunológico.

¿Se hereda la artritis?

No podemos hablar de una herencia directa de la artritis. Sí que se detecta una asociación familiar a padecer este tipo de enfermedades. Lo que probablemente sucede es que dentro de una misma familia hay algún factor que predispone a la aparición de una artritis a lo largo de la vida. Para que se desarrolle la enfermedad deberán darse otras circunstancias aún no determinadas, pero que afectan de forma variable a los miembros de una misma familia, sin las que no es posible su aparición.

Artrosis

¿Qué causa la artrosis?

Hay muchos factores que intervienen en la aparición de la artrosis, los más importantes son:

- **Genético:** se han visto artrosis de tipo familiar, por ejemplo, la de las articulaciones periféricas de los dedos de las manos suele ser más frecuente cuando hay un familiar afectado.
- **Hormonal:** hay tipos de artrosis más frecuentes en las mujeres (manos y rodillas) y otras lo son en los hombres (caderas).

- **Mecánico:** cuando el cartílago está sometido a un sobreesfuerzo continuado, se gastará antes y aparecerá la artrosis. Así, son frecuentes las artrosis relacionadas con ciertas profesiones: carniceros y polleros (manos), futbolistas (tobillos, rodillas y caderas), descargadores (columna lumbar), corredores de fondo (rodillas, columna lumbar), modistas (manos), camareros (manos), etc. Otro factor mecánico importante en la génesis de la artrosis es el sobrepeso (rodillas, caderas y región lumbar).

La artrosis no siempre es consecuencia de un único factor, como el trabajo que realiza la articulación. La prueba es que el tobillo, que es una de las articulaciones que mayor carga soporta, raramente se ve afectado por esta enfermedad.

¿A quién afecta la artrosis?

La artrosis es un proceso que tradicionalmente se ha relacionado con el envejecimiento y en parte es así, pero no todos los ancianos tienen una artrosis y hay gente joven que la padece. Serán los factores mecánicos, hormonales y genéticos los que van a condicionar el que tengamos o no una artrosis.

¿Qué consecuencias tiene la artrosis?

Son dos básicamente: el dolor y la pérdida de movilidad. El dolor aparecerá al intentar mover la articulación afectada o cuando carguemos peso sobre ella. El reposo mitigará o hará que desaparezca completamente. El mismo dolor y la pérdida de función del cartílago acarrearán un progresivo anquilosamiento de la articulación, que puede llegar a la pérdida completa de su función.

¿Cómo se diagnostica la artrosis?

Un minucioso interrogatorio sobre los síntomas que produce y la exploración de la articulación (visualización, palpación y movilización) permiten al especialista diagnosticar la artrosis. Una radiografía simple nos permite confirmar el diagnóstico, aunque el cartílago no se ve en la radiografía, pero sí otros signos que produce la artrosis. Técnicas de imagen más complejas como la resonancia y el escáner son innecesarias salvo en casos muy concretos. Las distintas pruebas de imagen (radiología, escáner, resonancia, ecografía) nos permiten ver el estado de las articulaciones y la extensión de las lesiones.

¿Se puede tratar la artrosis?

En estos momentos no disponemos de ningún fármaco que sea capaz de corregir o evitar la degradación del cartílago de una forma fehaciente. De todas formas, podemos hacer mucho para paliar las consecuencias de la artrosis. Será fundamental la **higiene de las articulaciones**:

- Mantenerse en el **peso adecuado**.
- Realizar un **ejercicio físico** suave con frecuencia (pasear en terreno llano, natación, gimnasia a base de estiramientos y tonificación sin pesas).
- **Evitar** las situaciones laborales y *hobbies* que provoquen una **sobrecarga** de las articulaciones.

Una vez la artrosis se ha instaurado, podemos controlar el dolor a base de fármacos analgésicos; pocas veces debemos utilizar antiinflamatorios. La fisioterapia es un complemento fundamental en todas sus vertientes, tanto en la realización de ejercicios que tonifiquen la musculatura sin forzar la articulación (ejercicios iso-

métricos) como en la utilización de técnicas analgésicas que pueden complementar e incluso sustituir a los medicamentos.

Cuando todo esto fracasa, y nunca antes, nos queda el recurso de la cirugía. Actualmente los cirujanos ortopedas son capaces de realizar limpiezas articulares mínimamente agresivas (vía artroscopia), de realinear una articulación que se ha desviado e incluso de sustituir una articulación dañada por otra artificial con grandes garantías de éxito.

¿Cuál es la causa de las enfermedades reumáticas?

Ana Urruticoechea
Servicio de Reumatología.
Hospital Can Misses. Ibiza

La causa es multifactorial, incluyendo factores genéticos, ambientales y endógenos fundamentalmente.

La Reumatología estudia las dolencias del aparato locomotor o sistema musculoesquelético, es decir, aquellas enfermedades que afectan a las articulaciones, huesos, músculos, tendones y ligamentos que no se han producido a consecuencia de un traumatismo. También pueden afectar a órganos o sistemas como el pulmón, corazón, los ojos, la piel, el intestino y el tejido conectivo, entre otros. El reumatólogo es el médico experto que desde sus conocimientos diagnostica y trata este grupo de enfermedades.

Los síntomas son variados, dependiendo de la enfermedad, y cada persona lo sufre de una forma diferente. Se incluyen los siguientes síntomas, entre otros:

- El dolor articular o alrededor de la articulación es el más frecuente.
- La inflamación articular.

- La rigidez matinal.
- La fatiga, cansancio o mal estado general.
- El hormigueo o sensación de quemazón articular.
- Alteraciones del sueño.

En la actualidad se conocen más de 200 enfermedades reumáticas que, simplificando el campo, podríamos clasificarlas en:

- **Reumatismos inflamatorios**, como la artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, síndrome de Sjögren (síndrome seco), lupus eritematoso sistémico, artritis reactivas. La causa en algunas enfermedades es autoinmune, se forman autoanticuerpos, es decir, las defensas del individuo atacan al propio organismo. Las infecciones pueden desencadenar en ocasiones reumatismos inflamatorios.
- **Reumatismos degenerativos**, como la artrosis. Es el “desgaste” de la articulación, del cartílago articular. La edad, la sobrecarga y el sobrepeso favorecen estos reumatismos.
- **Enfermedades metabólicas óseas**, como la osteoporosis. Se produce la fragilidad de los huesos que pueden dar fracturas de forma espontánea, sin traumatismo o con un mínimo golpe. Existen factores de riesgo no modificables como la edad, menopausia precoz, fractura previa propia o fractura familiar de cadera. Entre los factores de riesgo que sí se pueden modificar estarían el tabaco, la dieta deficiente, la inactividad física o un índice de masa corporal bajo, entre otros.
- **Reumatismos por microcristales**, como la gota. Ésta es producida por la acumulación de microcristales de ácido úrico en el interior de la articulación, produciendo inflama-

ción y dolor, junto a la deformación de la articulación en los casos avanzados. Existen factores que aumentan el ácido úrico, como el alcohol y una dieta inadecuada.

- **Reumatismos de partes blandas**, como las tendinitis o las bursitis del hombro y de la cadera. Estas enfermedades suelen afectar a las estructuras situadas alrededor de las articulaciones, los tendones, músculos o ligamentos que se pueden inflamar o romper, produciendo dolor y limitación al movimiento. Hay muchos factores que lo pueden desencadenar como los movimientos repetitivos, malas posturas y sobrepeso, entre otros.
- **Reumatismo no articular generalizado**, como la fibromialgia, presente comúnmente en mujeres jóvenes. La fibromialgia se caracteriza por un dolor musculoesquelético difuso que en algunos casos puede llegar a ser invalidante. Es un problema importante de salud, con gran consumo de recursos. El estrés físico, estrés mental, traumatismo físico, sueño deficiente o una enfermedad reumática establecida, puede ser un desencadenante.

Concluyendo, es importante saber que las enfermedades reumáticas se producen por interacción de muchos factores relacionados con el individuo, como la raza, sexo, genética, alimentación, y factores ambientales, como las infecciones o los tóxicos como el tabaco o el alcohol.

Estudios recientes ponen en evidencia que muchas enfermedades reumáticas tienen un componente genético. Enfermedades como la espondilitis anquilosante, la artritis reumatoide o algunas formas de artrosis tienen un componente familiar significativo. Se sigue investigando aunque, no obstante, será preciso esperar algunos años para saber con precisión qué papel tiene la herencia en las enfermedades reumáticas.

¿Existen enfermedades reumáticas en la infancia?

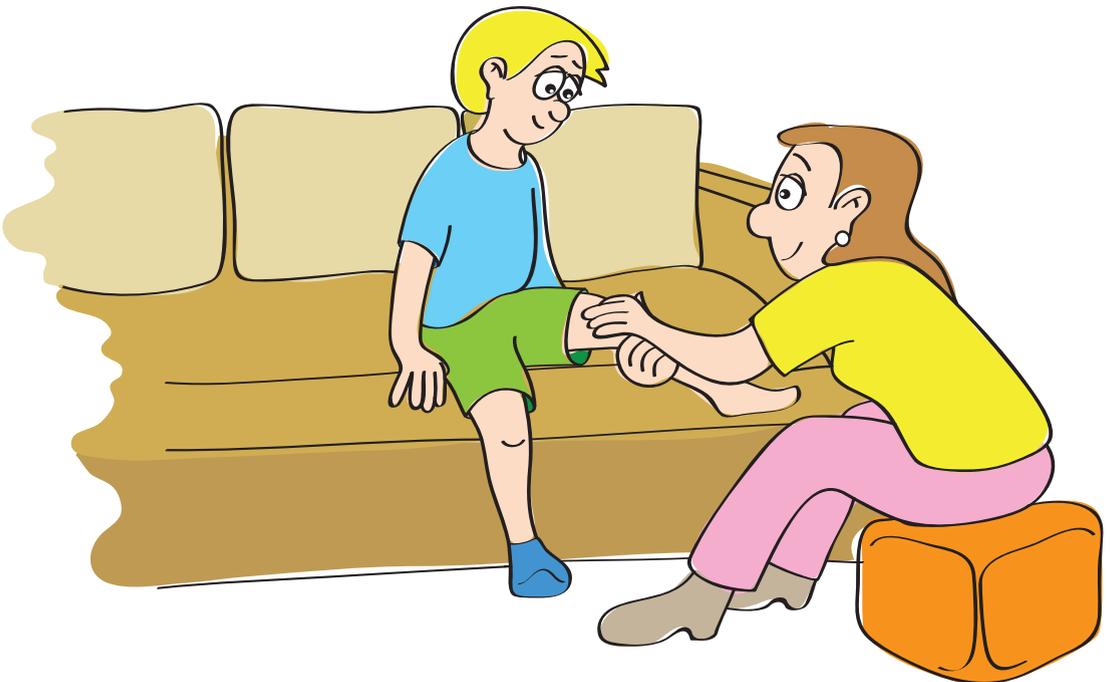
Carolina Álvarez Castro
Complejo Hospitalario de León

Existe la creencia popular de que las enfermedades reumáticas son propias de personas en la edad adulta o ancianos. Sin embargo, **las enfermedades reumáticas pueden iniciarse a cualquier edad**. Se estima que uno de cada mil niños padecerá una enfermedad reumática y entre el 30-50% la tendrán en la vida adulta.

Los niños pueden presentar diversas enfermedades reumáticas autoinmunes, de forma similar a las descritas en los adultos, aunque con ciertas peculiaridades. Entre ellas, la más frecuente es la artritis idiopática juvenil, que engloba diversas formas de artritis de causa desconocida en la infancia, y es una causa importante de discapacidad a corto y largo plazo si no se diagnostica y trata de forma precoz y adecuada. Además, los niños pueden padecer espondiloartropatías, lupus eritematoso sistémico, vasculitis (enfermedad de Kawasaki, Behçet, púrpura de Schönlein-Henoch), dermatomiositis, esclerodermia y otras enfermedades reumatológicas, con mayor o menor severidad. Las enfermedades reumatológicas son una causa de osteoporosis, interfiriendo el desarrollo óseo normal del niño y favoreciendo el desarrollo de fracturas.

La artritis en los niños puede ser difícil de diagnosticar al inicio, porque algunos niños no refieren dolor y la inflamación de las articulaciones puede no ser evidente en ocasiones. Frecuentemente, el motivo de consulta es la impotencia funcional, referida a menudo por los padres como una cojera, cuando afecta a miembros inferiores, o una negativa a participar en actividades escolares que requieran trabajos manuales, cuando afecta a extremidades superiores. Otros síntomas característicos serían la rigidez al despertar, el dolor nocturno, o síntomas generales como el cansancio, adelgazamiento, pérdida del apetito, malestar o fiebre.

En las enfermedades reumatológicas del niño, de forma similar al adulto, es importante valorar las posibles manifestaciones cutáneas (psoriasis), oculares (uveítis, conjuntivitis...), mucosas (aftas) y generales (respiratorias, digestivas, cardiológicas, renales...), que en ocasiones se asocian a las artritis. No debemos olvidar, además, que la artritis puede ser una manifestación secundaria a un proceso general de mayor gravedad (tumores óseos, hematológicos, infecciones...).



Los antecedentes familiares de enfermedades reumatológicas o la presencia de psoriasis en familiares cercanos también son una ayuda para el diagnóstico y deben ser investigados. Aunque, en general, las enfermedades reumáticas no se heredan de forma directa, sí parece que algunas enfermedades son más frecuentes en determinadas familias.

La historia clínica y la exploración física tiene ciertas peculiaridades cuando hablamos de población pediátrica, de ahí la importancia de la implicación y colaboración de los pediatras de forma conjunta con el reumatólogo en el manejo de estos pacientes. El entorno familiar y social es de vital importancia para el bienestar físico y psíquico del niño con artritis.

En cuanto a las pruebas analíticas, no hay ninguna "prueba reumática" que por sí misma sea suficiente para diagnosticar una enfermedad reumática. Algunas, incluso, pueden llevar a la confusión a los padres, como el ASLO (anticuerpos antiestreptolisina), que en la mayor parte de los casos está en relación con amigdalitis agudas o recurrentes por estreptococo, o por ser el niño un portador sano del mismo, y no con una enfermedad reumatológica.

Los estudios analíticos y radiológicos nos ayudan a confirmar el diagnóstico y a evaluar la actividad de la enfermedad y sirven también para controlar la posible toxicidad de los fármacos que utilizamos.

En cualquier caso, a día de hoy es posible que el niño con artritis que se diagnostique y trate precozmente pueda desarrollar vida normal en la mayor parte de los casos, gracias a los avances terapéuticos existentes en la actualidad.

¿Influye la herencia en las enfermedades reumáticas?

Antonio Naranjo Hernández
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario de Gran Canaria
Dr. Negrín

Muchos reumatismos suelen tener un componente hereditario, el cual es muy variable según el tipo de enfermedad y la raza. Para saber si una enfermedad tiene un componente genético, el primer paso es observar si es más frecuente en los familiares cercanos, como padres e hijos, que en otras personas sin parentesco. Otro método es analizar la enfermedad en gemelos idénticos. Es así como se calcula el riesgo de heredar la enfermedad. Por ejemplo, una persona que tenga una hermana con artritis reumatoide tiene alrededor de cuatro veces más posibilidades de padecerla en comparación con las personas sin un familiar afectado.

La forma en la que se hereda una enfermedad es a través de unas marcas o señales que están en las células y que se conocen como genes. Existe un análisis de sangre que puede detectar parte de los genes encargados de transmitir las enfermedades. El más habitual es el análisis del HLA, aunque existen otros más especializados.

En la artrosis existe un claro componente hereditario para la afectación de los dedos de las manos, especialmente de madres a

hijas. Se calcula que al menos el 40% de la masa ósea (de los huesos) depende de la herencia. Tal es así, que si una mujer tiene antecedentes de fractura de cadera en su madre, se ha de descartar que padezca osteoporosis.

En la gota o enfermedad por depósitos de ácido úrico existe también una forma hereditaria, especialmente en los varones.

En la fibromialgia se está trabajando intensamente para averiguar si existe componente genético, al ser más frecuente entre hermanas, o si realmente es debida a factores del ambiente familiar y educacional.

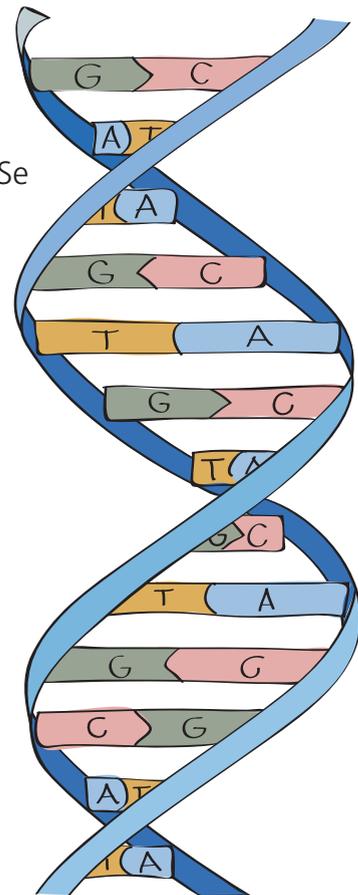
En la artritis reumatoide se han encontrado varios genes que pueden estar relacionados con el desarrollo de la enfermedad. Esto se comprobó después de observar que en gemelos idénticos la posibilidad de tener la enfermedad estando uno de ellos ya con artritis es del 30 al 50%. Sin embargo, en hermanos y padres esta frecuencia es del 5 al 10%, lo que indica que otros factores además de los genéticos son necesarios para el desarrollo de la enfermedad. El HLA que se ha encontrado con mayor frecuencia en la artritis reumatoide es el DR4, aunque al tenerlo también muchas personas sanas, a un positivo no se le dé gran valor. Sí sabemos hoy día que la artritis reumatoide con HLA DR4 es más grave que la que no lo tiene.

Otras enfermedades sistémicas en las que existe un componente genético son el lupus eritematoso sistémico y la enfermedad de Behçet. Se estima que los factores genéticos explicarían un 66% de los mecanismos para que aparezca un lupus, pero los genes involucrados son múltiples y, probablemente, en cada paciente el tipo de genes es diferente.

Existe una indudable predisposición genética en el desarrollo de la espondilitis anquilosante, relacionada fuertemente con el HLA-

B27. Este gen se encuentra hasta en el 95% de los enfermos. En Europa, hasta un 9% de toda la población tiene HLA B27, pero ello no indica que vayan a padecer espondilitis; sólo lo hará el 1% de esos positivos. En gemelos idénticos, la frecuencia llega hasta el 75%, pero si son gemelos no idénticos la cifra baja al 12%. Aparte de los gemelos, el mayor riesgo de padecer la enfermedad es cuando un familiar directo de un espondilítico tiene el HLA B27. Aun así, el riesgo no supera el 20%, es decir, para tener la enfermedad hay otros factores, todavía no conocidos, que influyen en que aparezca. Por tanto, reiteramos que la presencia del B27 no indica que vaya a padecerse con seguridad la enfermedad, sino que se tienen más posibilidades. La recomendación general es no realizar rutinariamente el HLA B27 a los hijos u otros familiares de un espondilítico, ya que posiblemente provoque angustia y ningún beneficio.

La artritis psoriásica es la que aparece en pacientes con psoriasis de la piel o las uñas. No todos los enfermos de psoriasis de piel van a tener artritis. Se ha encontrado una mayor frecuencia de familiares en esta enfermedad, que en algunos casos llega hasta el 40%, pero en realidad se desconoce por qué muchos pacientes con psoriasis nunca padecen artritis.



Cadena del ADN

¿Cuáles son los síntomas de las enfermedades reumáticas?

Luis Linares

Servicio de Reumatología.

Hospital Virgen de la Arrixaca.

Murcia

Las enfermedades del aparato locomotor son muy frecuentes y se pueden manifestar de muy distinta manera. En general, los síntomas que con más frecuencia notan los pacientes son dolor, deformidades articulares y dificultad para moverse.

El dolor en las articulaciones o cerca de ellas es un síntoma muy frecuente y generalmente el primero en aparecer. Es característico que este dolor esté desencadenado con el movimiento de una o varias zonas del cuerpo. Y por sus características y localización, se puede orientar hacia cuál puede ser la causa que lo desencadene. Lo más frecuente es que el dolor esté originado por la afectación de alguna estructura localizada del aparato locomotor, como ocurre en los casos de tendinitis en el hombro, el dolor por artrosis en una rodilla o el localizado en la parte baja de la espalda por una contractura muscular. Muchos de estos dolores, aunque aparecen de forma aguda y pueden ser muy intensos, desaparecen en unas horas o pocos días sin dejar ninguna complicación. Sin embargo, en otras ocasiones la enfermedad puede afectar de forma generalizada a varias estructuras. Por ejemplo, puede afectar tendones, articulaciones y órganos como el riñón, el corazón, la piel o el ojo, aunque esta posibilidad es poco frecuente y sólo ocurre en determinadas enfermedades.

En ocasiones, junto al dolor se puede notar la aparición de hinchazón de esa zona, que con frecuencia se encuentra algo más caliente cuando se compara la temperatura con la parte sana y en ocasiones puede estar enrojecida. En estos casos, el dolor no sólo aumenta con los movimientos de la articulación dañada sino que también puede permanecer durante el reposo e incluso reagudizarse por la noche, interrumpiendo el sueño. Es debido a la existencia de inflamación, que cuando se localiza en la articulación se denomina artritis, y poliartritis cuando afecta a muchas articulaciones. La aparición de artritis debe alertar al paciente a consultar a su médico de cabecera o a un especialista, ya que un diagnóstico tardío o un tratamiento inadecuado puede tener repercusiones importantes. La inflamación y el dolor persistente limitan los movimientos de la articulación afectada y el paciente experimenta gran dificultad para realizar actividades que anteriormente llevaba a cabo sin ningún problema.

Además de estos síntomas, las enfermedades del aparato locomotor pueden ocasionar una gran variedad de síntomas, que pueden hacer difícil el diagnóstico, si se carece de la experiencia y el conocimiento adecuados. El reumatólogo, por su conocimiento de las enfermedades del aparato locomotor, es el médico especialista a consultar en caso de que algunos de los síntomas comentados con anterioridad se prolonguen durante algunas semanas. Con una historia clínica adecuada y una exploración detallada, se puede hacer el diagnóstico o una aproximación inicial. En algunos casos serán necesarias algunas pruebas, como análisis, radiografías, ecografía u otras, en función de cada caso, que permitan la confirmación del diagnóstico.

¿Las enfermedades reumáticas son motivo de estar cansado?

Alejandro Olivé
Servicio de Reumatología.
Hospital Can Rutí. Badalona

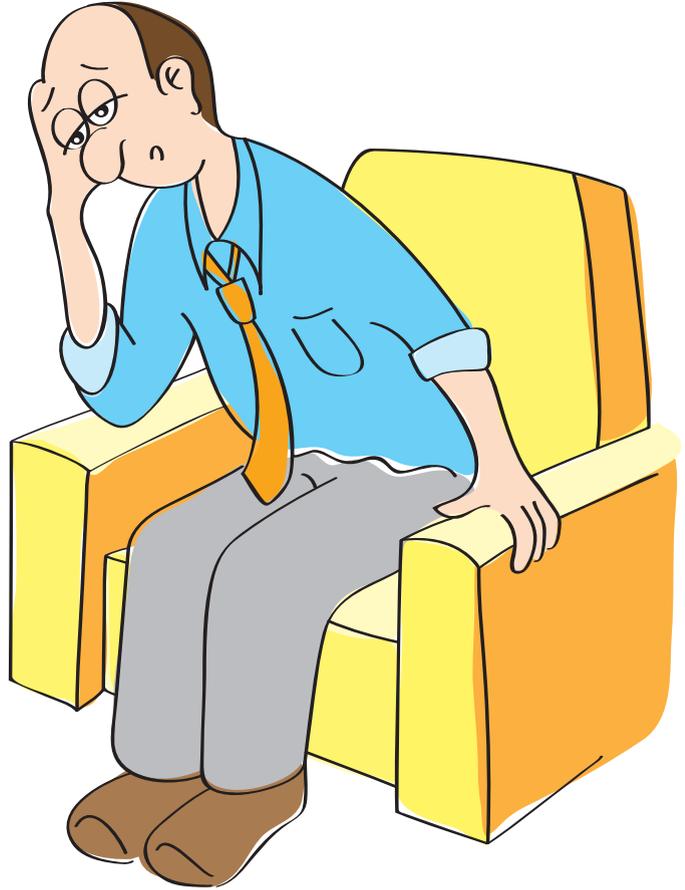
El cansancio o fatiga es consustancial a las enfermedades reumáticas y su origen puede tener varias causas.

En general, el cansancio suele presentarse por las mañanas y a los médicos nos preocupa que los pacientes lo evidencien de forma muy temprana. Una persona afectada de una artritis reumatoide o de un lupus eritematoso sistémico que al levantarse por la mañana está cansada, nos avisa de forma indirecta –aunque no siempre– que la enfermedad quizá esté algo activa. Anotamos en la historia clínica la horas transcurridas hasta que aparece el cansancio. No obstante, no siempre es tan fácil de evaluar, sobre todo en aquellos pacientes con una enfermedad de larga duración. Siempre aconsejamos al paciente afectado de una enfermedad reumática que después de comer descanse un rato, porque sabemos que es beneficioso y restaurador.

El origen del cansancio se debe a complejos mecanismos que van desde las citoquinas (IL-6) hasta los llamados reactantes de fase aguda, es decir, la velocidad de sedimentación y la proteína C reactiva, entre otros. Se conoce que el control de los reactantes de fase aguda que se encuentran elevados en estas enfermedades, es decir, su descenso, produce una mejoría importante de la fa-

tiga. Por tanto, el facultativo debe esforzarse en controlar la enfermedad, su actividad, normalizando estos parámetros.

Por último, y no menos importante, el cansancio en estas enfermedades puede estar causado por otras causas, tales como: anemia, depresión, hipotiroidismo y fibromialgia, entre otras.



¿Se pueden prevenir las enfermedades reumáticas?

Antonio Naranjo Hernández
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario de Gran Canaria
Dr. Negrín

La respuesta, sin lugar a dudas, es sí. Y las medidas que se pueden tomar podría resumirlas en dos palabras: **VIDA SANA**. No voy a entrar en el diagnóstico precoz de las enfermedades, aspecto también interesante y que permitiría un abordaje temprano para prevenir en lo posible la evolución del reumatismo. Me centraré en las medidas que una persona puede adoptar antes de que aparezca la enfermedad, pensando especialmente en aquellas que tienen un familiar afectado. Las medidas preventivas que se enumeran a continuación deberían realizarse desde la juventud, o mejor desde la infancia.

La dieta es un aspecto muy destacado. Tan importante es lo que comemos como lo que no comemos. Sabemos que en los países mediterráneos existe una menor frecuencia de artritis reumatoide, y esto se ha relacionado con las bondades de la dieta mediterránea, aquella rica en aceite de oliva, pescado, frutas, cereales y verduras. Desgraciadamente, está siendo abandonada por el empuje de las *pizzas*, los bocadillos y las hamburguesas. Las grasas procedentes del aceite de oliva (ácido oleico) o del pescado (omega 3) dan lugar a compuestos que debilitan los procesos inflamatorios como la artritis, a diferencia de las gra-

sas procedentes de las carnes rojas. Además, las frutas y vegetales, en general, poseen extraordinarias propiedades antioxidantes, particularmente los cítricos por ser ricos en vitamina C, y pueden compensar el efecto oxidante de la inflamación. Con la dieta mediterránea se obtienen otras ventajas como la prevención de la enfermedad cardiovascular (infartos), reducción del cáncer y de la diabetes.

De la dieta pasamos al control de la obesidad. La obesidad se relaciona, entre otras, con la artrosis de rodillas y con la gota, por lo que tener un peso adecuado es la manera de prevenir el dolor de rodillas y la aparición de ataques de gota. Si usted no sabe si es obeso, calcule el índice de masa corporal: consiste en la división entre el peso por un lado y la altura (en metros) al cuadrado por otro. Si está entre 20 y 25, su índice es normal. Entre 25 y 30 tendría sobrepeso, y más de 30 sería obeso.

La osteoporosis es un trastorno generalizado de los huesos que predispone a fracturas, pero que se desarrolla lentamente a lo largo de toda la vida. Podemos ayudar a prevenir la osteoporosis haciendo ejercicio, como caminar, y con una dieta rica en leche y derivados.



Dormir adecuadamente y hacer ejercicio regular son también un modo de prevenir en lo posible los síntomas de la artrosis y los dolores musculares.

A pesar de los cambios legislativos, todavía existen muchos fumadores a nuestro alrededor. Deberían saber que además del cáncer, el infarto de miocardio y la bronquitis, el tabaco aumenta a más del doble el riesgo de padecer artritis reumatoide. Alcohol y tabaco aumentan el riesgo de osteoporosis. El alcohol aumenta también el riesgo de padecer una crisis de gota.

En resumen, las principales medidas que ayudan a prevenir la aparición de reumatismos son: la dieta mediterránea, evitar la obesidad y el tabaco y hacer ejercicio de forma regular.

¿Cómo se pueden mejorar estas enfermedades?

Juan José Lerma
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario de Castellón

Desde el punto de vista del tratamiento y específicamente en relación a las medidas no farmacológicas, **una implicación del paciente con su enfermedad va a permitir que éste pueda beneficiarse de la aplicación de una serie de medidas higiénico-dietéticas que puedan ayudarle a mejorar el control de su patología reumática.**

Así, en general, se recomienda evitar el sedentarismo y realizar de forma regular un ejercicio físico aeróbico adaptado a las condiciones físicas personales de cada paciente. El objetivo es mejorar la coordinación motora y evitar caídas, potenciar la movilidad de las articulaciones y el balance muscular, estimular la formación de hueso nuevo y favorecer el bienestar psicológico del paciente.

Es muy importante recomendar aquel tipo de ejercicio o deporte por el que el enfermo se sienta atraído y le estimule su práctica, ya que si se le dirige específicamente hacia alguna actividad que no le gusta, con el tiempo perderá la motivación y acabará abandonándola.

El exceso de peso influye en numerosas enfermedades reumáticas y especialmente en la artrosis y en la artritis, ya que se produce una sobrecarga mecánica de las articulaciones, especialmente a nivel de la columna, caderas, rodillas, tobillos y pies, que provoca un mayor aumento del dolor. Los pacientes obesos están más predispuestos a desarrollar artrosis de caderas y rodillas ya que sobrecargan continuamente dichas articulaciones y hacen que con el tiempo se desgasten de forma más precoz, por lo que una reducción del peso les puede ayudar a prevenir dicho proceso degenerativo y aliviar su dolor. Así, se recomienda una dieta baja en grasas saturadas, presentes en las carnes rojas, bollería industrial, quesos y leche entera, reemplazando, por ejemplo, los alimentos fritos por los cocinados a la plancha. También el consumo de azúcares debe evitarse, ya que proporcionan una elevada cantidad de calorías sin ningún valor nutritivo.

Es importante mantener una dieta equilibrada rica en frutas y verduras que nos darán un aporte adecuado de minerales y vitaminas.

Específicamente para la gota, se debe evitar el consumo de cualquier tipo de alcohol, incluida la cerveza, ya que el alcohol interfiere la eliminación del ácido úrico de nuestro organismo. Así mismo, se han de evitar los alimentos ricos en purinas (carnes grasas, mariscos, pescado azul) que pueden aumentar los depósitos del ácido úrico en las articulaciones.

Especialmente importante es la toma de una dieta rica en calcio, en concreto derivados lácteos, tanto a nivel de la población general como en los pacientes diagnosticados de osteoporosis. El aporte de calcio durante la etapa de crecimiento nos ayuda a obtener un pico de masa ósea óptimo y posteriormente, a partir de los 60 años, el calcio nos ayuda a mantener fuertes y sanos nuestros huesos, evitando su fragilidad y fractura.

Los pacientes con artritis y fumadores son más propensos a tener más episodios de inflamación articular, por lo que es altamente recomendable evitar el consumo del tabaco.

En resumen, una dieta sana y equilibrada, pobre en grasas y azúcares y rica en alimentos con calcio, el control de los hábitos tóxicos (alcohol y tabaco) y una reducción del sobrepeso, nos va a ayudar a tener una mejor calidad de vida y una mejor salud de nuestros huesos.

Y recuerde, todo esfuerzo y sacrificio tiene al final su recompensa. ¡Trabaje por su salud!

¿El frío es perjudicial en las enfermedades reumáticas?

Eugenio de Miguel
Servicio de Reumatología.
Hospital La Paz. Madrid

La creencia general es que el frío empeora las enfermedades reumáticas. Existen, incluso, expresiones populares, como “se me ha metido el frío en los huesos”, que refuerzan esta idea. La importancia de esta pregunta no es baladí, ya que algunas personas se plantean incluso un cambio de trabajo o de domicilio para mejorar sus molestias. Así pues, voy a intentar responder a la pregunta desde dos puntos de vista, “la verdad” y “la importancia” de esta afirmación.

Respecto a la verdad, todos conocemos a ciertas personas que predicen los cambios climáticos en función de sus dolores articulares, con lo que es difícil negar absolutamente que el frío no empeore las enfermedades reumáticas. Es un hecho que ante el frío el organismo reacciona contrayendo los músculos a modo de mecanismo de defensa, lo que provocará que aparezca el dolor en aquellos pacientes con enfermedades reumáticas. Por otra parte, la humedad y los cambios barométricos de la presión atmosférica cuando va a cambiar el tiempo, parece que afectan a los fibroblastos y a algunas terminaciones nerviosas, agravando el cuadro clínico de enfermedades que afectan al aparato locomotor.

No obstante, existen una serie de hechos constatados que contradicen la relación entre frío y empeoramiento de las enfermedades reumáticas. Por ejemplo, la frecuencia de enfermedades reumáticas no es mayor en países fríos que en países cálidos. Por otra parte, también es un hecho que no todas las personas reumáticas predicen estos cambios de tiempo, ni son igual de sensibles a los mismos. Es decir, no es fácil saber cuál es la verdad.

Si dejamos las creencias y buscamos trabajos científicos, lo que encontramos es que el número de estudios que intentan responder a este tema es escaso y su calidad es inferior a la deseada. Con todo, en los diversos trabajos que he tenido ocasión de revisar, la conclusión es que, efectivamente, el frío, los cambios de humedad y las altas presiones empeoran la sintomatología dolorosa de un buen número de pacientes con enfermedades reumáticas. Pero siendo esto cierto, ¿es importante para el paciente?

Respecto a esta segunda pregunta, lo que dicen los estudios publicados es que, en general, las observaciones realizadas (fundamentalmente en artritis reumatoide y artrosis) muestran que el frío empeora las medidas que utilizamos para cuantificar el estado de la enfermedad de nuestros enfermos (el empeoramiento o la mejoría), pero que estos cambios no son muy importantes desde el punto de vista objetivo y de consecuencias para el paciente. Es decir, los cambios que detectamos son pequeños y aunque en algunos pacientes pueden acompañarse de claros signos de empeoramiento, al considerar todo el grupo, los cambios son de una magnitud (importancia) escasa, que no conlleva cambios sustanciales en el tratamiento. Sólo en ciertas enfermedades el frío puede requerir actuaciones especiales. Por ejemplo, en algunos pacientes con esclerodermia o conectivopatías, el frío produce fenómenos de vasoespasmo y hay que utilizar no sólo medidas de protección contra él, sino incluso medicamentos específicos para evitar complicaciones.

En resumen, y como conclusión, **el frío no produce enfermedades reumáticas pero es un factor que puede influir en el agravamiento de los síntomas de muchas de ellas, aunque en general el empeoramiento que produce es pequeño y transitorio.**



¿A qué llamamos “brote” en las enfermedades reumáticas?

Alejandro Balsa
Servicio de Reumatología.
Hospital La Paz. Madrid

Las enfermedades reumáticas crónicas se caracterizan por tener fases de mejoría y empeoramiento, que se pueden llamar “brotos”. **En ocasiones los brotes se desencadenan por sobrecarga articular**, por ejemplo, articulaciones que no están completamente normales, si aguantan una demanda mayor o trabajan en exceso, puede provocar que los síntomas empeoren.

En otras ocasiones los brotes se producen por falta de cumplimiento con el tratamiento. No es raro que pacientes que se encuentran bien, reduzcan por iniciativa propia la medicación, unas veces por olvido al no tener síntomas, y otras de manera deliberada, al querer tener fases de “descanso” que consideran necesario o conveniente para su salud. Una característica de los tratamientos de muchas enfermedades reumáticas es que el efecto del tratamiento no es inmediato, ni a la hora de empezar a hacer efecto, que pueden tardar unas semanas, o cuando se suspende, que también puede durar. Un paciente que reduce u olvida tomar la medicación durante una semana, puede tener un brote uno o dos meses después.

En ocasiones, los brotes se producen por situaciones o enfermedades intercurrentes, por ejemplo, no es raro que los síntomas de una enfermedad crónica se agraven después de traumatismos, cirugía o episodios infecciosos que no tienen nada que ver con su enfermedad de base, como catarros, gripes, episodios diarreicos, etc.; el motivo es que el sistema inmunitario, que habitualmente está en reposo, se activa para defenderse de los gérmenes extraños y a la vez activa de manera indirecta el que es responsable de la enfermedad reumática. **También aparecen brotes durante fases de más tensión, angustia o alteraciones psicológicas**, ya que existe una relación muy estrecha e importante entre los mecanismos inflamatorios y el sistema nervioso.

En algunos casos aparecen resistencias a los tratamientos. La resistencia adquirida a un tratamiento puede aparecer porque se formen anticuerpos que neutralizan el fármaco, y sobre todo se ha descrito con los nuevos tratamientos biológicos, o porque la célula haga mecanismos que impidan la entrada o el procesamiento del fármaco. Esto último es más frecuente en pacientes con tumores, pero no se puede descartar que también pueda suceder en las enfermedades reumáticas crónicas.

Finalmente, en muchos casos se desconoce cuál es el motivo que desencadena un brote y nos limitamos a tratarlo cuando aparece.

¿Qué médico me tiene que tratar?

Francisco Javier Ballina García
Servicio de Reumatología. Hospital
Universitario Central de Asturias

En el tratamiento de las enfermedades reumáticas, con frecuencia participan muchos profesionales. En primer lugar, el médico de Atención Primaria, que es quien generalmente orienta el diagnóstico y trata los problemas más leves. También pueden tener un papel el traumatólogo (especialista en cirugía) y el médico rehabilitador. No obstante, **en los problemas reumáticos severos es necesario que quien dirija el tratamiento de la enfermedad sea un reumatólogo**. Un reumatólogo es un médico internista que se dedica al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del aparato locomotor, constituido a su vez por el conjunto de huesos, músculos y articulaciones. Estas enfermedades del aparato locomotor se llaman también enfermedades reumáticas y son un conjunto de alrededor de 200 procesos médicos, antaño considerados erróneamente como leves ya que pueden invalidar y también poner en riesgo la vida del paciente. Las enfermedades reumáticas más frecuentes son la artrosis, el dolor lumbar crónico, la osteoporosis, los diferentes tipos de artritis (reumatoide, espondilitis, colagenosis, gota...), las tendinitis y la fibromialgia.

El reumatólogo se forma en Unidades Docentes de Reumatología, que habitualmente tienen su base en Servicios Hospitalarios, en

los que sigue un programa específico de 4 años de duración. Habitualmente, inicia su preparación básica en Medicina Interna (2 años), para después incorporarse a los Servicios de Reumatología (2 años), donde aprende a reconocer y tratar los síndromes y enfermedades específicos de la especialidad, así como las técnicas de la misma. Opcionalmente, durante el último año de su formación puede rotar por centros especializados en determinadas patologías de alta complejidad, como Unidades del Dolor, Reumatismos Infantiles o Trastornos del Tejido Conectivo y Vasculitis. Son complementos de gran importancia en la formación integral del reumatólogo, la metodología de la investigación, la evaluación de la evidencia científica y los aspectos éticos y legales de la práctica profesional. Finalmente, en la formación del reumatólogo actual no pueden dejarse de lado los conocimientos básicos en los aspectos económicos de los métodos diagnósticos y terapéuticos, y los de calidad de vida para el paciente que dichos métodos implican.

El papel básico del reumatólogo es diagnosticar y tratar médicamente a los pacientes que tienen enfermedades reumáticas, generalmente complejas. No obstante, una característica distintiva del especialista en Reumatología es su entrenamiento para obtener información decisiva en la solución de los problemas del paciente, mediante su capacidad para comunicarse con éste y sus habilidades en la exploración física del aparato locomotor. Estos son los aspectos que mejor domina el especialista en Reumatología y que le permiten lograr el máximo coste-eficacia a la hora de prescribir un tratamiento. No obstante, el reumatólogo ha de conocer otras muchas facetas de su especialidad, como son el dominio de las técnicas de imagen en el aparato locomotor (radiografía, tomografía axial computerizada, resonancia magnética nuclear, ecografía), el análisis del líquido sinovial, la realización de determinadas biopsias o la práctica de la artroscopia.

Muchas personas piensan que el especialista del aparato locomotor no es otro que el traumatólogo. Este error es debido a

nuestro sistema sanitario, que durante mucho tiempo estableció la Traumatología como primer escalón de acceso del paciente reumático al especialista. Afortunadamente, esto ha cambiado en los últimos años y actualmente la Reumatología está tomando, en este campo, el papel que le pertenece. El reumatólogo, como ya hemos dicho, es el especialista médico que diagnostica y trata las enfermedades del aparato locomotor, y es el primer especialista que debe valorar dichas enfermedades. El traumatólogo o cirujano ortopeda es un especialista cuyo campo de actuación se ciñe al tratamiento quirúrgico u ortopédico de las enfermedades que aparecen en los huesos, tendones o articulaciones, bien de causa traumática (como golpes, esguinces...) o congénita, o bien para intervenir quirúrgicamente las secuelas que el tratamiento médico no logró evitar en las enfermedades reumáticas. Dicho de



forma sencilla, el reumatólogo es el médico y el traumatólogo es el cirujano. Cuando se padece una enfermedad del aparato locomotor, lo lógico es acudir primero al reumatólogo, y si el tratamiento médico es insuficiente, el reumatólogo lo remitirá al traumatólogo, para que éste valore una posible intervención.

¿Las enfermedades reumáticas pueden impedirme trabajar?

Jesús Tornero Molina
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario de Guadalajara

Una de las consecuencias más dañinas de algunas enfermedades reumáticas es la discapacidad laboral. Podemos definir ésta como la pérdida de la capacidad del trabajador para desarrollar las tareas de una profesión u oficio, o la imposibilidad para permanecer ocupado en cualquier empleo remunerado de la economía nacional española, debido a las propias limitaciones funcionales, todo ello como consecuencia de la enfermedad. Este asunto suele preocupar mucho a los pacientes porque los cambios en la habilidad o capacidad de una persona para desempeñar una ocupación laboral pueden alterar de forma notabilísima la vida humana, originando una pérdida de poder económico, un estrés psicológico y cambios en la identidad.

En la legislación española se distinguen dos modos de discapacidad laboral: la incapacidad temporal y la invalidez permanente. La incapacidad temporal (conocida coloquialmente como “baja laboral” y anteriormente designada como incapacidad laboral transitoria) es aquella situación determinada por enfermedad común o profesional y accidente, sea o no de trabajo, mientras el trabajador recibe asistencia sanitaria de la Seguridad Social y está impedido para el trabajo, con una duración máxima de 12 meses, prorrogables otros 6

meses cuando se presume que durante los mismos el trabajador pueda ser dado de alta médica por curación.

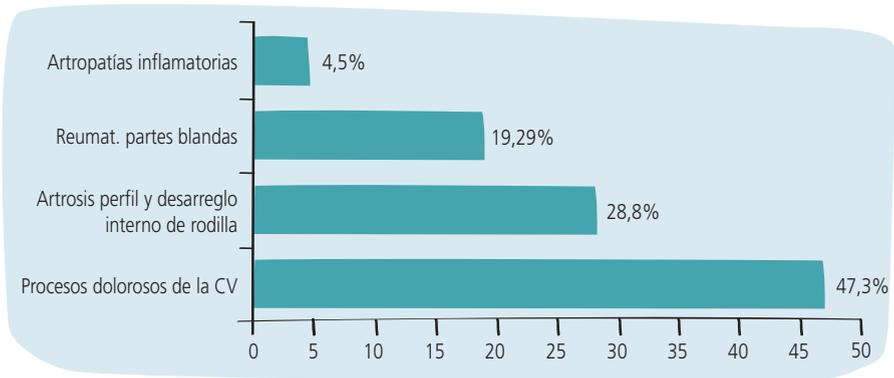
La invalidez permanente es la situación del trabajador que, después de haber estado sometido al tratamiento prescrito y de haber sido dado de alta médicamente, presenta reducciones anatómicas o funcionales graves, susceptibles de determinación objetiva y presumiblemente definitivas, que disminuyen o anulan su capacidad funcional laboral de forma irreversible. Según la intensidad del menoscabo o repercusión de la enfermedad sobre la capacidad funcional de la persona, se distinguen los siguientes grados de invalidez permanente: parcial o total para la profesión habitual, absoluta (imposibilidad de desempeñar cualquier profesión) y gran invalidez (cuando a la absoluta se añaden una pérdida de la autonomía para realizar los actos elementales de la vida cotidiana, como son asearse, vestirse o comer).



Nosotros estudiamos en la década de los 90 del siglo XX la importancia de las enfermedades reumáticas como productoras de discapacidad laboral en España. Los procesos reumáticos eran, en nuestra investigación, la tercera causa de incapacidad temporal, por detrás de los traumatismos y las enfermedades respiratorias, y la primera de invalidez permanente, por delante de las enfermedades cardiovasculares. Los procesos dolorosos de la columna vertebral y la artrosis periférica y el daño del menisco eran las principales causas de baja laboral de origen reumático. La artrosis y las hernias discales representaron los principales trastornos responsables de invalidez permanente. Estos procesos originaron, en la mayoría de los casos, una invalidez permanente total para la profesión habitual del trabajador.

Existen una serie de factores cuya aparición nos puede alertar del riesgo de que el trastorno reumático tenga un impacto nocivo sobre la capacidad y la vida laboral. Así, por ejemplo, la gravedad de la enfermedad, medida por la intensidad del dolor o por el recuento de articulaciones dolorosas/tumefactas (si padecemos un proceso de artritis), un mal estado funcional, la aparición de una depresión asociada, la existencia de síntomas constitucionales (fiebre, fatiga, pérdida de apetito o de peso) o el padecimiento de otras enfermedades no reumáticas (diabetes mellitus, enfermedades del corazón o respiratorias). Además de estas características dependientes de la enfermedad influyen mucho las exigencias de la ocupación o profesión: demanda física del trabajo, tipo de trabajo, complejidad, horas de dedicación, autonomía, salario, sector económico. Finalmente, casi todo el mundo está de acuerdo en que la repercusión de las enfermedades reumáticas sobre la vida laboral está condicionada por la edad del trabajador, su nivel de educación y determinadas variables familiares (fundamentalmente la responsabilidad que se deriva de su trabajo, entendida como la influencia y necesidad de su salario para el mantenimiento de la unidad familiar).

De cualquier manera, hay que ser optimistas. **Son cada vez más los pacientes reumáticos que pueden completar su vida laboral y jubilarse cuando les corresponda.** Esto es así por el gran avance del tratamiento verificado en los últimos años en 3 áreas importantes: los procesos de artritis (artritis reumatoide, artritis psoriásica, espondilitis anquilopoyética), la osteoporosis y la cirugía ortopédica de la artrosis en la rodilla y cadera.



Principales enfermedades reumáticas responsables de incapacidad temporal (baja laboral). Se representan los porcentajes de cada una de ellas como causantes de baja laboral de origen reumático.

¿Cómo puedo proteger mis articulaciones?

Francisco Javier Ballina García
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario Central de Asturias

El cuidado de las articulaciones, al igual que el del resto de las estructuras del aparato locomotor, como huesos o ligamentos, es importante a cualquier edad y para cualquier persona. El aparato locomotor envejece y necesita una vigilancia y atención para que permanezca en buen estado a lo largo de la vida. Sin embargo, si se padece una enfermedad de las articulaciones, como la artritis, la protección de las articulaciones es un asunto de primordial importancia. La artritis hace que las articulaciones se inflamen y se vuelvan rígidas, con lo que muchos de los movimientos se hacen dolorosos. Proteger las articulaciones es importante para evitar o aliviar el dolor y prevenir la aparición de daños irreversibles en la articulación.

La protección de las articulaciones puede realizarse con cinco pasos básicos:

- 1) **Manténgase activo:** tener artritis no significa ser un inválido. Actividades aeróbicas, como caminar, nadar, andar en bicicleta..., están permitidas en la artritis, salvo en los casos de la existencia de un brote inflamatorio. Los ejercicios que se enseñan a los pacientes con artritis, para mantener la movi-

lidad articular y evitar la atrofia muscular, deben realizarse diariamente, de una forma suave y lenta para evitar daño sobre las articulaciones.

- 2) **Actitudes posturales correctas:** las malas posturas producen un reparto desigual del peso sobre el organismo. Al estar sentado, la espalda debe estar recta y apoyada sobre un respaldo. Evite los sillones que se hundan, procure un asiento firme; los pies deben estar firmemente apoyados en el suelo. No permanezca mucho rato de pie o sentado, cambie de postura cada cierto tiempo. Para recoger objetos del suelo, no doble la columna, sino las rodillas. Lleve los pesos lo más cerca posible del cuerpo. El colchón ha de asentarse sobre una superficie firme, para favorecer el descanso nocturno.
- 3) **Controle su peso:** cuanto más peso tenga, más tensión soportarán sus articulaciones, especialmente columna, rodillas, caderas y pies. La obesidad supone un riesgo elevado de desarrollar artrosis en diversas articulaciones. Adelgazar, disminuye además el dolor de las enfermedades articulares. Aliméntese con una dieta equilibrada, que contenga frutas y verduras ricas en vitaminas.
- 4) **Evite la sobrecarga:** las actividades que produzcan exacerbación del dolor deben suprimirse o limitarse, e incluso en fases muy dolorosas es necesario el reposo relativo o absoluto durante algún tiempo. Evite el transporte de cargas pesadas y caminar por terrenos irregulares. Utilice un calzado amplio. Las plantillas pueden servir para mitigar el dolor de las articulaciones de las extremidades inferiores. Los bastones y muletas también pueden aliviar el dolor, al descargar las articulaciones enfermas, a la vez que previenen las caídas. En sus actividades diarias, intercale periodos de reposo.

- 5) **Utilice dispositivos de ayuda:** coloque agarraderas en las paredes, pasillos, cuartos de baño... para poder sujetarse con firmeza y prevenir caídas. Los grifos deben ser preferentemente monomando. Un carrito de ruedas puede permitir el transporte de diversos objetos (compra diaria, la vajilla...) sin hacer grandes esfuerzos. Disponga de electrodomésticos que simplifiquen su vida en el hogar: abrelatas y cuchillos eléctricos, lavadoras de carga superior, empuñaduras gruesas para los cubiertos, lavaplatos... En el cuarto de baño emplee suelos antideslizantes, soportes para la entrada y salida de la bañera y del retrete, asientos de plástico para la ducha...

Finalmente, no intente hacer todos los cambios que precise de una sola vez. Incorpórelos gradualmente a sus actividades diarias y eso hará más fácil su cumplimiento. Vigile sus actividades. Suprimir viejos y nocivos hábitos puede hacer su vida más sencilla y con menos dolor.

Si tengo una enfermedad reumática, ¿es peligroso que viaje?

Francisco Javier Ballina García
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario Central de Asturias

Las enfermedades reumáticas son las referidas al aparato locomotor, es decir, del sistema orgánico que, constituido por huesos, músculos y articulaciones, nos permite el movimiento. Las enfermedades reumáticas como la artrosis, la lumbalgia, la artritis, las tendinitis o la osteoporosis producen dolor y dificultan los movimientos y desplazamientos de las personas que las padecen.

Las vacaciones son un tiempo de relajación y de dejar atrás el estrés de la vida diaria. Es muy agradable conocer sitios nuevos donde disfrutar con nuestros amigos y familiares. Sin embargo, para un enfermo reumático, el viaje que ello supone puede representar una gran incomodidad y un auténtico calvario. No obstante, **siguiendo algunas sencillas normas, estos pacientes pueden disfrutar de viajes y vacaciones de la misma forma que aquellos que no tienen dichas enfermedades.**

El reumatismo no ha de impedirle viajar: cualquier persona con un problema reumático puede sentirse atemorizada ante la perspectiva de un viaje, con todos los inconvenientes que representa. Llevar maletas, caminar mucho tiempo, utilizar transportes incómodos... son aspectos nada fáciles, que pueden retraernos de

viajar. Sin embargo, con un mínimo de organización, el reumatismo no ha de ser un impedimento para disfrutar de unas necesarias vacaciones.

Sea realista: adapte su viaje a sus limitaciones. Quizá no sea lo más aconsejable un viaje por las montañas de Nepal, que sobrecargará sus articulaciones enfermas, pero existen otras muchas posibilidades que pueden hacerle disfrutar. Lleve su propio ritmo; no tiene por qué cumplir la programación de actividades de las agencias o de los hoteles, que están pensadas para personas que no tienen enfermedades.

Tenga programados todos los detalles: planifique su viaje al máximo posible. No deje las cosas a la improvisación. Cualquier dificultad supondrá para usted un sobreesfuerzo y un gasto de energía. Haga las reservas en hoteles y compañías de viaje, y tenga todos los billetes que necesite con varias semanas de antelación. Si va a viajar en coche, no programe hacer cada día un número excesivo de kilómetros; es mejor repartir el total del viaje en etapas más cortas. Después del viaje haga un día completo de descanso.

Explique su enfermedad en la compañía o en la agencia de viajes: esto puede permitirle conseguir los asientos más espaciosos, como los de la salida de emergencia en el avión. En el aeropuerto, acuda al mostrador de la compañía a fin de conseguir servicios especiales, como una silla de ruedas o un vehículo de transporte. Contrate hoteles que tengan habitaciones y servicios especiales, si tiene una incapacidad severa o necesita silla de ruedas.

Procure conseguir viajes directos: evite los traslados excesivos, con conexiones apretadas o esperas muy prolongadas. Evite también los días y las horas "punta". Todos ellos son factores que pueden incrementar su grado de fatiga. Si viaja en coche, haga paradas con frecuencia para descansar.

Lleve en un bolso de mano todas las cosas fundamentales:

junto con sus documentos y billetes de viaje ponga también sus medicamentos, algún alimento ligero como fruta o yogur, que puede necesitar para tomar la medicación, y una pequeña almohada o collarín cervical para poder echar algún sueño durante el viaje. Lleve también un informe actualizado sobre su enfermedad y su tratamiento, por si tiene que acudir a otro médico. Lleve su cartilla del Sistema Nacional de Salud. Si viaja al extranjero, obtenga un seguro que cubra razonablemente las emergencias que pueda necesitar.

No transporte un equipaje excesivo:

procure utilizar maletas con ruedas, que son más fáciles de mover. Dentro de su maleta organice el espacio cuidadosamente. Si viaja en avión, procure asegurarse que no lleva tijeras, cortaúñas, cuchillos... que le obligarán a perder tiempo y a un sobreesfuerzo al pasar por los detectores de metales.



Haga los ejercicios que le han recomendado contra la enfermedad antes del viaje y durante las paradas: ello le evitará la rigidez y el dolor que puede causarle la inmovilidad. Si un viaje en avión o en tren es largo, es conveniente levantarse cada hora y caminar durante 5 minutos. En los viajes en autobús, flexione y estire sus articulaciones y asegúrese de que se hacen las suficientes pausas.

Lleve vestidos amplios y calzado cómodo: esto facilitará un movimiento más fácil y suave de sus articulaciones. El zapato ha de ser ancho, con una pequeña cuña en el talón. No son aconsejables ni los tacones elevados ni los zapatos planos.

Consulte con su médico previamente: infórmese si su enfermedad reumática tiene alguna limitación especial. El sol y la playa suelen ser favorables en determinadas enfermedades como la psoriasis o la osteoporosis, pero pueden perjudicar otras como el lupus. Conozca si necesita alguna dieta o puede comer libremente en su punto de destino.

¿Cómo es una consulta con un reumatólogo?

Francisco Javier Ballina García
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario Central de Asturias

Cuando usted o su médico de Atención Primaria han decidido plantear una consulta al reumatólogo, ha de saber que **se trata de una visita similar a la que realizan los diferentes especialistas en Medicina Interna (cardiólogo, nefrólogo,...), pero con unas características especiales que debe conocer.** En primer lugar, acuda a la consulta con su historial médico preparado. Lleve todos los informes médicos que posea, así como las radiografías y análisis que tenga en su poder. Lleve también toda la información sobre los medicamentos que esté tomando, incluyendo el nombre, la dosis y la frecuencia con que los utiliza. Es muy importante que le pueda comunicar al reumatólogo si algún medicamento le ha producido intolerancia, alergia o cualquier otro efecto indeseable. Es habitual que tras la exposición que usted haga de su problema, el reumatólogo le pregunte por las características de las molestias que le han hecho acudir a consulta. Por ejemplo: ¿Dónde y desde cuándo le duele? ¿Cómo es su dolor: agudo, difuso, intenso...? ¿Se le hinchan las articulaciones? ¿Le han salido manchas en la piel? ¿Algún miembro de su familia padece de un problema similar?

Posteriormente, el reumatólogo le hará un examen físico en el que buscará signos que delaten su enfermedad reumática, tales

como tumefacción, calor o enrojecimiento de las articulaciones, deformidades en las mismas o crujidos y dificultades al movimiento. Las enfermedades reumáticas se acompañan en muchas ocasiones de afectación de otros órganos fuera de las articulaciones, por lo que habitualmente auscultará su corazón y sus pulmones, palpará su abdomen y buscará la presencia de lesiones cutáneas, oculares o en las mucosas orales y genitales.

En ocasiones, todo este proceso será suficiente y el reumatólogo podrá establecer un diagnóstico firme y un tratamiento, pero otras muchas veces no será así y tendrá que solicitar pruebas complementarias que le ayuden a diagnosticar de forma exacta su padecimiento reumático. Estas pruebas suelen ser análisis de sangre y orina, y estudios de imagen como radiografía, escáner o resonancia. Mientras se efectúan estas pruebas, el reumatólogo le puede proporcionar algún tratamiento que le alivie de sus molestias.

Cuando su reumatólogo ha podido determinar qué tipo de enfermedad padece, le será explicado cuáles son las características de la misma, cuál es su pronóstico, así como qué tipos de tratamientos existen para luchar contra ella. Usted conocerá entonces si su enfermedad es o no curable, si se puede controlar y detener su evolución, y los consejos y medicinas útiles para tratarla. Este es el momento en el que usted debe preguntar todo aquello que desee. No tema hacer preguntas; el reumatólogo está esperando la máxima colaboración de su parte y sabe que un paciente activo y bien informado es el mejor apoyo para vencer la enfermedad. Es habitual, y lógico, que el enfermo quiera saber cuánto tardará en hacer efecto el tratamiento, qué posibles efectos adversos pueden aparecer por la enfermedad o por las medicinas y qué pasará si este tratamiento inicial no le funciona. Las preguntas favorecen y estimulan la confianza en la relación médico-paciente, pilar básico de cualquier acto terapéutico.

Finalmente, el reumatólogo tendrá que decidir quién llevará la responsabilidad de su problema médico en el futuro. En muchas ocasiones, será su médico de Atención Primaria quien dirigirá su tratamiento desde el inicio. Otras veces, la cronicidad y severidad de la enfermedad precisarán de tratamiento y vigilancia –transitoria o no– en la consulta de Reumatología. Con frecuencia, se precisa la colaboración de otros colegas: ortopedas, rehabilitadores, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales..., a los que su reumatólogo le remitirá, estableciendo con ellos la comunicación necesaria.



¿Es bueno hacer ejercicio si tienes una enfermedad reumática?

Francisco Javier Ballina García
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario Central de Asturias

En el tratamiento de las enfermedades reumáticas no todo son medicinas. El paciente necesita información sobre muchos aspectos útiles para aliviar y mejorar su enfermedad, así como saber evitar otros que le son perjudiciales.

Tanto el reposo como el ejercicio son importantes. La sabia combinación de estas dos armas terapéuticas es de gran utilidad para mejorar todos los reumatismos. El reposo evita que las zonas enfermas por el reumatismo se deterioren y, además, calma el dolor. Pero también el ejercicio mejora las articulaciones y, realizado con prudencia y conocimientos, puede aliviar el sufrimiento.

Muchos reumatismos tienen “brotos” (periodos agudos de mayor dolor) y durante estas fases el reposo es obligatorio. Las articulaciones enfermas deben quedar libres de sobrecargas, como estar mucho tiempo de pie o caminar con pesos. El reposo alivia las enfermedades que producen fatiga –artritis reumatoide, fibromialgia...– y debe evitarse una vida agitada física y psíquicamente. Dormir un mínimo de ocho horas, e incluso una siesta de 20 ó 30 minutos, es un descanso recomendable.

El ejercicio tiene por función mantener la movilidad y fortalecer la musculatura. Además, también mejora psicológicamente a los pacientes deprimidos. Ha de ser suave, sin que ocasione dolor, pero debe hacerse decididamente y de forma constante y diaria. Hay diferentes movimientos para cada articulación, y es el médico el que debe prescribirlos y enseñar al paciente cómo han de ejecutarse.

Con respecto al deporte, los hay beneficiosos y perjudiciales. La natación, el ciclismo (*mountain-bike* por terreno llano), la bicicleta estática, la petanca y pasear, pueden ser muy beneficiosos al favorecer la musculatura y el apoyo psicológico. No son buenos, sin embargo, para el reumático deportes como fútbol, tenis, baloncesto..., en los que existe contacto físico y son frecuentes los choques y los golpes. Otros como el *jogging*, el golf o el *squash*, sobrecargan en exceso zonas del aparato locomotor –como la región lumbar– y tampoco son recomendables.



¿Es importante seguir una dieta en las enfermedades reumáticas?

Alejandra López Robles
Complejo Hospitalario de León

La dieta es considerada desde hace mucho tiempo como un factor importante en la salud y la enfermedad.

Existe un gran número de enfermedades reumáticas entre las que se encuentran distintos tipos de artritis (artritis reumatoide, espondiloartropatías, colagenosis, gota, etc.), artrosis y osteoporosis. De todas ellas, solamente se conoce una relación directa con la dieta en la artritis gotosa. En ella, los alimentos ricos en purinas como mariscos, vísceras animales y el alcohol presentan una clara relación con la enfermedad debido a que aumentan los niveles de ácido úrico en la sangre, pudiendo actuar como un factor precipitante de una crisis de artritis aguda. En el resto de artritis producidas por enfermedades reumáticas inflamatorias, no existe una clara conexión con ningún alimento en particular.

Se ha hablado mucho acerca de la relación que tiene la dieta con la artritis reumatoide y que existirían ciertos componentes de los alimentos que podrían mejorar o empeorar los brotes de dicha enfermedad. No existen datos científicos que apoyen esta afirmación, salvo algunos estudios que han demostrado el efecto beneficioso de los ácidos grasos poliinsaturados omega 3. Las dietas

ricas en este tipo de sustancias, que se encuentran en algunos pescados frescos como la caballa, el atún, el salmón y la sardina, disminuyen la actividad inflamatoria, la fatiga y el dolor en la artritis reumatoide. Se ha postulado que las dietas pobres en plantas del grupo de las solanáceas (tomates, patatas, berenjenas y pimientos) poseen efectos antiinflamatorios y que las vegetarianas suplementadas con la cantidad suficiente de proteínas, vitaminas y minerales pueden dar lugar a una pequeña mejoría del dolor y la rigidez. Del mismo modo, el ayuno también puede mejorar estos síntomas, probablemente debido a la supresión del sistema inmunitario, pero no se puede mantener a largo plazo sin causar otros problemas de salud.

Existen a su vez algunos casos en los que la ingesta de un determinado alimento empeora la artritis, siendo responsables de un pequeño número de brotes. De todas formas, no está probada la conexión entre la alergia o la intolerancia alimentaria y los brotes de artritis reumatoide. Parece existir una relación inversa entre las moléculas antioxidantes como la vitamina C, la vitamina E y la vitamina D y la artritis; es decir, a más vitaminas menos riesgo de artritis, aunque no está científicamente demostrado. Esta afirmación podría cumplirse también en la artrosis.

Está establecido que en las enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide y el lupus eritematoso sistémico existe una aterosclerosis acelerada que depende, entre otros factores, del proceso inflamatorio crónico. Estos pacientes tienen una tasa mayor de complicaciones cardiovasculares que la población general, por lo que es muy importante controlar los factores de riesgo vascular. Entre dichos factores se encuentran el control de su patología de base, la hipertensión arterial, la obesidad, la hiperlipemia y la abstención del tabaco, entre otros. En este sentido, la dieta juega un papel coadyuvante como control de estos factores de riesgo. Una dieta pobre en sal y restringiendo los alimentos con alto contenido en colesterol como el embutido, mantequilla, bollería, que-

osos grasos, etc., acompañada de ejercicio físico practicado de forma regular, va a favorecer el control de dichos factores.

En la artrosis, lo fundamental es evitar el sobrepeso para no sobrecargar las articulaciones de los miembros inferiores. Además, los datos epidemiológicos han establecido la relación entre la obesidad y la artrosis de rodilla.

Respecto a la osteoporosis, hay que tener una ingesta adecuada de calcio y vitamina D, realizar ejercicio de forma regular y abandonar los hábitos tóxicos como el consumo de tabaco y el exceso de alcohol y cafeína. El aporte de calcio diario debe ser de 1.200-1.500 mg diarios, siendo preferible el calcio de la dieta a los suplementos farmacológicos, y la cantidad de vitamina D debe oscilar entre 400-800 UI diarias. La principal fuente de calcio la constituyen la leche y sus derivados, aunque también existen otros alimentos ricos en calcio como los frutos secos (sobre todo pistachos, avellanas y nueces de Brasil), el pescado azul, higos, ajos, cebollas, etc. Respecto a la vitamina D, podemos encontrarla también en la leche, mantequilla, huevos, pescados grasos (salmón, atún, sardinas, etc.), hígado de bacalao, etc.

La dieta y los suplementos nutricionales tienen una influencia mínima en la evolución de la artritis y nunca deben sustituir al tratamiento farmacológico.

Las recomendaciones actuales para pacientes con artritis son las mismas que para la



población general: evitar la obesidad y hacer una dieta variada, con un predominio de grasas poliinsaturadas y rica en frutas y verduras. A estas recomendaciones hay que añadir la abstención del tabaco y la práctica de ejercicio físico habitual, evitando el sobrepeso, ya que añade un mayor riesgo de deterioro sobre las articulaciones de los miembros inferiores.



Diagnóstico

¿Cómo se diagnostica una enfermedad reumática?

Alejandro Olivé
Servicio de Reumatología.
Hospital Can Rutí. Badalona

Aunque suene algo presuntuoso, **el instrumento más valioso para diagnosticar una enfermedad reumática continúa siendo una correcta entrevista médica y una exploración física reglada.** Una vez realizado esto, el facultativo solicitará con un buen sentido clínico las pruebas de laboratorio indicadas y aquellas pruebas de imagen (radiología) convenientes.

En las pruebas de laboratorio, indudablemente los reactantes de fase aguda (la velocidad de sedimentación y la proteína C reactiva) son de gran ayuda ya que muy pocas enfermedades reumáticas cursan sin su aumento. Un hemograma y una bioquímica plasmática básica son también un buen complemento. Dependiendo de las manifestaciones clínicas, se pueden solicitar los anticuerpos antinucleares, el factor reumatoide y el antígeno de histocompatibilidad B27; pero es esencial entender que estas tres últimas pruebas irán en función de la historia clínica efectuada.

Los reumatólogos no suelen empezar “la casa por el tejado”, pocas veces comenzarán las pruebas de imagen con una resonancia magnética nuclear. La radiología simple, con sus proyecciones adecuadas y su atenta lectura, darán pie a la mayoría de

diagnósticos. Así pues, siempre solicitamos pruebas, pero basadas en la historia clínica y la exploración física, que son la base del diagnóstico correcto.

¿Qué estudios de imagen se utilizan con más frecuencia?

Juan José Lerma
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario de Castellón

En el campo de la Reumatología existe una amplia variedad de enfermedades que afectan a la integridad del aparato musculoesquelético.

Las técnicas de imagen complementarias son de gran ayuda para la confirmación del diagnóstico médico y nos ayudan en el planteamiento clínico y terapéutico del paciente con patología reumática.

A pesar de los numerosos e importantes avances tecnológicos aplicados a la medicina que en los últimos años han sucedido, **la radiología simple sigue siendo la primera técnica de imagen de elección en el paciente que acude a la consulta del médico de Atención Primaria y/o especialista por un problema osteoarticular.**

La ventajas de esta técnica residen en que se encuentra a disposición de todos los facultativos, es barata comparada con otro tipo de exploraciones y es de fácil interpretación.

Informa básicamente sobre patología a nivel de los huesos, siendo de utilidad para valorar si existe afectación ósea, su grado de evolución y posibles complicaciones.

En las enfermedades degenerativas del aparato locomotor, por ejemplo la artrosis, constituye una técnica que nos aporta una importante información en relación a la estructura ósea, las características del espacio articular y su estrechamiento, el alineamiento articular y la afectación de partes blandas.

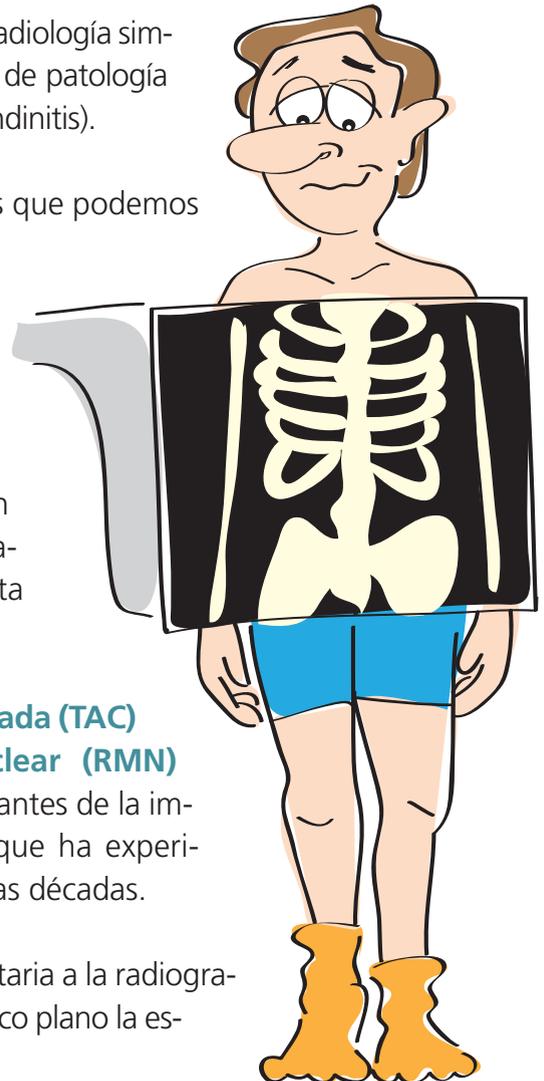
La **ecografía musculoesquelética** constituye otra técnica de imagen que nos permite visualizar de forma global una amplia variedad de estructuras anatómicas, tales como la cortical ósea, los tendones, los músculos, los ligamentos, el cartílago articular...

Es la prueba de elección junto a la radiología simple, ante el paciente con sospecha de patología de partes blandas (por ejemplo, tendinitis).

La gran ventaja que nos aporta es que podemos observar en tiempo real y de forma dinámica las estructuras a estudio, aunque su mayor inconveniente reside en que se trata de una técnica con una curva de aprendizaje dificultosa y en ocasiones depende en exceso la interpretación de los hallazgos patológicos del especialista que la realiza.

La **tomografía axial computerizada (TAC)** y la **resonancia magnética nuclear (RMN)** son dos técnicas de imagen resultantes de la importante evolución tecnológica que ha experimentado la medicina en las últimas décadas.

La TAC es una técnica complementaria a la radiografía y que permite mostrar en un único plano la es-



estructura que nos interesa estudiar, evitando las estructuras adyacentes, que nos pueden alterar o distorsionar la imagen a estudio.

La reconstrucción mediante el ordenador de los distintos planos tomográficos es de especial utilidad para la investigación del hueso y las articulaciones más complicadas.

La RMN es la técnica de imagen que más amplia y variada información nos puede proporcionar en el paciente reumático, ya que se trata de un estudio que nos permite visualizar de un modo preciso y concreto tanto las partes blandas como las estructuras óseas y articulares.

Es especialmente útil en las enfermedades inflamatorias autoinmunes del aparato locomotor, tales como la artritis reumatoide, ya que en su etapa más precoz es capaz de mostrar la presencia de edema óseo, proliferación de la sinovial y pequeñas erosiones óseas que por otras técnicas difícilmente se pueden visualizar, ayudándonos a un diagnóstico precoz de las mismas y a la instauración temprana de una terapia farmacológica adecuada al respecto.

La **gammagrafía ósea** es una técnica de imagen que mediante la administración intravenosa de un radioisótopo nos permite detectar aquellas regiones óseas que presentan algún proceso inflamatorio o infeccioso debido a la hipercaptación que presentan del mencionado contraste.

Finalmente, la **densitometría ósea**, por absorciometría de rayos X, es una técnica diagnóstica que permite medir la densidad mineral del hueso, es decir, su contenido en calcio.

Se ha convertido en la principal herramienta diagnóstica utilizada en la osteoporosis, ya que nos va a permitir determinar el riesgo de sufrir fracturas óseas.

Esta prueba puede servir para valorar la salud ósea, para llevar el control de la pérdida ósea o la respuesta al tratamiento y para detectar la osteoporosis en su etapa más precoz e instaurar un tratamiento preventivo.

¿Dónde tengo que dirigirme cuando empiezo a notar algún síntoma reumático?

Alejandro Balsa
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario La Paz. Madrid

Antes de responder a esta pregunta habría que aclarar qué es lo que se entiende por “síntoma reumático”.

Por “síntoma reumático” deberíamos entender todos los dolores que se originan en el aparato musculoesquelético, es decir, en los huesos, músculos o articulaciones. Esta definición que parece sencilla, en ocasiones no es tan fácil de diferenciar, ya que algunas enfermedades que no tienen nada que ver con el “reúma”, pueden tener síntomas dolorosos referidos en zonas del cuerpo que pueden simular un origen musculoesquelético. Por ejemplo, el dolor del cólico biliar puede aparecer en el hombro derecho, el dolor de una úlcera de estómago puede irradiarse a la espalda o el dolor de un cólico nefrítico puede aparecer en la región lumbar.

El dolor que se origina en los huesos, músculos y articulaciones tiene algunas características que le hacen ser diferente del que se origina en otras regiones del cuerpo y nos ayuda en el diagnóstico. Este tipo de dolor suele estar relacionado con los movimientos y tiene una distribución característica, que depende del origen y que es de mucha ayuda para el médico que lo conoce.

El dolor de origen musculoesquelético es muy frecuente y puede tener múltiples causas. Algunas tan poco importantes como el que se produce cuando una articulación o un músculo trabajan en exceso o durante mucho tiempo, y que simplemente remiten con un poco de reposo. En otras ocasiones puede aparecer dolor en músculos y articulaciones durante un proceso infeccioso, por ejemplo, una gripe, y es lo que se conoce vulgarmente con el término “trancazo” y que desaparece totalmente cuando se cura la enfermedad infecciosa. También puede aparecer dolor en los huesos, músculos o articulaciones cuando los usamos mal, por ejemplo, si estamos mal sentados o con la columna en una posición que no es normal. En estos casos no podemos decir que hay una enfermedad responsable, sino que habrá que corregir los hábitos posturales y recuperar el tono muscular normal para que desaparezcan las molestias.

Podemos decir que un dolor de origen musculoesquelético debe ser estudiado por un médico cuando tiene una duración considerable, cuando tiene una gran intensidad que incluso dificulta el sueño o despierta por la noche y cuando limita o impide las actividades normales de la vida diaria. Con esto no queremos decir que siempre que hay algún dolor de estas características exista una enfermedad reumática responsable, ya que el dolor es un síntoma muy subjetivo y cada persona lo vive o refiere de una manera personal. Lo que es un dolor soportable para una persona, puede ser insoportable para otra.

Si una persona decide que el dolor que padece tiene la suficiente importancia como para investigar su origen, debe acudir a un médico. **El médico de Atención Primaria es el profesional que está más preparado para investigar el origen del dolor.** Habitualmente tienen la formación necesaria para poder diferenciar si el dolor tiene un origen poco importante o si, por el contrario, es el reflejo de alguna enfermedad. Muchas veces sólo con los síntomas y una pequeña exploración puede ser suficiente para descu-

brir el origen, mientras que en otros será necesario confirmar las sospechas con análisis o pruebas de imagen como radiografías. Si el médico confirma que el origen del dolor es musculoesquelético y no cede o mejora con el tratamiento que le administra, entonces le debe remitir al especialista, que es el reumatólogo.



¿Es difícil diagnosticar las enfermedades reumáticas?

Ana Urruticoechea
Servicio de Reumatología.
Hospital Can Misses. Ibiza

En las enfermedades reumáticas el diagnóstico es fundamentalmente clínico, y son las manifestaciones clínicas las que nos orientan hacia el diagnóstico de la enfermedad. **El diagnóstico de las enfermedades musculoesqueléticas suele resultar en ocasiones difícil, ya que muchos de los síntomas son similares entre las distintas enfermedades.**

Para realizar un diagnóstico preciso, el médico se basa en:

- La historia clínica.
- Exploración física.
- Pruebas de laboratorio.
- Pruebas radiológicas.

Será muy importante la historia clínica rigurosa del paciente, recogiendo las características del dolor, su distribución, el número de articulaciones afectadas, la presencia de hinchazón articular, el tiempo de evolución, entre otros síntomas, logrando realizar un diagnóstico en la mayoría de las ocasiones.

El diagnóstico de una enfermedad reumática no se realizará con un análisis de sangre. Las pruebas de laboratorio ayudan a confirmar o descartar algunas enfermedades del aparato locomotor. La analítica puede ser una herramienta para seguir la evolución de ciertas enfermedades reumáticas y un control de medicación específica. Otras pruebas como las radiografías, la resonancia magnética nuclear y otras técnicas de diagnóstico son útiles en algunos casos, si bien no siempre son necesarias para realizar el diagnóstico.

Uno de los problemas más importantes asociados a las enfermedades reumáticas es el diagnóstico tardío. La falta de conocimiento de la población sobre estas enfermedades puede ocasionar un diagnóstico tardío. En ocasiones, el propio individuo afectado no acude a su médico de familia, en su centro de salud. En otras ocasiones es el enfermo el que no tiene acceso al especialista médico del aparato locomotor, el reumatólogo, desde su médico de familia. En consecuencia, pueden pasar meses o años hasta que la persona afectada recibe el diagnóstico correcto. Todo ello nos lleva a una disminución de la calidad de vida de los pacientes y un aumento del gasto sanitario.

Igualmente, es importante acudir al médico de familia en su centro de salud y ser valorado en los casos oportunos por el especialista médico de las enfermedades reumáticas, es decir, el reumatólogo. El médico de familia puede diagnosticar y tratar con eficacia muchas dolencias relacionadas con el aparato locomotor.

El diagnóstico precoz es uno de los factores pronósticos más importantes de las enfermedades musculoesqueléticas. Cada vez existen más consultas destinadas al diagnóstico precoz de las enfermedades reumáticas, como es el caso de las consultas de artritis reumatoide o de espondilitis anquilosante.

Por tanto, **un diagnóstico y tratamiento precoz pueden evitar la progresión de la enfermedad reumática, incluso conseguir una remisión de la enfermedad.**

Las enfermedades reumáticas se caracterizan por su alta prevalencia, casi uno de cada cuatro individuos está afectado por una enfermedad reumática con tendencia frecuente a la cronicidad. Recordar que son la primera causa de dolor y de incapacidad. El alto impacto de estas enfermedades hacen necesario el desarrollo de protocolos y programas que ayuden a abordar de una forma precoz y eficiente estas dolencias.

Concluyendo, el abordaje diagnóstico de las enfermedades reumáticas es fundamentalmente clínico. En primer lugar, la valoración por el médico de familia será imprescindible para una correcta derivación al reumatólogo. Y en segundo lugar, será muy importante la creación de circuitos de derivación preferente en los casos precisos, logrando así un diagnóstico y tratamiento precoz de las enfermedades reumáticas.



Tratamiento

¿Es peligroso abandonar la medicación?

José Rosas Gómez de Salazar
Servicio de Reumatología.
Hospital Marina Baixa. Villajoyosa.
Alicante

La no realización correcta del tratamiento por parte del paciente reumático es un problema que se da con frecuencia, aunque también aparece en todo tipo de enfermedades. En general, es consecuencia de olvidos, ante la aparición de efectos secundarios graves, e incluso probar y ver qué ocurre sin tomar la medicación. Suele ocurrir especialmente en enfermedades crónicas, sobre todo en los periodos que no provocan síntomas, como ocurre con frecuencia en las enfermedades reumáticas, en las que el paciente se encuentra con pocos síntomas e incluso asintomático, porque la enfermedad está controlada.

Esta situación puede provocar diversas consecuencias, que además podrían ser evitables. La primera y la más importante es que **al no tomar la medicación, la enfermedad se mantenga activa y, por tanto, con capacidad de provocar lesiones, que podrían ser irreversibles**. Por otra parte, el médico que controla al paciente puede tomar decisiones erróneas, incrementando la terapia o añadiendo nuevos fármacos, que pueden a su vez provocar efectos secundarios. Además, ante un tratamiento irregular, el paciente estaría asumiendo los riesgos inherentes al tratamiento, sin el beneficio de la propia terapia.

Para aumentar la adherencia del paciente al tratamiento, en primer lugar se debe intentar averiguar las causas de la incumplimentación del tratamiento. Hoy en día, muchos de los fármacos que se utilizan tienen diversas presentaciones que ayudan al cumplimiento de la pauta de tratamiento elegida. Contamos con fármacos que pueden administrarse en dosis única diaria, semanal, mensual, en parches, etc. Si aparecen efectos secundarios con la medicación, el paciente lo debe comunicar a su médico para intentar evitarlas o cambiar de fármaco.

Lo aconsejable es que el médico y el paciente consensúen previamente la mejor pauta para asegurar la realización correcta del tratamiento, teniendo en cuenta tanto las preferencias del paciente como las posibles obligaciones de la vida personal o laboral. Finalmente, es adecuado que el paciente conozca la evolución natural de la enfermedad

que padece y, por tanto, las consecuencias de no realizar el tratamiento de forma adecuada, especialmente hoy en día, que contamos con tratamientos eficaces en gran cantidad de enfermedades reumáticas.



¿Se pueden conseguir medicamentos en cualquier lugar de España?

Mario Agudo
Servicio de Reumatología.
Hospital Marqués de Valdecilla.
Santander

Clásicamente siempre ha existido diferencia en el acceso a los diversos tratamientos en función del lugar de residencia, tanto a nivel de los diferentes países como a nivel regional dentro de un mismo país. Todo ello viene condicionado por los variados tipos de financiación de los sistemas sanitarios tanto públicos como privados, distancia y medios de transporte desde el lugar de residencia a los centros sanitarios, características de los centros sanitarios en cada zona, personal sanitario, industria farmacéutica, sistemas de información, etc.

Estos aspectos han ido mejorando a lo largo de los años con el desarrollo económico, que nos ha proporcionado un avance en las vías y medios de transporte, nos ha dotado de centros sanitarios más modernos, un personal sanitario más cualificado, nuevos tratamientos, diversos sistemas de información con los que el paciente puede conocer los distintos aspectos sobre enfermedades y tratamientos disponibles, así como campañas de información y concienciación a la población en los distintos aspectos referentes a la salud.

El objetivo final es ofrecer fácil disponibilidad y buena calidad asistencial a toda la población. En este objetivo juegan un papel muy importante todos los eslabones dentro de la ca-

dena sanitaria, partiendo de la facilidad de acceso del paciente al médico de Atención Primaria, del conocimiento de la patología y disponibilidad de tratamientos por parte de éste, de la capacidad de interacción entre Atención Primaria y Especializada y de la disponibilidad de centros de especialidades cualificados. Por tanto, toda la población debería tener igual acceso a los diversos tratamientos, independientemente del lugar de residencia.

La realidad es que la gran mayoría de los tratamientos son igualmente accesibles a toda la población, tanto a nivel regional como nacional. Pero existe una minoría de tratamientos, de uso especializado fundamentalmente (por ejemplo, los tratamientos biológicos en Reumatología), que no están disponibles en su totalidad en todos los países, autonomías o incluso en los distintos centros sanitarios de una misma autonomía, ya sea por motivos de infraestructura (por ejemplo, ausencia de Hospital de Día) o gestión económica (elevado precio de ciertos tratamientos).

En el caso de la Reumatología, ha sido muy importante el desarrollo de nuevas terapias en las distintas enfermedades reumatológicas, muchas de ellas de reciente introducción para la aplicación en pacientes, por lo que cabe esperar, y es lo que todos deseamos, estén disponibles de forma uniforme y estandarizada para cualquier paciente que pudiese requerir su uso, independientemente de su lugar de residencia.



¿Tenemos tratamientos curativos?

Mercedes Alperi
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario Central de Asturias

En la actualidad disponemos de tratamientos muy eficaces para las artritis, capaces de proporcionar al paciente una buena calidad de vida. No obstante, todavía no disponemos de tratamientos curativos, por lo que los pacientes necesitan recibir medicamentos durante largos espacios de tiempo o incluso durante toda su vida. Lo que resulta esencial es que estos tratamientos se instauren lo antes posible, con el fin de evitar las secuelas irreversibles de la enfermedad.

El tratamiento de las artritis crónicas, tales como la artritis reumatoide, la espondilitis anquilosante o la artritis psoriásica, se basa en la utilización de medicamentos con efectos diferentes sobre la enfermedad: **los tratamientos sintomáticos, que son útiles para aliviar el dolor y la inflamación a corto plazo, pero que no sirven para modificar la evolución de la enfermedad a largo plazo, y los tratamientos modificadores de la enfermedad, también denominados FAME, que tienen un efecto más profundo sobre los mecanismos de la enfermedad.** Ambos se usan de manera conjunta en un paciente y se combinan de diferentes maneras en función del tipo de enfermedad y las características particulares de cada paciente.

Los tratamientos sintomáticos consisten fundamentalmente en antiinflamatorios no esteroideos (AINEs) y analgésicos. Estos fármacos actúan rápidamente sobre el dolor, pero no frenan los mecanismos de progresión de la enfermedad. De ahí que no deban constituir por sí solos el tratamiento completo de un paciente con artritis, salvo en situaciones excepcionales.

Los corticoides son útiles en el tratamiento de las artritis. Son muy rápidos y eficaces para controlar los brotes de la enfermedad y suelen utilizarse como complemento de otros tratamientos a dosis bajas. Además, dado su rápido efecto, se utilizan como tratamiento “puente” hasta que los FAME, de acción lenta, empiezan a actuar. Sus efectos secundarios como el aumento de peso, cataratas, aumento de los niveles de glucosa en sangre y osteoporosis se relacionan con su uso prolongado y a dosis altas. Sin embargo, utilizados a dosis bajas y de forma juiciosa, aportan en muchos casos claros beneficios para el paciente.

El otro grupo de medicamentos es el de los llamados tratamientos modificadores de la enfermedad o FAME y son la base fundamental de la terapia frente a la artritis. Estos tratamientos no sirven para tratar el dolor en un momento determinado, sino que actúan frenando los mecanismos inmunológicos que dan lugar a la enfermedad y a sus consecuencias de inflamación y destrucción de las articulaciones. Resulta esencial iniciar un tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad lo antes posible. Esto redundará en un beneficio mucho mayor para los pacientes con artritis.

De forma general, podemos distinguir dos grupos de fármacos modificadores de la enfermedad: los tradicionales y los agentes biológicos.

Los FAME tradicionales suelen asociarse a antiinflamatorios y corticoides al inicio del tratamiento. Son medicamentos seguros, si

bien deben tomarse ciertas precauciones cuando se utilizan, como hacerse controles analíticos periódicos.

Los FAME biológicos constituyen el último adelanto en el tratamiento de la artritis y han supuesto un gran avance en el control de la enfermedad.

Han demostrado una gran eficacia para controlar los síntomas de la artritis en pacientes que no responden a los FAME tradicionales. Además, son capaces de frenar las destrucciones y deformidades articulares. Son proteínas fabricadas por técnicas de ingeniería genética que bloquean de manera selectiva alguna molécula o célula que juega un papel importante en los mecanismos de producción de la enfermedad. Se administran de forma subcutánea o intravenosa. Entre ellos se encuentran los anti-TNF, llamados así porque inhiben selectivamente la acción de una proteína denominada TNF que juega un papel fundamental en la inflamación y destrucción de las articulaciones de pacientes con artritis.

Es importante mencionar que el tratamiento de la artritis debe individualizarse según las características de cada paciente. Así, hay pacientes para los que la mejor elección puede ser un fármaco modificador de la enfermedad tradicional, mientras que otros requerirán la utilización de un agente biológico.

Por otro lado, además del tratamiento específico de la artritis, no debemos olvidar el control de otros procesos con frecuencia asociados a estas enfermedades, como la osteoporosis o los factores de riesgo cardiovascular.

¿Qué tipo de ayudas técnicas puedo recibir?

Francisco Javier Ballina García
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario Central de Asturias

Una ayuda técnica es todo dispositivo o producto que permite o facilita realizar actividades con mayor comodidad. En realidad, todos las usamos en nuestra vida diaria; así por ejemplo, el mando a distancia. Desde la perspectiva de la medicina, las ayudas técnicas se refieren a las que emplean las personas discapacitadas, y así se define (UNE-EN ISO 9999, 2003) como “cualquier producto, instrumento, equipo o sistema técnico, utilizado por personas con discapacidad, fabricado especialmente o disponible en el mercado para prevenir, compensar, mitigar o neutralizar la deficiencia, discapacidad o minusvalía”. No obstante, en este campo los conceptos están cambiando de una forma muy importante, y ahora se tiende a mencionarlos como “productos de apoyo” enfatizando la idea de que, más que de minusvalías, debemos hablar de diversidades funcionales de los ciudadanos, los cuales buscan con las ayudas o los productos de apoyo lograr sus metas personales.

Las ayudas técnicas para las actividades de la vida diaria permiten al paciente ser independiente, aprovechando sus capacidades residuales. Actividades de la vida diaria son todas aquellas que realiza habitualmente una persona, que llegan a constituir rutinas diarias

y varían en función de la edad, la cultura y el nivel socioeconómico. Pueden ser básicas, como el aseo, la alimentación, la sexualidad o el vestido, o bien productivas, como el trabajo, el cuidado del hogar o las actividades de ocio.

En cuanto a las actividades básicas, se dispone de ayudas técnicas como cubiertos adaptados, peines, cortaúñas o esponjas de mango alargado, asientos de bañera o ducha, alzas de asiento para inodoros, abotonadores, ganchos para vestirse, calzamedias...

Con respecto a las actividades productivas, se pueden emplear cuchillos de cocina y tablas de cortar adaptados, pinzas de largo alcance, plantillas para escribir y adaptadores de instrumentos de escritura, barajadores de cartas...

El transporte y desplazamiento también se puede considerar como una actividad instrumental de la vida diaria, y como tal también dispone de ayudas técnicas para aquellas personas que no pueden realizarlo debido a dolor, falta de equilibrio, inestabilidad o parálisis. Los más comunes son los pasamanos, las barras paralelas, los andadores, las muletas axilares, el bastón de mano, el bastón de codo y las sillas de ruedas. Una variante del desplazamiento es la transferencia, es decir, el patrón de movimientos mediante el cual un paciente se desplaza de una superficie a otra, para llevar a cabo una actividad de la vida diaria. Entre las ayudas técnicas a este movimiento se encuentran las tablas y cinturones de transferencia, así como las grúas de elevación.



¿Qué son los equipos multidisciplinares en las enfermedades reumáticas?

Alejandra López Robles
Servicio de Reumatología.
Complejo Hospitalario de León

Se puede definir un equipo multidisciplinar como un conjunto de personas con diferentes formaciones académicas y experiencias profesionales que trabajan de forma conjunta con un objetivo común. En ellos, cada individuo conoce su papel y el papel de los demás, trabajando conjuntamente bajo la dirección de un coordinador.

Cada vez es más habitual encontrar este tipo de equipos en los hospitales formados por enfermeras, médicos de distintas especialidades, psicólogos, fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales, que se encargan de realizar un plan de trabajo para llevar a cabo el tratamiento y/o seguimiento del paciente combinando las disciplinas a las que pertenece cada miembro. No en todos estos equipos tienen que existir necesariamente todos los miembros citados anteriormente. Su composición varía tanto en número de disciplinas involucradas como en número de miembros de cada especialidad, en función del fin al que vaya destinada la unidad.

Dentro de la Reumatología existen distintas unidades multidisciplinarias, entre las que se encuentran unidades de enfermedades autoinmunes, de uveítis, de fibromialgia, unidades de dolor, de

metabolismo óseo, etc. Estas entidades, aunque son una excelente forma de trabajo, no existen en todos los hospitales y en la actualidad se trabaja para conseguirlo. Normalmente, el trabajo conjunto con el paciente depende más de la buena voluntad del facultativo que de la organización del sistema.



¿Por qué es tan difícil tratar el dolor?

Javier Vidal

*Servicio de Reumatología. Hospital
Universitario de Guadalajara*

El dolor es inherente a la mayoría de las enfermedades reumáticas y el principal motivo de consulta. Como síntoma, el dolor es la guía que al reumatólogo le permite establecer o buscar, junto con otros síntomas, la exploración clínica y las pruebas complementarias, el diagnóstico específico de la enfermedad reumática de que se trate. Esto es esencial para establecer un pronóstico y un tratamiento adecuados. Aquí el reumatólogo es el mejor preparado para su evaluación. No obstante, hay que reconocer que **el dolor, además de un síntoma es un proceso biológico muy complejo** en el que intervienen, por un lado, la causa del mismo, que generalmente es una lesión de los tejidos del aparato locomotor (en el caso de las enfermedades reumáticas) como el cartílago, el hueso, los tendones, los ligamentos, los músculos, e incluso los nervios periféricos, y por otro lado, el propio sistema nervioso, que es el encargado de transmitir los estímulos dolorosos de la lesión hasta el cerebro, y por último, este estímulo es percibido de forma consciente por el individuo y se convierte en una experiencia y una vivencia individual, personal y psicológica influida por factores como la educación, el estado de ánimo, el estrés, e incluso las creencias religiosas.

Esta complejidad del dolor, especialmente en los casos de dolor crónico, donde lo importante a veces no es la causa que lo produce, es decir, el tipo o grado de lesión, sino los cambios que tienen lugar en el sistema nervioso y la propia vivencia del dolor y el grado de sufrimiento o de repercusión personal familiar y social que tiene, condicionan que el reumatólogo y la mayoría de los médicos requieran una formación específica en el área del dolor, una mayor dedicación a su evaluación y la utilización de diversos tratamientos no farmacológicos y farmacológicos, e incluso técnicas intervencionistas y de psicoterapia.

En ese sentido, no solamente en la Reumatología, sino en la mayoría de las especialidades médicas, existe un déficit de formación. Por ello, siendo consciente la Sociedad Española de Reumatología, en los últimos años se han implementado programas y actividades específicas de formación en dolor como son la escuela del dolor, dos simposios específicos sobre dolor en Reumatología con dos cursos de formación a residentes adicionales, dos consensos sobre la fibromialgia y sobre tratamiento con opioides en las enfermedades reumáticas y un módulo de tratamiento del dolor dentro del máster de Reumatología en colaboración con la Universidad Ouberta de Cataluña.

¿Existe el peligro de la adicción en los tratamientos antirreumáticos?

*Eugenio de Miguel
Servicio de Reumatología.
Hospital La Paz. Madrid*

La adicción farmacológica se puede definir como un estado psicofísico caracterizado por la modificación del comportamiento, generalmente a causa de un impulso irreprímible por consumir una droga (o medicamento) de forma continua o periódica, a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, en ocasiones, para aliviar el malestar producido por la privación de éste, es decir, el llamado síndrome de abstinencia.

En este sentido, podemos responder que **la mayoría de los tratamientos usados para el dolor en Reumatología no causan adicción**. En los últimos años ha mejorado mucho lo que sabemos de las enfermedades reumáticas y han aparecido nuevos medicamentos. Con todo ello, el reumatólogo tiende a enfocar el tratamiento del dolor actuando, en la medida de lo posible, sobre las causas que lo producen, no sobre los síntomas, de esta forma la mayor parte de los tratamientos que hoy se utilizan disminuyen el dolor al reducir la inflamación, o la causa del dolor, y no son fármacos que causen adicción. En todo caso, pueden producir un cierto grado de dependencia al notar el paciente que la toma del medicamento mejora su estado general, mientras que su supresión lo empeoraría, es decir, el paciente percibe que

la retirada del medicamento empeora su estado general y por eso no lo deja, pero en ningún caso no deja de tomarlo porque su supresión le produzca un síndrome de abstinencia. Por ejemplo, el paciente que toma paracetamol o antiinflamatorios no esteroideos para aliviar el dolor de su artrosis de rodilla, puede notar aumento de su dolor si deja los medicamentos, pero no es lo mismo la reaparición del dolor, que experimentar alteraciones psíquicas o corporales intensas que le impulsen a consumir de forma irreprimita dichos medicamentos (en eso consistiría la adicción).

No obstante, existen algunos medicamentos como los analgésicos opiáceos utilizados para calmar el dolor moderado a intenso, o las benzodiazepinas, utilizadas en Reumatología como relajantes musculares y menos frecuentemente como inductores del sueño, o algún otro psicofármaco, que pueden causar adicción y que su suspensión de forma brusca puede producir un síndrome de abstinencia. Pero es infrecuente que estos fármacos causen en los pacientes reumáticos una adicción tal, que modifique su conducta hasta el punto de crear un abuso compulsivo del mismo y originar profundas modificaciones encaminadas a su obtención. Si esto llega a ocurrir, los pacientes reumáticos suelen colaborar en la retirada del medicamento, dado que la adicción no suele ir asociada a un trastorno primario de la personalidad.

En resumen, la mayoría de los medicamentos usados en Reumatología no producen adicción. La necesidad de utilizar de forma continua el medicamento es, en general, consecuencia de la necesidad de tratar una enfermedad crónica, pero no se encuadra dentro del concepto de adicción o dependencia. Sólo un número reducido de fármacos puede ocasionar este problema en Reumatología pero, al no existir cambios primarios en la personalidad de nuestros pacientes, la retirada pautada de esos medicamentos no conlleva habitualmente problemas especiales.

¿Para qué sirven los tratamientos de las enfermedades reumáticas?

Carolina Álvarez Castro
Servicio de Reumatología.
Complejo Hospitalario de León

Los tratamientos de las enfermedades reumáticas tienen como objetivo general controlar las manifestaciones articulares y extra-articulares de las mismas y detener el curso de la enfermedad para evitar un daño articular irreversible. Es lo que conocemos como “remisión” de la enfermedad.

El control de los síntomas inflamatorios articulares es el objetivo más inmediato de cara a preservar una buena calidad de vida para el paciente. Con el control de la enfermedad conseguiremos evitar o detener el daño o lesión estructural permanente de la articulación.

Numerosos estudios han demostrado que la destrucción articular se produce ya en los primeros dos años de la enfermedad, especialmente en el primer año de evolución de la misma, de ahí la importancia del tratamiento precoz. Tratando adecuadamente la enfermedad evitaremos la discapacidad a largo plazo y mejoraremos además el pronóstico de nuestros pacientes.

En las enfermedades reumáticas, la mortalidad está aumentada por diversos motivos. Se estima que existe una mortalidad pre-

matura de hasta 10 años, la cual puede evitarse con tratamientos eficaces.

El riesgo cardiovascular (infarto, accidentes cerebrovasculares...) también está aumentado en estas enfermedades y se encuentra, entre otras causas, relacionado con el proceso inflamatorio.

La repercusión laboral y social de las enfermedades reumatológicas es alta. Se estima que en un plazo de 10 años, el 50% de los pacientes con artritis reumatoide serían incapaces de desarrollar un trabajo a tiempo completo, y a lo largo de la evolución de la misma el 10% son incapaces de realizar actividades como lavarse, vestirse o comer. Sin embargo, a día de hoy, con los nuevos avances terapéuticos (tratamientos biológicos...), estos datos probablemente sean más esperanzadores.

A pesar del elevado coste de algunos tratamientos empleados para el control de las enfermedades reumatológicas, no debemos olvidar que estas patologías, cuando no se tratan eficazmente, generan una serie de costes directos e indirectos aún mayores (ingresos por brotes inflamatorios, fracturas osteoporóticas, pérdida de la productividad laboral...) que los ocasionados por los tratamientos para las mismas.





Evolución y calidad de vida

¿Qué importancia tiene el apoyo familiar?

María Rosa del Castillo
Servicio de Reumatología.
Hospital General Universitario de
Guadalajara

Siempre que nos diagnostican una enfermedad, se produce en nosotros un cambio físico y psíquico; pasamos por varias etapas hasta que aceptamos nuestro problema y aprendemos a convivir con él. Tomar medicación, modificar nuestros hábitos de vida, hacer rehabilitación serán, entre otras, las propuestas de nuestros médicos y debemos ponerlas en práctica para mejorar nuestra calidad de vida y nuestra salud.

Los que nos rodean: familiares, amigos y compañeros de trabajo, entre otros, forman parte de nuestro día a día y también se verán afectados en uno u otro grado por lo que nos ocurre. Por ello no debemos apartarlos de nuestro entorno, pues seguramente querrán participar activamente y colaborar en nuestro bienestar. ¿Qué puede hacer mi familiar si yo tengo una enfermedad reumatológica? Para responder esta cuestión se me ocurren varias alternativas:

- En primer lugar, la familia debe ser informada del estado de salud del enfermo, siempre y cuando éste esté de acuerdo, ya que esta información puede ser de mucha

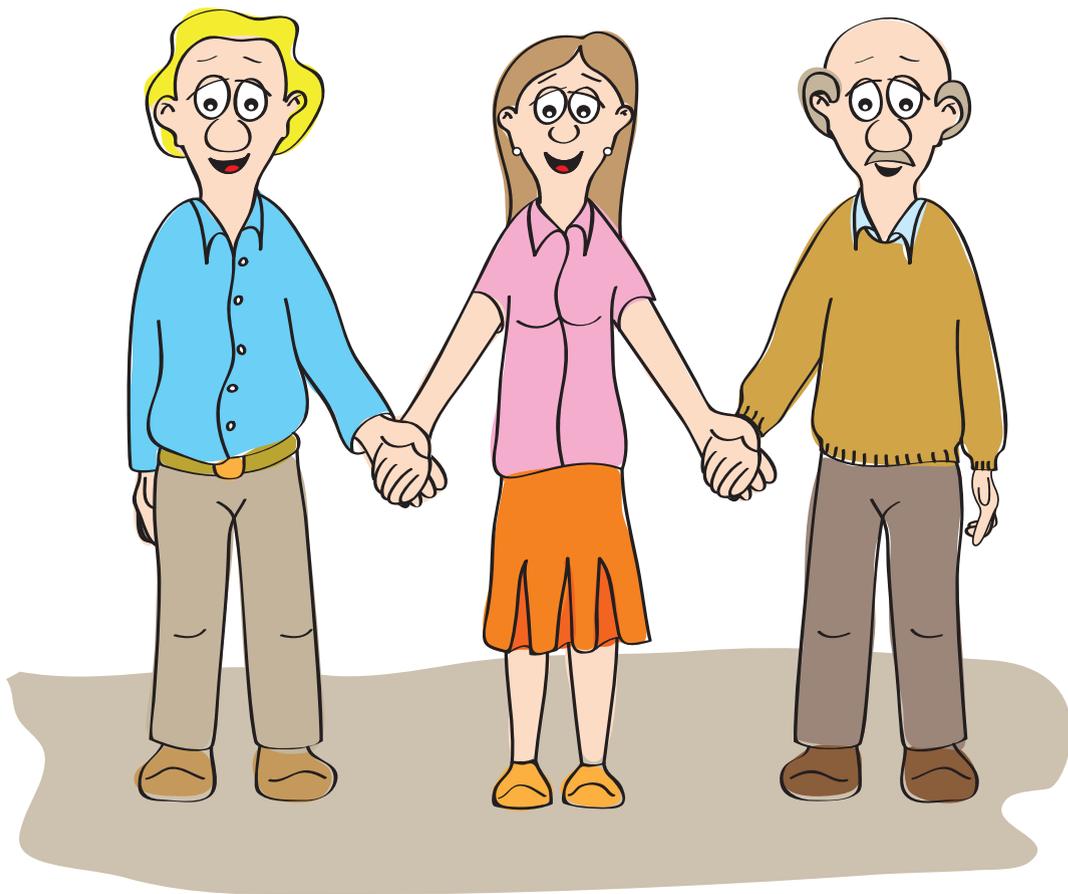
ayuda a la hora de comprender mejor los cambios en el comportamiento y hábitos de vida.

- En segundo lugar, la familia debe ser escuchada y apoyada, al igual que el propio enfermo, ya que los cambios de los que hemos hablado también se producirán indirectamente en sus vidas. La familia y los amigos son muy importantes a la hora de escuchar, ayudar y acompañar a los enfermos, pero a la vez también pueden tener dudas, sentirse tristes o agobiados ante la enfermedad.

Por ello, es muy importante que sepan en qué manera pueden colaborar de forma activa tanto a nivel físico como psicológico, además de ser comprensivos con las limitaciones que el enfermo puede presentar a la hora de realizar sus tareas en la casa y fuera de ésta.

Como alternativas para conseguir estos objetivos, son el acompañar a los familiares a la consulta y recibir apoyo psicológico, siempre que se requiera. La participación activa en asociaciones de las diferentes enfermedades reumatológicas también puede ser positivo, ya que éstas abarcan la relación con otras familias en situaciones similares y pueden ser una gran ayuda para el enfermo y los que le rodean.

En los casos en los que la enfermedad reumatológica que nos afecta tenga origen genético, puede ser necesario la realización de pruebas genómicas que determinen la afectación o no de otros miembros de la familia; esto puede resolver la ansiedad y grado de culpabilidad que padecen, a veces, los familiares en relación con la posibilidad de tener también afectados a sus descendientes o parientes, o de ser la causa indirecta del padecer de su familiar.



El paciente y la familia necesitan información, comprensión y apoyo físico y psicológico.

¿Cómo afectan las enfermedades reumáticas a la sexualidad?

Francisco Javier Ballina García
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario Central de Asturias

Las enfermedades reumáticas pueden afectar a cualquier aspecto de nuestra vida y, por supuesto, también a las relaciones sexuales. No obstante, aunque muchas veces pensamos lo contrario, una perfecta vida sexual no es algo común, y no siempre hay que achacar los problemas de nuestra vida sexual a la artritis. Es necesario también conocer que el sexo no tiene la misma importancia para todas las parejas, por ejemplo, los más jóvenes o las parejas recientes tienden a tener relaciones sexuales con mayor frecuencia, pero incluso existen parejas felices que no tienen prácticamente relaciones sexuales. Por otro lado, nuestras preferencias sexuales van cambiando a lo largo de la vida, y podemos con el tiempo no encontrar las relaciones sexuales tan satisfactorias o gratificantes como antes. Todas las parejas pasan por estos periodos, y la comunicación es la única forma de solucionar algunas dificultades.

Las enfermedades reumáticas pueden alterar la vida sexual de los pacientes y sus parejas por diferentes causas. Las posiciones o posturas sexuales pueden producir dolor en los pacientes con reumatismo y esto puede reducir el deseo sexual y la capacidad de disfrutar con él. Lo mismo sucede cuando la enfer-

medad produce fatiga o disminución general de fuerza, por ejemplo, en la fibromialgia o en los brotes de artritis reumatoide o lupus. En ocasiones, las enfermedades reumáticas disminuyen nuestra capacidad de desarrollar una profesión y con ello se resiente no sólo nuestra economía, sino también nuestra autoestima, lo que puede conducir a determinados grados de depresión que indudablemente repercutirán en nuestra vida sexual. También es posible que cualquier enfermedad reumática altere nuestra autoconfianza sobre nuestra imagen y atractivo físico, al producir deformidades o limitación de nuestra fuerza o capacidad física; en este sentido deberíamos recordar que aunque el aspecto físico es importante, no es ni mucho menos decisivo en lo que se refiere a las relaciones entre las personas.

Para mantener o mejorar nuestra vida sexual si padecemos una enfermedad reumática, existen varias soluciones posibles que dependen lógicamente de la causa de la disfunción sexual. En primer lugar, de forma general, el apetito sexual es mejor cuando estamos en forma y tenemos una vida activa; por ello, el ejercicio es muy importante al mantener tonificados nuestros músculos y preparadas nuestras articulaciones. Si las relaciones sexuales causan dolor, muchas veces nuestra pareja se retrae del contacto físico incluso más leve, esto a su vez puede hacer pensar al paciente que existe un rechazo por falta de atractivo hacia el otro. La comunicación es aquí lo más importante, puesto que manifestar nuestras necesidades hacia el otro puede solventar la mayor parte de las dificultades. El dolor de las articulaciones puede disminuir tomando analgésicos o antiinflamatorios –o con masajes y con un baño de agua caliente– una hora antes de la actividad sexual. No obstante, en los brotes de la enfermedad puede que tener sexo no sea lo más aconsejable, y es mejor dejar las cosas para otro día, cuando el brote haya cesado. Con respecto a las posturas sexuales, podemos ensayar y disfrutar en aquellas que sean más confortables para nuestra enfermedad, lo que puede implicar modificaciones en nuestros hábitos sexuales.

Otros problemas relacionados o no con el reumatismo también pueden ser abordados y solucionados. Es relativamente frecuente la sequedad vaginal en la mujer, que haga dolorosas las relaciones sexuales, pero puede mejorarse con el uso de gel lubricante o con cremas con estrógenos. La impotencia es un problema frecuente en el varón a medida que aumenta la edad, pero ahora existen diversos tratamientos que pueden solucionarlo satisfactoriamente.

Finalmente, tengamos en cuenta la importancia de comentar las dificultades con el médico, enfermera o fisioterapeuta. Muchas personas son reacias a comentar su vida sexual con otros, pero actualmente los profesionales de la salud están más abiertos a comentar este tipo de problemas. En el sexo no hay nada "normal" ni "anormal", y es aceptable cualquier actividad sexual que haga felices a los dos miembros de la pareja. La penetración vaginal no es la única forma de conseguir satisfacción sexual. En cualquier caso, lo más importante es la comunicación con la pareja expresando los miedos, las necesidades, las dificultades o lo que nos es satisfactorio. Esto ayuda firmemente a conseguir una vida sexual gratificante. Algunas parejas sorprendentemente refieren haber mejorado su vida sexual a pesar de que uno o ambos padezcan reumatismo, debido a haber aprendido a dialogar sinceramente con el otro.

¿Reposo o ejercicio en las enfermedades reumáticas?

Luis Linares
Servicio de Reumatología.
Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

El ejercicio físico habitual es uno de los hábitos de salud más aconsejables para cualquier persona, aunque habrá que adaptarlos a la edad, enfermedades que padezca y otras circunstancias que pueden variar y ser distintas en cada persona.

Existen numerosas razones para recomendar la práctica habitual del ejercicio físico: el ejercicio ayuda a prevenir las enfermedades del corazón y mejora la capacidad pulmonar, con lo que aumenta la oxigenación de los tejidos. También fortalece el sistema osteomuscular (músculos, huesos, cartílagos, ligamentos) mejorando la calidad de vida y el grado de independencia, especialmente entre las personas de mayor edad, y contrarrestando la vida sedentaria. Además, el ejercicio proporciona un bienestar psicológico, que contrarresta el estrés y mejora el sueño y ciertos estados de ánimo. El ejercicio también contribuye a evitar el sobrepeso, tan nocivo en algunas enfermedades articulares como la artrosis de rodilla o de cadera. En definitiva, la actividad física puede darle una vida más larga y mejorar su salud.

Escoja una actividad que le guste y que pueda empezar lentamente y aumentar gradualmente hasta que se haya acostum-

brado. El caminar es muy popular y no requiere ningún equipo en especial. Otros ejercicios buenos incluyen la natación, ciclismo, correr y bailar. Subir por las escaleras en vez de utilizar el ascensor, o sustituir los trayectos en coche por caminar, también puede ser una buena manera para comenzar a ser más activo. Empiece haciendo ejercicios 3 ó más veces cada semana por unos 20 minutos o más, y siga haciendo ejercicios hasta un mínimo de 30 minutos, de 4 a 6 veces por semana. Esto puede incluir varias tandas de actividad de corta duración en un día. Hacer ejercicio durante su descanso del almuerzo o mientras hace sus tareas diarias puede ser una manera de incluir actividad física si dispone de poco tiempo libre. Hacer ejercicio con un amigo o miembro de familia puede ayudar a hacer de esto algo divertido, y tener un compañero puede alentarlos a seguir haciéndolo. La manera más segura de evitar lesionarse

durante el ejercicio es realizando un periodo de calentamiento gradual, con ejercicios de estiramiento que también deberá realizar cuando termine el ejercicio.



Los ejercicios que aumentan los latidos de su corazón y mueven grupos de músculos grandes (tales como los músculos de sus piernas o brazos) son los mejores. En caso de ser hipertenso o tener problemas cardiacos, diabetes o dolores de espalda, será aconsejable consultar para la práctica de determinados deportes. En las personas que ya padecen enfermedades reumáticas, el ejercicio habrá que adaptarlo al tipo de patología. Durante los brotes agudos, especialmente con inflamación articular, será recomendable reposo relativo hasta conseguir el control de la enfermedad. Incluso en las personas discapacitadas es conveniente movilizar todas las articulaciones al menos una o dos veces al día, con movimientos suaves, en círculo o hacia atrás y adelante. Incluso cuando esté sentado en una silla, balancear los brazos y piernas ayuda a mantener flexibles las articulaciones y evitar la atrofia muscular.

¿Qué son las terapias alternativas?

Francisco Javier Ballina García
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario Central de Asturias

Las terapias alternativas son todas aquellas que no se utilizan habitualmente en la llamada medicina convencional. Este tipo de terapias tienen diferentes prácticas y visiones filosóficas, pero comparten, en general, la idea de que la salud nace de un adecuado equilibrio entre el cuerpo, la mente y el ambiente externo. La enfermedad, por tanto, es la consecuencia de un desequilibrio de estos factores, y debe vencerse tratando a la persona en su conjunto (aproximación holística). También las terapias alternativas creen que la curación es siempre una autocuración, en el sentido de que nuestro organismo tiene recursos para vencer por sí mismo las enfermedades, y el médico o terapeuta debe, simplemente, ayudar en este proceso natural.

La mayoría de los campos de la medicina alternativa no están regulados o controlados por las guías médicas occidentales. Por ello, se debe recomendar al paciente que consulte siempre con su médico antes de comenzar cualquier terapia de medicina complementaria o alternativa, ya que algunas pueden interferir con el tratamiento estándar o habitual.

Por el mismo motivo, existen ciertas señales que nos indican la posibilidad de que el tratamiento alternativo sea fraudulento; de-

beremos desconfiar cuando se hacen algunas de las siguientes afirmaciones:

- El tratamiento está basado en teorías que no se han comprobado.
- El tratamiento promete curación, generalmente comentando “curaciones milagrosas” o “nuevos descubrimientos”. Si el producto fuera curativo, ya estaría incluido en los tratamientos de la medicina convencional.
- Uso de jerga falsamente científica, como hablar de “purificador”, “desintoxicante” o “vigorizante”.
- Al paciente se le recomienda que no use la medicina estándar o convencional. Los proveedores acusan a las Administraciones Sanitarias o a los médicos de ocultar información importante sobre los beneficios del producto.
- El tratamiento es un secreto y sólo puede ser administrado por ciertos proveedores.
- El tratamiento requiere viajar a otro país.

Las terapias alternativas más empleadas son las siguientes:

Acupuntura: sistema de tratamiento para alivio del dolor, proveniente de la antigua filosofía china, y que consiste en insertar agujas en diversos puntos del organismo. Con ello se puede conseguir alterar las sensaciones dolorosas que llegan al cerebro desde los tejidos dañados, o bien liberar sustancias del propio organismo que son capaces de eliminar el dolor (como por ejemplo las endorfinas). Correctamente realizada, no parece presentar efectos secundarios de importancia.

Quiropraxis y osteopatía: la quiropraxis fue inventada en Canadá en el siglo XIX y su filosofía consiste en que las vértebras del raquis deben estar correctamente alineadas para cumplir sus funciones. Si no sucede así, esto puede causar problemas de columna y de otros órganos. El terapeuta quiropráctico realiza manipulaciones para restaurar un alineamiento vertebral correcto. Similares son los principios de la osteopatía.

Reflexología: según esta filosofía terapéutica, todos los órganos están conectados con “áreas reflejas” situadas en las palmas de las manos, las plantas de los pies, orejas, lengua y cabeza. Por tanto, tratando estas áreas, mediante presiones diversas, se puede corregir la tensión, la congestión o el desbalance de otras zonas del organismo.

Naturopatía: sistema que se basa en el uso de sustancias exclusivamente naturales, más que de fármacos, para el tratamiento de las enfermedades. La premisa de esta terapia es desembarazar al cuerpo de sustancias “antinaturales” que se cree son la raíz de numerosas enfermedades. Para ello, se recomienda el uso de productos vegetales que crecen sin adición de fertilizantes artificiales y preparadas sin preservantes o colorantes.

Suplementos herbales: los suplementos herbales son productos fabricados con plantas, que se utilizan en el tratamiento y control de enfermedades y ciertas condiciones médicas. Los suplementos herbales pueden tener plantas enteras o partes de ellas, y son consideradas como alimentos, no medicamentos. Por esta razón, no se somete a dichos productos a las mismas regulaciones que a los medicamentos tradicionales.

Homeopatía: la homeopatía es una terapéutica inventada hace unos doscientos años y que se basa en la Ley de los Semejantes, según la cual se lograría la curación de la enfermedad con productos similares a aquellos que la causan. En la homeopatía, la sustan-

cia curativa original es diluida en agua o en alcohol hasta cantidades muy pequeñas, pero conservando sus propiedades naturales.

Pulseras de cobre: muchas personas que acuden a consultas médicas por reumatismo llevan pulseras de cobre alrededor de las muñecas que, en algunos casos, refieren haber sido imantadas. Nunca se ha podido determinar que en el organismo de los pacientes reumáticos haya una deficiencia en cobre de ningún tipo, ni tampoco que dichas pulseras aporten beneficios para los pacientes.

Ejercicios corporales: el movimiento no aeróbico con la respiración controlada puede practicarse para reducir el estrés y la ansiedad, con frecuencia asociados a muchas enfermedades. Dos técnicas de movimiento orientales antiguas, muy empleadas, son:

- **El Tai Chi:** una forma de arte marcial de la antigüedad, es muy conveniente para las personas ancianas o débiles. Consiste en movimientos suaves y respiración rítmica.
- **El Yoga:** es una técnica antigua de postura y respiración, que proviene de la India. Yoga significa "unión". El yoga también usa movimientos lentos, además de la meditación y los ejercicios de respiración para alcanzar un estado de relajación.



¿Son útiles los balnearios?

Francisco Javier Ballina García
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario Central de Asturias

La balneoterapia o crenoterapia, o también llamada hidrología médica, es la rama de la medicina o terapéutica que estudia los efectos de las aguas mineromedicinales sobre el organismo, su administración, indicaciones y contraindicaciones. Balneario es el conjunto de instalaciones sanitarias cercanas a un manantial de aguas mineromedicinales (bien frías o bien termales), que dispone de profesionales sanitarios e instalaciones adecuadas para realizar técnicas terapéuticas basadas en la aplicación de estas aguas. Si no reúne estas tres condiciones (aguas mineromedicinales, profesionales sanitarios e instalaciones adecuadas) no es considerado balneario o estación termal.

Sin embargo, tratamiento con agua no equivale a balneario. Las necesidades de relajación y el auge de la estética han hecho que se desarrolle una nueva técnica denominada SPA, palabra que proviene del latín *Salutem per aqua*, "salud a través del agua". Los centros SPA se caracterizan porque en ellos se realizan tratamientos estéticos y de relax por medio de la utilización del agua, pero no son aguas mineromedicinales ni termales. Es agua potable a la que se le suele añadir aditivos para aumentar sus efectos relajantes o estéticos.

La terapia termal está recomendada en el tratamiento de la artrosis ya que tiene un efecto analgésico, descontracturante, antiinflamatorio y aumenta el trofismo. Si las aplicaciones se realizan en piscina terapéutica, la desgravitación producida por el agua produce relajación de la musculatura, disminuyendo las contracturas. Si a esto le añadimos el factor de la temperatura, el cual ya es relajante y descontracturante de por sí, aumentaremos el efecto terapéutico. En la mayoría de los casos, las aguas termales no se contradicen con las terapias habituales, y prácticamente no poseen efectos indeseables.

Las **contraindicaciones** de la terapia termal en afecciones del aparato locomotor van a depender de las condiciones generales del paciente. En casos en que exista fiebre, debilidad, flebitis, trombosis, cardiopatía isquémica u otros problemas cardiovasculares, puede estar contraindicada.

Dentro del régimen general de subvenciones del Área de Servicios Sociales del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, el IMSERSO convoca anualmente los programas de Turismo y Termalismo para personas con discapacidad, con el fin de que las entidades de atención a dichas personas puedan desarrollar actividades de ocio y promoción de la salud, mediante la ejecución de viajes para vacaciones y tratamientos termales.

¿Puedo encontrar información en Internet?

Manuel Fernández de Prada
Servicio de Reumatología
Hospital Universitario de Guadalajara

En los últimos años, Internet se ha introducido en la mayoría de los hogares del mundo occidental y su uso cotidiano ha revolucionado aspectos tan variados como pueden ser la realización de compras, satisfacción de aficiones o la búsqueda de información sobre temas relacionados con la salud. En este sentido, cada vez es más frecuente que la gente acuda al médico con información previa sobre diferentes posibilidades de enfermedad ante la presencia de unos síntomas o pruebas realizadas, o bien después de haberle sido realizado un diagnóstico de enfermedad concreta.

En España, la página *web* de la Sociedad Española de Reumatología (SER) tiene una sección dedicada a los pacientes, en la que se puede encontrar información detallada sobre diferentes enfermedades reumáticas, con enlaces sobre páginas de asociaciones de pacientes en esa enfermedad; preguntas sobre las mismas y sobre determinados tratamientos; noticias de actualidad, como por ejemplo recomendaciones sobre vacunación o estudios recientes sobre alguna enfermedad en concreto; consejos en forma de decálogos sobre enfermedades como la fibromialgia o la artrosis; guías para pacientes sobre la artritis reumatoide o la ar-

trosis; enlaces a la revista "Los Reumatismos", así como también diferentes enlaces a páginas dedicadas a enfermedades y enfermos reumáticos (*web* de distintas asociaciones, organismos nacionales e internacionales, etc.).

La Liga Reumatológica Española (LIRE), en su página *web*, permite también acceder a servicios jurídicos o de valoración y peritación de incapacidades, así como el enlace sobre diferentes aspectos legales (leyes, reales decretos, etc.) y sobre organismos y administraciones públicas que pueden ser de gran utilidad para los pacientes. Así mismo, tiene convenios para que sus socios se acojan a descuentos en balnearios, hoteles y centros de fisioterapia y rehabilitación.

Por último, la Confederación Española de Personas Afectadas por Reumatismos (CONFEPAR) es una organización creada por un grupo de entidades de afectados (asociaciones, federaciones, ligas reumatológicas, etc.) con el fin de aunar sus esfuerzos para mejorar diferentes aspectos de todas las personas afectadas por enfermedades reumáticas. El portal *web* incluye una sección sobre las enfermedades reumatológicas, cómo se diagnostican, cuáles son sus causas, el médico que las debe tratar, etc. Así mismo, se incorpora un servicio actualizado de noticias



de interés con información sobre los avances que han aparecido y los eventos internacionales, nacionales y regionales relativos a las distintas enfermedades.

Por supuesto que existen muchas otras páginas dedicadas a las enfermedades reumáticas, si bien en la mayoría de los casos se puede acceder a ellas a través de los *links* o enlaces que aparecen en las páginas a las que nos hemos referido.

Referencias:

Sociedad Española de Reumatología (SER):
<http://www.ser.es/pacientes/>

Confederación Española de Pacientes Reumáticos (CONFEPAR):
<http://www.confepar.es/>

Liga Reumatológica Española (LIRE):
<http://www.lire.es/>

¿Cuál es la evolución habitual de las enfermedades reumáticas?

Mercedes Alperi
Servicio de Reumatología.
Hospital Universitario Central de Asturias

Si no se tratan adecuadamente, las enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas, es decir, aquellas que producen inflamación de los órganos afectados y que persisten durante largos espacios de tiempo e incluso durante toda la vida, tienen en general un mal pronóstico y pueden acabar produciendo lesión de órganos internos como el corazón, el pulmón o el riñón, así como un importante deterioro de las articulaciones afectadas, **llevando a los pacientes a sufrir incapacidades importantes e incluso a tener una vida más corta.**

Estas enfermedades cambian la forma de vida de las personas que las padecen. Los pacientes tienen que convivir con un dolor constante, acompañado de brotes periódicos agudos, que les incapacita para el desarrollo normal de sus actividades diarias.

La incapacidad funcional y la pérdida de la calidad de vida aparecen pronto en la historia de la enfermedad y progresan de una forma lineal. A lo largo de la evolución, un porcentaje no despreciable de pacientes serán incapaces de realizar actividades cotidianas como lavarse, vestirse y comer, y de desarrollar un trabajo

a tiempo completo, con las consiguientes consecuencias que esto acarrea para el estado psicológico del enfermo, siendo frecuente que los pacientes presenten una depresión o un cuadro de ansiedad.

Afortunadamente, los nuevos tratamientos disponibles para la artritis están cambiando la evolución natural de estas enfermedades. Un gran número de pacientes puede llevar una vida prácticamente normal, con leves limitaciones y continuar trabajando. Más aún, al igual que ocurre con otras enfermedades crónicas como la hipertensión o la diabetes, aunque no se llegue a curar la enfermedad, se consiguen remisiones en muchos casos, lo que hace que el paciente no presente síntomas. Esto va a depender fundamentalmente de que reciban el tratamiento correcto lo antes posible. Por este motivo, es muy importante en estas enfermedades la realización de un diagnóstico precoz de cara a iniciar el tratamiento lo antes posible, ya que los primeros años de la evolución de la enfermedad son claves para mejorar el pronóstico funcional de los pacientes en el futuro.

Por otra parte, gracias al avance que se ha producido durante los últimos años en el conocimiento de estas enfermedades y a que se realiza un enorme esfuerzo de investigación, conocemos más sobre los mecanismos de desarrollo de estas enfermedades, lo que repercutirá en la aparición de nuevos fármacos que permitan mejorar aún más el pronóstico de estos pacientes.

¿Se pueden revertir estas enfermedades?

Alberto Alonso Ruiz
Servicio de Reumatología.
Hospital de Cruces. Barakaldo.
Vizcaya

Revertir significa “volver al estado o condición que tuvo antes”. En lenguaje médico podría equipararse a curar con una recuperación completa sin secuelas. **Para contestar a esta pregunta es preciso analizar de forma separada los distintos grupos de enfermedades reumáticas.**

Las **enfermedades de partes blandas** (tendinitis, bursitis, lesiones ligamentarias y musculares) pueden ser tratadas y en gran parte de los casos obtenerse una curación con recuperación completa de la función.

Las **artritis infecciosas** tratadas adecuadamente se curan con recuperación completa, si bien esto depende mucho de cada caso y circunstancia. Pacientes con enfermedades debilitantes (diabetes, enfermedades cardiovasculares, renales o hepáticas) pueden tener un pronóstico mucho peor.

Las **artritis de mecanismo inmune** (artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, artritis psoriásica) no se curan, pero un adecuado tratamiento permite en general que el paciente no tenga

síntomas y lleve una vida normal. Habitualmente es preciso un tratamiento permanente para conseguirlo.

La **gota** es un ejemplo de enfermedad en la que se obtiene una rápida desaparición de la artritis y el dolor. Con un tratamiento adecuado, los resultados son muy buenos, si bien también es necesario mantener un tratamiento con fármacos de forma indefinida.

En los pacientes con **osteoporosis** es posible detener la pérdida de masa ósea e incluso ganar masa ósea con los modernos fármacos antirresortivos y osteoformadores. Generalmente, es preciso mantener el tratamiento y el control durante varios años, y en algunos pacientes de forma indefinida.

Por el momento no se ha demostrado que sea posible detener el proceso degenerativo articular de la artrosis, si bien es posible mejorar el dolor y la función de los pacientes. El resultado del tratamiento y la evolución varía mucho, dependiendo del tipo de artrosis, y siempre debe ser valorado por un reumatólogo para obtener el máximo resultado del tratamiento.

Probablemente es en el síndrome de **fibromialgia** donde se obtienen peores resultados. La respuesta a todos los tratamientos es mala y con frecuencia sólo se consigue mejorar la vida del paciente muy parcialmente. Sin embargo, hay que resaltar que la fibromialgia no da lugar a deterioro articular óseo y los pacientes no experimentan deterioro funcional.

En resumen, en la mayoría de los pacientes reumáticos es posible obtener una importante mejoría de su enfermedad, en muchos casos con curación completa y en otros con desaparición o disminución de los síntomas.

Páginas web

Sociedad Española de Reumatología

www.ser.es

Arthritis Foundation

www.arthritis.org

Arthritis Insight

www.arthritisinsight.org

NOAH

www.noah-health.org

Instituto Nacional de Artritis y enfermedades
musculoesqueléticas y de la piel (NIAMS)

www.niams.nih.gov

The Arthritis Society

www.arthritis.ca

Web de pacientes

www.webpacientes.org

Cleveland Clinical Center

www.clevelandclinic.org

Medline Plus

www.nlm.nih.gov/medlineplus

American College of Rheumatology

www.rheumatology.org

Portal de salud
www.lasalud.com

Fundación Internacional del dolor
www.fundacioninternacionaldeldolor.org

INFOARTRITIS
www.infoartritis.com

Glosario

Aparato locomotor: formado por el sistema osteoarticular (huesos, articulaciones y ligamentos) y el sistema muscular (músculos y tendones que los unen a los huesos). Permite al ser humano o a los animales en general interactuar con el medio que le rodea mediante el movimiento o locomoción y sirve de sostén y protección al resto de órganos del cuerpo.

Artritis idiopática juvenil: Conjunto de artritis de origen desconocido que se presentan en la infancia (niños menores de 16 años) que pueden ser agudas y autolimitadas o crónicas. Difieren significativamente de las artritis vistas comúnmente en adultos (como la artritis reumatoide u otras) y otros tipos de artritis que se presentan en la infancia (como la artritis psoriásica o la espondilitis anquilosante).

Artritis reumatoide: enfermedad sistémica autoinmune, caracterizada por provocar inflamación crónica principalmente de las articulaciones, que produce destrucción progresiva con distintos grados de deformidad e incapacidad funcional. Su causa sigue siendo desconocida.

Artrosis: enfermedad producida por el desgaste del cartílago que se fragmenta, con que se genera dolor, hinchazón, deformidad y pérdida de movimiento en la articulación. Se trata de la enfermedad reumática más frecuente, especialmente entre personas de edad avanzada. No se sabe aún con certeza cuál es su origen.

Cartílago: un tipo de tejido conectivo altamente especializado, formado por células condrógenas (condrocitos y condroblastos), fibras colágenas, elásticas y matriz extracelular que sirve para acomodar las terminaciones óseas de las articulaciones entre sí, amortiguando los golpes al caminar y los saltos, prevenir el desgaste por rozamiento y, por tanto, para permitir los movimientos de la articulación.

Espondilitis anquilosante: enfermedad autoinmune reumática crónica que provoca dolores y rigidez paulatina de las articulaciones. Afecta principalmente a las articulaciones de la columna vertebral, y a sus ligamentos en la zona de unión al hueso (entesis), en especial en la zona cervical, lumbar, y la articulación sacroiliaca; pudiendo afectar también otras articulaciones del cuerpo como la cadera, rodillas, hombros y el talón de Aquiles.

Factor de necrosis tumoral (TNF): sustancia química del grupo de las citoquinas liberada por células del sistema inmune (principalmente macrófagos). Es una de las sustancias que inducen la inflamación y la destrucción articular secundarias a la artritis reumatoide, entre otras patologías. Sobre esta sustancia actúan los fármacos biológicos inhibidores del TNF, como Enbrel®.

FAME (fármaco antirreumático modificador de la enfermedad):

fármacos con distintas estructuras químicas que actúan enlenteciendo en la mayoría de los casos la evolución de la enfermedad. Aparentemente, los FAME modifican el sistema inmunológico, provocando una inmunosupresión selectiva y controlada para evitar que la actividad del proceso reumatológico lleve a la destrucción articular y limitación funcional. Entre estos medicamentos se encuentran el metrotexato, la leflunomida, la penicilamina, la cloroquina, la sulfasalazina y las sales de oro.

Fármacos biológicos:

aquellos fármacos sintetizados en sistemas vivos (levaduras, células de mamíferos) que actúan modulando el sistema inmunitario de los pacientes a través de diferentes dianas terapéuticas, como son el factor de necrosis tumoral alfa (TNF alfa) o los receptores de las interleuquinas, entre otros. Pueden tener distintas estructuras como por ejemplo anticuerpos o proteínas de fusión.

Inflamación:

es la forma de manifestarse de muchas enfermedades. Se trata de una respuesta inespecífica frente a las agresiones del medio, y está generada por los agentes inflamatorios como el TNF. La respuesta inflamatoria ocurre sólo en tejidos conectivos vascularizados y surge con el fin defensivo de aislar y destruir al agente dañino, así como reparar el tejido u órgano dañado. Este sistema de defensa corporal puede dirigirse tanto hacia agentes dañinos como a no dañinos, de manera que provoque lesión en tejidos u órganos sanos como ocurre en la artritis reumatoide.

Osteoporosis: enfermedad caracterizada por la disminución de la cantidad de masa ósea, perdiendo consistencia la parte de hueso trabecular y reduciéndose la zona cortical, lo que los vuelve quebradizos y susceptibles de fracturas y de microfracturas. Esta afección se produce sobre todo en mujeres postmenopáusicas debido a la disminución del número de estrógenos y otras carencias hormonales. La deficiencia de calcio y vitamina D por malnutrición, así como el consumo de tabaco, alcohol, cafeína y la vida sedentaria incrementan el riesgo de padecer osteoporosis.

Reumatología: especialidad médica dedicada a los trastornos clínicos (no los quirúrgicos) del aparato locomotor y del tejido conectivo, que abarca un gran número de entidades clínicas, que también pueden afectar a otros sistemas del organismo, conocidas, en conjunto, como enfermedades reumáticas.

Sinovitis: inflamación de la membrana sinovial que reviste las articulaciones y vainas tendinosas. Como consecuencia, las articulaciones aumentan de volumen, se vuelven dolorosas y calientes, con una característica rigidez que limita su movimiento.



Enfermedades reumáticas: las preguntas de los pacientes

ESPI11ENB87

Sociedad Española de Reumatología