

MI HOSPITAL DE DÍA

REUMATOLOGÍA Nº2



**Artritis
psoriásica**


**Adherencia:
Hospital de Día**

**El ojo en
la artritis**

**Adherencia:
Consultas Externas**


**Preguntas y
respuestas**

**Control
del dolor**



Esta literatura refleja las opiniones y hallazgos propios de los autores y no son necesariamente los de Merck & Co., Inc., ni los de ninguna de sus afiliadas.

El contenido que se proporciona en esta literatura es información general. En ningún caso debe sustituir ni la consulta, ni el tratamiento, ni las recomendaciones de su médico.



CONSEJO EDITORIAL

Dr. Antonio Naranjo Hernández

Hospital Universitario de Gran Canaria Doctor Negrín

Dr. Francisco Javier Ballina García

Hospital Universitario Central de Asturias

Dr. Antonio Fernández Nebro

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

ENFERMERÍA

Enfermera María José León Cabezas

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid

Con la colaboración de la Asociación de Pacientes ConArtritis

EDICIÓN Y COORDINACIÓN

6019_MSD
ESP_V2

PRODUCCIÓN EDITORIAL:
© EUROPA PRESS

Diseño editorial: Europa Press
COPYRIGHT 2012

CONTENIDO

- 5** **Artritis psoriásica. Manejo del paciente. Consulta de derivación**
DR. RUBÉN QUEIRO SILVA

- 8** **Control del dolor avanzado en Artritis Reumatoide**
DR. MANUEL FERNÁNDEZ PRADA

- 11** **Adherencia al tratamiento desde el punto de vista de Consultas Externas**
ENFERMERA. JENNY DE LA TORRE ABOKI

- 14** **Adherencia al tratamiento desde el punto de vista del Hospital de Día**
ENFERMEROS JUAN JOSE ARRANZ COBO, JUANA SANZ ROLDÁN, SILVIA CAMPOS LOPEZ,
VANESSA MARTÍN GIL

- 17** **El ojo en la artritis**
DRA. ESPERANZA PATO

- 20** **Preguntas y respuestas**
DR. ANTONIO FERNÁNDEZ NEBRO

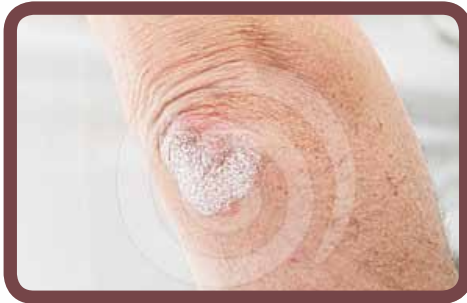
ARTRITIS PSORIÁSICA. MANEJO DEL PACIENTE. CONSULTA DE DERIVACION

DR. RUBÉN QUEIRO SILVA

Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo

Artritis Psoriásica:

La psoriasis es una enfermedad cutánea que afecta en torno al 2-3% de la población general. En su presentación característica produce placas enrojecidas y sobreelevadas que se cubren de una descamación blanquecina de mayor o menor grosor. Los lugares de presentación más comunes suelen ser las superficies de extensión de codos y rodillas, así como cuero cabelludo. En ocasiones también se presenta en las uñas del paciente, y en áreas "ocultas" como el ombligo o los pliegues interglúteos.



Se estima que entre un 7 a 40% de los pacientes con psoriasis desarrollan una forma peculiar de inflamación en las articulaciones, que es lo que conocemos como artritis psoriásica. Este tipo de artritis puede afectar tanto a articulaciones de la columna vertebral y de las caderas, como a articulaciones del llamado esqueleto periférico, por ejemplo, rodillas, tobillos,

muñecas, etc. Una forma típica de presentación de este tipo de artritis es la inflamación de todo un dedo de la mano o del pie, lo que conocemos como dactilitis o "dedo en salchicha". También resulta muy característico la inflamación de las articulaciones más próximas a la uña, conocidas como articulaciones interfalángicas distales.



El origen de la psoriasis y su artritis relacionada se desconoce, pero existen bastantes evidencias para suponer que hay factores de riesgo de tipo genético, que se conjugan con ciertas alteraciones del sistema inmunológico, así como con factores ambientales, para ocasionar ambos procesos. No resulta raro, por tanto, encontrar más de un miembro de una misma familia afectado por psoriasis o por artritis psoriásica.

En los casos más típicos, la psoriasis antecede a la artritis una media de 10 años.

Por el contrario, en una minoría de casos la artritis comienza antes que la afección cutánea, o bien, ambos procesos debutan simultáneamente. Se admite en general que el grado de extensión de la psoriasis no está en clara relación con la aparición de artritis, es decir, pacientes con unas pocas lesiones de psoriasis pueden desarrollar artritis, y por el contrario, pacientes con grados severos de psoriasis no presentarla nunca. No obstante, sí parece claro que los pacientes con psoriasis en las uñas (onicopatía psoriásica) desarrollan más frecuentemente artritis que aquellos sin esta localización de psoriasis.

Manejo del paciente:

Como en cualquier forma de artritis crónica, el primer y esencial paso en el manejo de los pacientes con esta afección es un reconocimiento temprano de la misma. En ese sentido, cualquier paciente con psoriasis que manifieste síntomas articulares debería ser remitido a un especialista en Reumatología para que éste corrobore o descarte dicho diagnóstico. Afortunadamente, muchos hospitales de nuestro país cuentan con consultas monográficas de diagnóstico precoz de artritis, lo cual ha agilizado tanto el reconocimiento como el tratamiento temprano de estos casos.

Los objetivos del tratamiento en pacientes con artritis psoriásica serán el control adecuado del dolor, la mejoría y desaparición de los signos de inflamación, y el mantenimiento de una adecuada función articular. Todo ello, debe redundar en la consecución de una óptima calidad de vida de los pacientes.

En general, algunos pacientes sólo precisan para un adecuado abordaje de su proceso, algunos consejos de mantenimiento de la

función articular, ejercicios, consejos dietéticos, y ciertos medicamentos para alivio del dolor y la inflamación.

Por su parte, si el especialista encargado del cuidado del paciente así lo estima, otra serie de pacientes pueden requerir durante un tiempo variable algunos medicamentos cuya misión es intentar frenar la evolución del proceso articular.

Finalmente, si a pesar de las medidas antes mencionadas, incluyendo aquellas que proporcionen los servicios de fisioterapia y rehabilitación, la enfermedad continúa produciendo dolor, inflamación y merma de las capacidades funcionales del sujeto, se puede recurrir a los llamados fármacos biológicos.

Muchos hospitales de nuestro país cuentan con consultas monográficas de diagnóstico precoz de artritis

Otro aspecto que no podemos obviar en el manejo de la artritis psoriásica es la propia psoriasis. Si ésta es de carácter moderado o severo debería ser tratada y seguida por un dermatólogo. En los casos más leves, quizá el propio reumatólogo o el médico de atención primaria, podrían tratar y aconsejar al paciente.

Consulta de derivación:

Como ya mencionamos con anterioridad, cualquier paciente con psoriasis que manifieste síntomas articulares, debería ser evaluado por un reumatólogo para confirmar o descartar el diagnóstico de artritis psoriásica. En los últimos años ha ido creciendo la necesidad de establecer

acciones conjuntas entre reumatólogos y dermatólogos, con el objeto de identificar lo más precozmente posible, los primeros signos de artritis en pacientes con psoriasis. Así, han surgido cuestionarios epidemiológicos destinados a cubrir dicho fin, muchos de ellos de fácil manejo y autocumplimentados por el propio paciente.

Quizá una estrategia más ambiciosa y productiva sea la de las unidades multidisciplinarias de Reumatología-Dermatología, cuyo principio rector es el de la toma de decisiones conjuntas por parte de ambos especialistas en sincronía de tiempo y espacio, es decir, el paciente es visto al mismo tiempo por los dos especialistas quienes deciden la mejor intervención tanto para la piel como para las articulaciones. Esta es una estrategia que está dando sus primeros pasos en nuestro país.

En cualquier estrategia de derivación debemos incluir al médico de atención primaria como garante de la salud global del paciente, es decir como aquel que maneje esos otros aspectos que pueden acompañar a la artritis psoriásica, como la diabetes, la hipertensión, la obesidad, etc. También es

él quien está en la primera línea de reconocimiento temprano de cualquier forma de artritis, incluida la artritis psoriásica, a través de los canales de comunicación con las Unidades de Diagnóstico Precoz de Artritis, antes mencionadas.

Todos estos profesionales deben trabajar en asociación de cara a conseguir una atención lo más integral posible para el paciente con psoriasis y artritis psoriásica.



CONTROL DEL DOLOR AVANZADO EN ARTRITIS REUMATOIDE

DR. MANUEL FERNÁNDEZ PRADA
Hospital Universitario de Guadalajara

El dolor es un síntoma inherente a la mayoría de las enfermedades reumáticas y el principal motivo de consulta referido por los pacientes.

El dolor, como síntoma, es la guía que permite al reumatólogo buscar o establecer, junto con otros síntomas acompañantes, la exploración clínica y las pruebas complementarias necesarias, el diagnóstico específico de la enfermedad reumática concreta de que se trate.

En otros muchos casos, una vez establecido el diagnóstico, el dolor es un síntoma asociado a la actividad inflamatoria de la enfermedad en concreto, o bien a la evolución crónica de la misma.

¿Por qué se produce el dolor?

No obstante, hay que considerar que el dolor, además de un síntoma, es un proceso biológico muy complejo en el que intervienen, por un lado, la propia causa del mismo, que habitualmente es una lesión o daño de los tejidos del aparato locomotor, en nuestro caso, fundamentalmente, las articulaciones, el cartílago, los ligamentos, los tendones o los músculos, y por otro lado, el sistema nervioso, que transmite los estímulos dolorosos provocados por la lesión hasta el cerebro.

El estímulo es percibido de forma consciente por el individuo, convirtiéndose en una experiencia o vivencia individual que puede, a su vez, estar influida por otros muchos factores. Entre estos factores se encuentran el estado de ánimo, el estrés, la educación, las creen-

cias religiosas, etc., que participan de forma muy importante en la percepción del dolor y hacen que un mismo dolor sea percibido de formas diferentes por diferentes individuos.



Esta complejidad del dolor adquiere mayor importancia sobre todo en los casos de dolor crónico, donde lo importante trasciende más allá de la causa o lesión que lo produce, y tiene que ver con la propia vivencia personal del dolor por parte de cada paciente, y el grado de sufrimiento o de repercusión personal, familiar y social que conlleva.



En el caso de la Artritis Reumatoide (AR) el dolor puede presentarse como un síntoma asociado a la actividad inflamatoria de la enfermedad y a la consecuencia del proceso inflamatorio crónico que origina la misma. Este dolor se alivia al controlar el mecanismo lesivo inflamatorio de la enfermedad, que en la mayoría de los casos está relacionado con el daño estructural residual que provoca y que depende de un importante e irreversible deterioro articular. Esto escapa al proceso inflamatorio de la misma, por lo que precisa de un enfoque diferente en cuanto a su tratamiento.

El dolor, junto con otros dos síntomas como son la tumefacción y la rigidez articular, es la razón fundamental por la que el paciente con AR consulta con el médico. En la mayoría de los pacientes con AR el dolor es de origen nociceptivo, es decir que se produce por un daño concreto de un tejido localizado. Puede ser tan-

to articular como tendinoso o visceral, y se produce en cualquier tejido salvo en el sistema nervioso central. Sin embargo, algunos pacientes pueden presentar dolor neuropático, que es un dolor anormal o patológico, debido a lesión del sistema nervioso, o bien, dolor psicógeno (dolor inconsistente con su distribución anatómica en el sistema nervioso, sin evidencia anatómica que lo justifique).

El enfoque terapéutico sería aplicable fundamentalmente a pacientes con AR sin actividad inflamatoria pero con un daño articular grave (daño estructural residual) no subsidiario de tratamiento quirúrgico, bien por contraindicación de la cirugía o no indicación de la misma. Son por tanto pacientes con enfermedad avanzada y que tienen un daño anatómico importante con marcada repercusión funcional. En ellos, a pesar de cualquier tratamiento patogénico o dirigido sobre los mecanismos que producen la enfermedad, por muy moderno que éste sea, no vamos a aportar nada a su alivio sintomático, ya que lo que éste necesita sencillamente es la disminución o desaparición del dolor.

Las posibles causas de dolor crónico en los pacientes con AR incluyen causas articulares (sinovitis), periarticulares o alrededor de la articulación (bursitis,

tendinitis, fascitis), musculares, óseas, neuropáticas (compresiones nerviosas) o bien, por dolor visceral referido (originado a nivel de algún órgano y que se refleja en otro sitio diferente).

Dolor y depresión, ¿existe relación?

Un aspecto importante que suele asociarse con las enfermedades crónicas, incluida la AR, es el hecho de que algunos de estos pacientes, con dolor crónico y limitaciones funcionales para realizar sus actividades completas, están predispuestos a desarrollar un trastorno depresivo. Existe una relación muy estrecha entre el dolor crónico y la depresión, pues por un lado el dolor crónico predispone a la depresión, pero por otro lado, ocurre lo contrario. La depresión incrementa la percepción y el valor que se le da al dolor, pudiendo convertir un dolor tolerable en uno intolerable o insoportable. En estos pacientes existe una serie de factores predisponentes a la depresión como son: el dolor crónico, el deterioro funcional, las deformidades esqueléticas, las limitaciones laborales y la pérdida de autonomía. También influyen otros factores tales como las carencias afectivas, la falta de apoyo familiar y social, los problemas laborales y la escasez de recursos económicos.

¿Cómo se trata el dolor crónico?

La asistencia correcta de este grupo de pacientes implica un enfoque multifactorial en el que se deben incluir medidas farmacoterapéuticas, físicas y psicosociales.

Dentro de las medidas farmacoterapéuticas disponemos de diversas opciones, siguiendo la clásica escalera analgésica.

Existe una relación muy estrecha entre el dolor crónico y la depresión

- En primer lugar están los analgésicos periféricos simples.
- En segundo lugar los analgésicos de acción central.
- Otro grupo de fármacos utilizados en el tratamiento del dolor crónico es el conocido como tratamiento coadyuvante, que incluye diversos fármacos que actúan de forma complementaria al tratamiento analgésico aplicado.
- Por último, en algunos casos seleccionados, pueden ser necesarias técnicas intervencionistas, realizadas por personal cualificado, que incluyen bloqueos nerviosos, técnicas de estimulación nerviosa, etc., dependiendo del proceso crónico originario del dolor.

Conclusiones

En definitiva, un programa eficaz en el tratamiento del dolor en pacientes con AR debe estar basado en una adecuada y certera evaluación de la situación clínica del mismo así como de la fase de evolución de su enfermedad. Debe tenerse en cuenta que puede ser necesaria la utilización de medidas no farmacológicas, como terapia física o terapia psicológica. Se debe hacer especial hincapié en combatir cuadros depresivos asociados que interfieren en el manejo y control del dolor crónico.

ADHERENCIA A TRATAMIENTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE CONSULTAS EXTERNAS

ENFERMERA. JENNY DE LA TORRE ABOKI

Sección de Reumatología. Hospital General Universitario de Alicante

Se define como adherencia terapéutica al grado de cumplimiento del tratamiento prescrito, previamente consensuado entre el médico y el enfermo reumático. En la definición de adherencia se enfatiza la toma de decisiones conjunta entre el enfermo reumático y el médico, al contrario de lo que sucede con el término cumplimiento terapéutico, en el cual la idea básica es la obediencia a la prescripción médica, sin consenso mutuo previo.

Aproximadamente el 50% de los pacientes crónicos no se adhieren adecuadamente al tratamiento prescrito. La no adherencia a los tratamientos crónicos se asocia con una mayor morbilidad y mortalidad.

Asimismo la no adherencia a los fármacos pautados aumenta de manera considerable los costes asociados al manejo de la enfermedad, puesto que expone al enfermo reumático a un riesgo mayor de sufrir episodios de aumento de actividad de la enfermedad (con aparición de más articulaciones inflamadas y doloridas), así como aumento de la discapacidad funcional (es decir, de dificultad para realizar actividades de la vida diaria básicas como por ejemplo vestirse, peinarse o cortar el pan).



¿Qué factores impiden la adherencia terapéutica?

Factores relacionados con el tratamiento: eficacia (percepción de los efectos beneficiosos del tratamiento) y tolerancia del fármaco, facilidad y modo de administración.

La tolerancia del fármaco es un factor importante. La presencia de efectos negativos o percibidos como tal por la persona con una enfermedad reumática podría tener como consecuencia que abandonara el tratamiento.

Factores relacionados con el paciente: la edad, el nivel de educación, las creencias del paciente acerca del tratamiento, de la enfermedad y/o de la toma conjunta de varios fármacos a la vez, el apoyo familiar, así como, la autoeficacia percibida del paciente, es decir, la creencia que tiene el enfermo de que su comportamiento actual puede afectar a la evolución de la enfermedad, pueden condicionar la mayor o menor adherencia terapéutica.

Las creencias del paciente son otro factor importante en la adherencia terapéutica. De hecho, la no adherencia a los tratamientos puede ser intencional –como consecuencia de la decisión del paciente de no tomar un fármaco determinado o de tomar una dosis menor- o no intencional –debido, en este caso, al olvido de la ingesta del fármaco, a la destreza y/o dificultad de manipular el mismo, al grado de dificultad para conseguir el fármaco o a esquemas de tratamiento demasiado complejos-. En cualquier caso, explorar las creencias

del paciente es vital a la hora de aumentar la adherencia terapéutica.

Otros factores: grado de conocimiento de su enfermedad, grado de conocimiento de la necesidad de tomar el fármaco pautado, grado de relación médico-paciente, grado de relación enfermera-paciente.

Adherencia terapéutica a los fármacos prescritos

Cada enfermedad reumática y cada persona con enfermedad reumática precisa un esquema de tratamiento determinado e individualizado. Del mismo modo, facilitar información precisa e individualizada a la situación de la persona en tratamiento posibilitará una mayor adherencia terapéutica.

La enfermera como personal sanitario de referencia

Como se ha descrito previamente existen diferentes factores que facilitan la no adherencia al tratamiento. La aparición de dudas relacionadas con el tratamiento y el modo de administración del mismo,



Cada enfermedad reumática y cada persona con enfermedad reumática precisa un esquema de tratamiento determinado

además de inquietud por los posibles efectos adversos, es muy frecuente en los procesos crónicos.

La facilidad para acceder al personal sanitario que permita la resolución precoz de esas dudas aumenta de manera considerable la adherencia terapéutica.

En muchas Unidades es la Enfermera de Reumatología el personal sanitario de referencia a la hora de resolver dichas dudas, tanto de manera presencial, en la consulta de enfermería, como telefónicamente, por medio del teléfono de atención al paciente.

La relación auténtica y sincera entre el personal médico y la persona con enfermedad reumática, así como entre el personal de enfermería y la persona con enfermedad reumática, en la cual se brinde la posibilidad de exponer las dudas, desterrar falsas creencias, y resolver los miedos derivados de la enfermedad y/o el tratamiento redonda en un mejor resultado en el manejo de la enfermedad.

ADHERENCIA A TRATAMIENTO DESDE EL PUNTO DE VISTA DEL HOSPITAL DE DÍA

ENFERMEROS JUAN JOSE ARRANZ COBO, JUANA SANZ ROLDÁN, SILVIA CAMPOS LOPEZ, VANESSA MARTÍN GIL

Hospital de Día del Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid

La Unidad de Hospital de Día del Hospital Universitario Príncipe de Asturias se creó en el año 1994. Se trata de una unidad polivalente con una amplia cartera de servicios que abarca todas las especialidades médicas.

En esta unidad, el personal de enfermería es responsable de la gestión y administración de los tratamientos prescritos sin que exista presencia física del médico. Aunque en todo momento habrá asignado un médico responsable de cada paciente, cuya presencia se requerirá en el caso que sea necesario.

Definición

La adherencia al tratamiento se define como el grado en que el comportamiento del paciente coincide con las recomendaciones acordadas entre él y el profesional médico. Por tanto, es de reseñar la participación activa del paciente con el reumatólogo para la toma de decisiones compartidas.

La adherencia al tratamiento es un proceso dinámico, específico, individualizado y continuado en el tiempo que requiere intervenciones continuadas del personal enfermero, médico y farmacéutico.

Factores que aumentan el grado de adherencia

La enfermera valorará el grado de conocimientos y expectativas del paciente sobre su enfermedad y el tratamiento biológico prescrito por su médico. Así como también el grado de participación activa del paciente en la toma de decisiones.



La enfermera hablará y escuchará al paciente sin juzgar sus preferencias sobre sus inquietudes acerca de la medicación y cómo puede influir ésta en su rutina diaria y los efectos que pueda tener tanto a largo como a corto plazo.

Una actitud empática de enfermería promoverá un mayor grado de adherencia al tratamiento y fomentará la confianza del paciente.

La enfermera valorará el nivel socio cultural estableciendo claves de comunicación que permitan una correcta comprensión por parte del paciente.

Otro de los factores que facilitan la adherencia al tratamiento es pactar con el paciente en la medida de lo posible, las fechas de asistencia al hospital de día para la administración del fármaco.

Se aumenta la adherencia cuando nos aseguramos que el paciente ha comprendido toda la información, siendo necesario darle instrucciones por escrito claras y sencillas; comprobando también el grado de responsabilidad que el paciente ha tomado en el proceso terapéutico.

Una adecuada coordinación multidisciplinaria aumenta la adherencia del paciente al tratamiento. Se analizarán los aspectos psicosociales: cuidadores y/o apoyo familiar, el grado de deterioro (motor y cognitivo), presencia de trastornos psicológicos (depresión, ansiedad), etc.

Es importante entender que el daño a las articulaciones puede continuar aún cuando no exista actividad inflamatoria clínicamente visible. Por ello es de suma

importancia enfatizar la necesidad de seguir educando sobre los daños progresivos de la artritis reumatoide.

Factores que disminuyen el grado de adherencia

La falta de conocimientos sobre su enfermedad y el tratamiento prescrito.

La presencia de patologías complejas asociadas a su enfermedad reumatológica disminuye el grado de adherencia.

Una mayor complejidad del tratamiento puede disminuir la adherencia del paciente al mismo.

Una inadecuada relación médico/enfermera-paciente igualmente puede disminuir la adherencia al tratamiento.

La presencia de patologías complejas asociadas a su enfermedad reumatológica disminuye el grado de adherencia

La descoordinación entre los diferentes profesionales sanitarios puede conllevar a una disminución a la adherencia al tratamiento.

La enfermedad sin síntomas, puede acarrear el abandono del tratamiento.

Un inadecuado control de la evolución de la enfermedad conllevará una falta de adhesión al tratamiento.

Falta de confianza en el beneficio que puede obtener tras la administración del fármaco.



Efectos adversos que puedan surgir durante la administración así como también a corto y a largo plazo.

No acudir a las citas programadas al tratamiento por olvido, descuido...

Dificultades para acceder a la asistencia (laborales, apoyo familiar, físicas, medios de transporte, barreras arquitectónicas...).

Conclusiones

La falta de adherencia al tratamiento es un problema con repercusiones tanto sanitarias como económicas.

Las intervenciones para mejorar la adherencia son un medio para conseguir el fin último de mejorar el control de la patología.

La adherencia al tratamiento puede cambiar a lo largo del tiempo dependiendo de las experiencias del paciente en relación con la medicación o su necesidad de ayuda para aumentar la adherencia. Por ello

es necesario reevaluarla periódicamente.

La búsqueda de intervenciones efectivas que faciliten una adherencia óptima a los planes de tratamiento adecuado, es una prioridad en el manejo de enfermedades crónicas.

Una experiencia positiva en nuestro Hospital de Día fue colaborar en el "Proyecto "Épica" que consistía en realizar reuniones periódicas con los pacientes reumatológicos para darles información sobre su patología, sobre su tratamiento y efectos adversos. También consistía en un ámbito en que los pacientes resolvían dudas sobre su enfermedad y compartían sus experiencias personales. Se fomentaban relaciones de apoyo mutuo. Estaban dirigidas por un médico y una enfermera. Los pacientes manifestaron un alto grado de satisfacción con dicho proyecto. En conclusión consideramos que esta experiencia fue muy positiva para aumentar la adherencia del paciente al tratamiento.



EL OJO EN LA ARTRITIS

DRA. ESPERANZA PATO

Hospital Clínico San Carlos, Madrid

¿Puede verse afectado el ojo en la Artritis?

La respuesta es SÍ, en la artritis se afecta el ojo. Artritis es un término muy amplio que abarca multitud de enfermedades reumáticas; las más comunes en la población son la Artritis Reumatoide y las Espondiloartritis y son las patologías que con más frecuencia se acompañan de problemas oculares y de las que se va a hablar en este capítulo.

Afectación ocular en la Artritis Reumatoide

Los pacientes con artritis reumatoide (AR) pueden tener distintas manifestaciones oculares en el transcurso de su enfermedad. Hay que destacar, que además de las afecciones oculares que se van a describir a continuación, la aparición de catarata va a ser el proceso ocular más habitual en esta enfermedad junto con el ojo seco. Según la región ocular afectada se distinguen:



Afectación de la glándula lagrimal:

Queratoconjuntivitis seca –inflamación de córnea y conjuntiva- o más comúnmente ojo seco. Es la afección oftalmológica más frecuente, con gran diferencia. La causa del ojo seco se debe a una deficiente producción de lágrima con disminución del volumen o aumento de la evaporación lagrimal que causa daño en la superficie ocular. Hay que tener en cuenta que algunos factores externos como la toma de algunos fármacos y el propio envejecimiento también pueden producir síntomas de ojo seco. No hay una correlación clara entre la gravedad del ojo seco y la gravedad de la AR, aunque sí se ha observado que el ojo seco es más frecuente en mujeres y empeora con la edad y la duración de la enfermedad.

Los síntomas oculares más típicos son: irritación, picor, pesadez, ojo rojo, sensación de cuerpo extraño, visión borrosa y molestias con la luz, que pueden empeorar en ambientes secos y al final del día. En algunos casos, a pesar de tener

ojo seco se puede tener un continuo lagrimeo. El diagnóstico lo realiza el oftalmólogo con una exploración oftalmológica completa y unas pruebas específicas: test de Schirmer, que es una prueba que utiliza unas pequeñas tiras de papel insertadas en el ojo durante unos minutos para medir la producción de lágrimas.



El tratamiento básico de este problema es el uso de lágrimas artificiales que contribuyen a mantener el ojo húmedo. Es también muy importante mejorar las medidas ambientales como evitar ambientes secos, humos, ventiladores hacia la cara, ansiedad, regular el uso de la pantalla del ordenador, usar gafas para evitar evaporación de la lágrima y humidificadores. Otro factor fundamental es una buena higiene del párpado para evitar infecciones. Hay que vigilar y tratar de forma correcta el ojo seco porque se pueden producir algunas complicaciones a largo plazo como erosiones y úlceras corneales que son muy molestas y requieren tratamientos más fuertes.

Inflamación de la episclera y esclera (esclerótica): La esclera y episclera son zonas anatómicas del ojo, son parte de la cubierta del ojo que vemos como “la parte blanca”.

La episcleritis es la inflamación de la parte más superficial de esta capa, por lo general de curso leve y autolimitado, aunque con frecuencia puede repetirse. Los síntomas que produce son dolor ocular leve, sensibilidad al tacto y lagrimeo. En la exploración se observa enrojecimiento en un sector del ojo.

La escleritis es la inflamación del tejido y de los vasos de la esclera. Es un cuadro muy poco frecuente en la AR que afecta a pacientes de larga evolución con una enfermedad agresiva y que se suele acompañar de otras manifestaciones no articulares como vasculitis en la piel, nódulos reumatoides y afectación pulmonar y pericárdica. Es un cuadro más grave que los dos anteriores. El síntoma dominante es el dolor intenso del ojo, irradiado a la frente o la mandíbula que puede despertar por la noche, aunque también puede haber disminución de la agudeza visual. En la exploración se observa enrojecimiento localizado en uno de los cuadrantes del ojo y en algunos casos se ve la esclera violácea por dilatación de los vasos. La escleritis asociada a AR suele ser anterior, difusa, tiene predilección por la mitad superior del globo ocular y en la mitad los casos ocurre en ambos ojos. La complicación más grave



en estos casos, aunque muy rara, es la escleromalacia perforante, adelgazamiento de una placa de esclera que cobra color amarillento sin inflamación.

Afectación de la córnea: La córnea es la porción más anterior y transparente de las capas del ojo.

La afectación corneal en los pacientes con AR se puede producir de forma primaria, como complicación de una queratoconjuntivitis seca, que es la forma más frecuente, o como complicación de una escleritis. Se dan dos tipos de ulceración corneal, las periféricas que ocasionalmente se asocian a escleritis y las centrales, que se asocian a queratoconjuntivitis seca. Aunque estas úlceras aparecen característicamente en enfermos con AR de larga evolución, la enfermedad articular no suele estar muy activa, o incluso estar en remisión completa. En general los síntomas aparecen de forma brusca, con dolor intenso y disminución de la agudeza visual. Siempre hay que descartar que exista una infección porque el tratamiento suele ser agresivo para evitar complicaciones como la perforación.

Afectación ocular en las Espondiloartritis

En este grupo de enfermedades la forma más frecuente de afectación del ojo es la uveítis, de hecho, es la manifestación extraarticular más frecuente en estos pacientes. La uveítis es la inflamación del tracto uveal, que es la capa media del ojo. La aparición de uveítis en las espondiloartritis parece estar en relación con un marcador genético, el HLA-B27, y su positividad aumenta el riesgo de tener brotes de uveítis.

Hay varios tipos de uveítis: anterior, intermedia y posterior, según la zona afectada en el ojo. El tipo de uveítis que aparece en las espondiloartritis es la uveítis anterior, que afecta a la parte más "superficial" de las capas del ojo.

Lo más habitual es que sólo se afecte un ojo cuando se produce un brote de uveítis, pero si hay una recaída se puede afectar el otro ojo. Los síntomas que produce son dolor, molestias oculares con la exposición de la luz, enrojecimiento ocular y en ocasiones sensación de disminución de agudeza visual. La evolución de este tipo de uveítis, por lo general es benigna, con recuperación completa del cuadro y habitualmente sólo es necesario tratamiento con colirios oftalmológicos para su curación. En algunos casos, los episodios de uveítis son frecuentes -más de 3 brotes al año- a pesar de realizar un tratamiento tópico correcto.

También hay que destacar que no suele haber correlación entre el brote de uveítis y la actividad articular de la espondiloartritis, es decir, cuando se produce un brote de uveítis en la mayoría de las ocasiones la afectación articular de la enfermedad está controlada y no tiene porque ponerse en actividad.

Otros cuadros oculares que pueden aparecer en las espondiloartritis, aunque son menos frecuentes, son la conjuntivitis y la epiescleritis (inflamación de la epiesclera). La conjuntivitis aparece más frecuentemente asociada a pacientes con artritis reactiva. Suele afectar a ambos ojos y los síntomas que produce son ojo rojo, dolor y secreción ocular, ocasionalmente purulenta.

PREGUNTAS Y RESPUESTAS

DR. ANTONIO FERNÁNDEZ NEBRO

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

Ejercicios de estiramiento y grupos musculares ¿Dónde los puedo conseguir?

Los ejercicios de estiramiento y de grupos musculares resultan bastante útiles para cualquier persona antes y después del ejercicio físico y es una forma de rehabilitación para muchos procesos reumáticos, particularmente para los trastornos locales o regionales. Es bastante recomendable usarlos de forma regular en el entorno doméstico dentro de un programa de ejercicios que esté previamente supervisado por un reumatólogo o por un especialista en rehabilitación. Su efectividad en buena parte requiere de su ejecución regular. Los ejercicios se pueden conseguir en la consulta de reumatología pidiéndolo a nuestro médico pero también podemos bajarlo libremente desde la página de la Sociedad Española de Rehabilitación y Medicina Física visitando <http://www.sermed.es/>. En el índice de la izquierda que nos ofrece esta página accederemos a ellos en el apartado aplicaciones haciendo clic en "Programas de ejercicios". Esto nos llevará a una página ordenada por zonas del cuerpo ("regiones corporales") y accederemos en cada una de ellas para conseguir tanto los programas por patologías como a ejercicios de estiramiento, movilidad, fortalecimiento, etc.

Según qué patologías, los ejercicios de estiramiento, los isométricos (contraen el músculo sin estiramiento), movilidad, etc. pueden ayudarnos a mejorar los síntomas, recuperar la funcionalidad perdida y prevenir las recaídas.



La calidad ósea es genética ¿Cómo se mide?

La calidad ósea es un nuevo concepto que se incluye actualmente en la definición de osteoporosis ya que cada vez hay más pruebas de que la resistencia del hueso no sólo depende de la cantidad de hueso que habitualmente medimos a través de la densitometría ósea. Dentro de la calidad del hueso se incluyen aspectos que dependen de una buena microestructura, una adecuada mineralización y una buena remodelación, o dicho de otro modo de que el hueso esté bien formado, sea lo bastante duro y sea renovado con la suficiente frecuencia como para que la fatiga del hueso como material no suponga un problema. Estas cualidades dotan al hueso de una adecuada dureza y una buena flexibilidad. Todos estos aspectos están

marcados en buena parte por la propia dotación genética pero existe una enorme influencia de los factores ambientales que conocemos como factores de riesgo de osteoporosis. Los sujetos que están genéticamente predispuestos a sufrir más fracturas son aquellos con antecedentes familiares de fracturas de cadera, raza blanca o asiática y sexo femenino. No existe en la actualidad un método útil para medir la calidad del hueso en su conjunto de la misma manera que medimos la cantidad de hueso con una densitometría. Para medir la calidad sólo podemos recurrir en entorno de investigación a pruebas que nos ofrecen valoraciones parciales de cada una de las características que determinan la calidad del hueso.



¿ARTRITIS?

Reumatoide, Psoriásica, Idiopática Juvenil



conartritis

COORDINADORA NACIONAL DE ARTRITIS

DECLARADA DE UTILIDAD PÚBLICA

Conoce más sobre tu enfermedad en www.conartritis.org

Apoya a otras personas con tu enfermedad a través de
conartritis@conartritis.org

Síguenos al minuto en:



@ConArtritis



ConArtritis (Coordinadora Nacional de Artritis)

Linked in

Coordinadora Nacional de Artritis
Calle Cea Bermúdez, 14B. 2ªA.
28003 Madrid
Tel. 91 535 21 41 / 644 00 77 18





 **MSD INMUNOLOGÍA**

Merck Sharp & Dohme de España, S.A. C/ Josefa Valcárcel, 38 · 28027 Madrid. www.msd.es

RHEU-1063704-0000 (Creado: Diciembre 2012) ITEM NUMBER: 74620