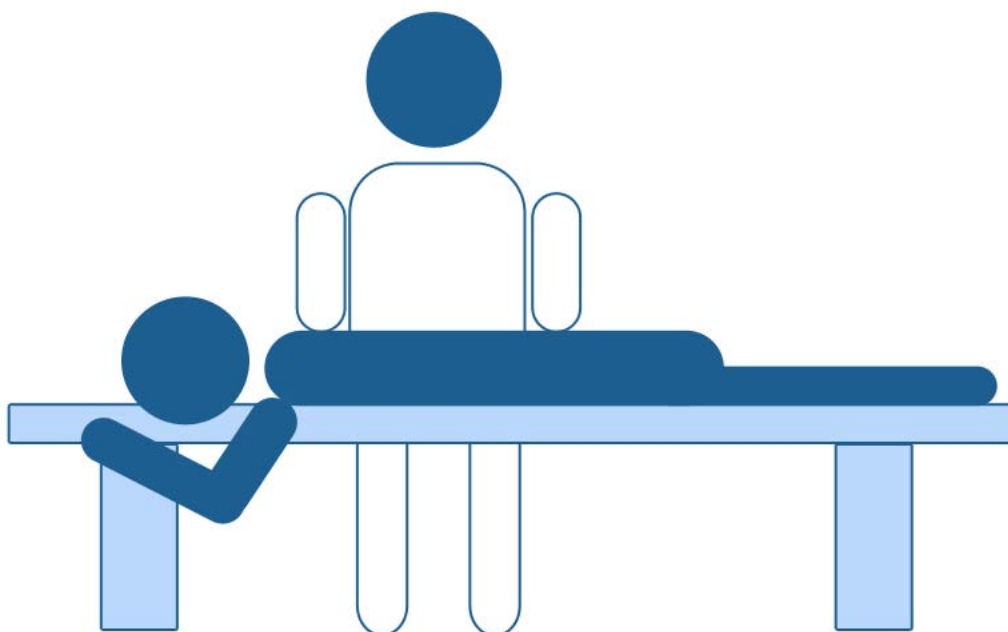


LA FISIOTERAPIA EN REUMATOLOGÍA



ÍNDICE

<u>¿Por qué un fisioterapeuta en Reumatología?</u>	<u>3</u>
<u>¿Para qué sirve la intervención fisioterápica?</u>	<u>4</u>
<u>¿Qué tipo de intervenciones realizan los fisioterapeutas?</u>	<u>5</u>
<u>Bibliografía</u>	<u>6</u>

EL FISIOTERAPEUTA EN REUMATOLOGÍA

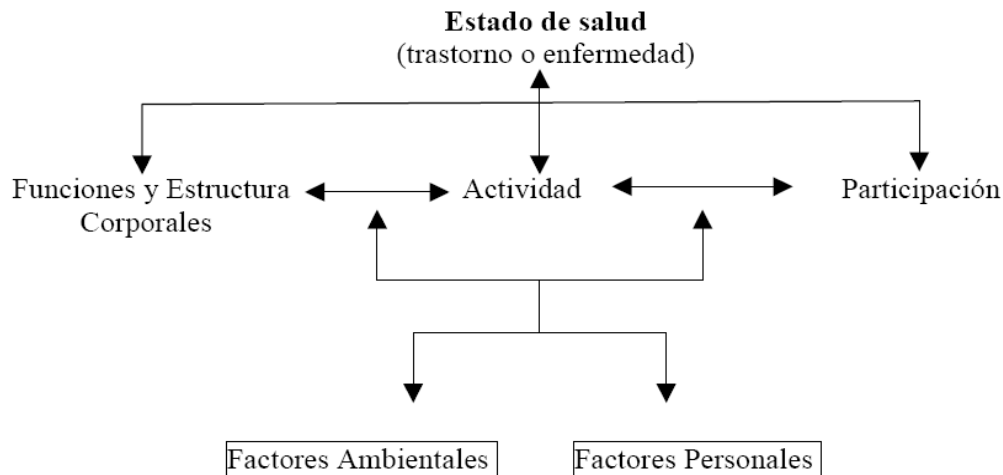
¿POR QUÉ UN FISIOTERAPEUTA EN REUMATOLOGÍA?

El **modelo biopsicosocial (1)**, considerado como el más eficiente para el tratamiento de la enfermedad reumática, propone que los profesionales de la salud trabajen de forma conjunta para abordar de la mejor manera posible la diversa problemática del paciente. Es en este contexto en el que la fisioterapia puede ofrecer un apoyo terapéutico orientado a la reducción del impacto de la enfermedad reumática sobre la funcionalidad del paciente(2).

En general, el fisioterapeuta utiliza técnicas físicas para tratar la discapacidad, habitualmente según la prescripción de los rehabilitadores. El **acceso a Fisioterapia**, ya sea en los servicios hospitalarios o de atención primaria, puede realizarse a través del equipo de rehabilitación, que es lo más frecuente, o a través de interconsulta directa, siempre en función de unos criterios de derivación establecidos previamente de forma consensuada por el equipo terapéutico. La planificación de objetivos, así como de estrategias dinamizadoras que eviten permanencias demasiado prolongadas o sobreutilización de los recursos, son fundamentales para el buen desarrollo de este tipo de tratamientos.

Otra forma de actividad es la **atención realizada en la comunidad**, con frecuencia a través de las asociaciones de pacientes. La gran demanda social hace que la fisioterapia esté presente en muchos centros municipales (polideportivos, casas de cultura, centros de día...). La prescripción de actividad física terapéutica o preventiva puede ser de gran ayuda en el manejo de las enfermedades crónicas (3, 4).

La especialización es necesaria para la capacitación profesional de los fisioterapeutas en el manejo de situaciones clínicas complejas como las enfermedades reumáticas. **El paciente reumático obtendrá un beneficio mayor si es derivado a un fisioterapeuta que conozca bien las características y problemática específica de la enfermedad**, ya que la Fisioterapia puede actuar en el paciente reumático a corto y medio plazo como coadyuvante en el manejo del dolor articular y en la prevención de deformidades esqueléticas. Es importante destacar que el dolor crónico y las deformidades repercuten de forma negativa sobre la funcionalidad, siendo esta determinante en la capacidad de participación del enfermo en su entorno, aspecto trascendental para la calidad de vida del enfermo reumático (5).



La colaboración del fisioterapeuta supone **ventajas** para:

- **El Reumatólogo:** complementado la valoración funcional y cooperando en el tratamiento no farmacológico del paciente.
- **El Paciente:** ayudando al manejo y tratamiento de la enfermedad y sus repercusiones funcionales, disminuyendo tanto el dolor que acompaña a casi la totalidad de las dolencias reumáticas como la discapacidad que generan, y mejorando la calidad de vida global.

¿PARA QUÉ SIRVE LA INTERVENCIÓN FISIOTERÁPICA?

La Fisioterapia ha demostrado ser eficaz en distintos aspectos de las enfermedades reumáticas (p.ej: manejo del dolor, prevención de deformidades, mantenimiento de la capacidad funcional), tanto en las de curso crónico como en los procesos musculoesqueléticos de duración puntual (3, 4, 6, 7).

La intervención fisioterápica está dirigida a reducir el dolor e instaurar hábitos posturales saludables, así como a la promoción de la salud mediante el ejercicio, siempre adaptando el tratamiento a las características de los pacientes. En líneas generales, el tratamiento fisioterapéutico puede servir para:

- **Mejorar la adhesión activa a las prescripciones terapéuticas de ejercicio,** enseñando y facilitando la correcta realización del mismo de forma adecuada a las distintas fases de la enfermedad.
- **Prevenir y/o corregir las alteraciones funcionales secundarias al curso de la enfermedad.**
- **Evitar la inactividad.** El dolor crónico genera un círculo vicioso con la inactividad. Romper este círculo es trascendental para mejorar el pronóstico del dolor y su impacto sobre la función.

- **Detectar y cooperar en el manejo de los componentes psicofisiológicos asociados a las enfermedades reumáticas** (p.ej. tensión muscular o activación emocional sostenida)
- **Facilitar el uso de medidas ortésicas** que eviten la progresión de las deformidades.
- **Procurar la compensación muscular** para una mejor protección articular.
- **Enseñar las medidas ergonómicas** adecuadas a la enfermedad.
- **Promover la actividad física adaptada y continuada.** Algunas actividades aeróbicas realizadas de manera continuada han demostrado eficacia como herramientas de mejora de la calidad de vida.
- **Potenciar el autocuidado.** Convertir al paciente en un mejor gestor de su salud, colaborando en esta tarea con los reumatólogos, el personal de enfermería, los psicólogos, los rehabilitadores y otros profesionales sanitarios.

¿QUÉ TIPO DE INTERVENCIONES REALIZAN LOS FISIOTERAPEUTAS?

Las intervenciones del Fisioterapeuta en el campo de la enfermedad reumática pueden ser de diversos tipos:

- **Formación e investigación:** en aspectos como biomecánica, actividad física adaptada, ejercicio terapéutico, medidas físicas coadyuvantes, etc.
- **Educación, dirigida al paciente reumático:** coordinando, en colaboración con otros profesionales de la salud, los cursos de “paciente experto” en los que se enseña al paciente reumático a ser un mejor gestor de salud, implicándose en su autocuidado. El fisioterapeuta le enseña a dosificar el ejercicio y a identificar patrones ergonómicos correctos en la realización de las actividades de la vida diaria. La correcta ejecución de los ejercicios y actividades propuestas son trascendentales para obtener buenos resultados.
- **Diagnóstico fisioterápico:** identificando las alteraciones del movimiento de las articulaciones y los problemas de desequilibrio muscular que con tanta frecuencia aparecen en el paciente reumático.
- **Intervención clínica:** realizando con el paciente reumático una intervención fisioterapéutica individualizada y adaptada en cada caso, y basada en las técnicas que se hayan mostrado más efectivas, como por ejemplo:
 - o **Electroterapia(8).** Aplicación de corrientes de baja y media frecuencia con fines fundamentalmente analgésicos, siendo el tipo TENS el más utilizado por su eficacia y facilidad de aplicación.

- Terapia manual ortopédica (9). Técnicas de movilización articular pasiva, masoterapia y técnicas manipulativas, que mejoran el rango articular y el dolor músculo-esquelético.
- Ejercicio terapéutico (10-12). Los programas de mantenimiento y prevención de la salud deben incorporar el ejercicio físico como pieza fundamental, ya que ha demostrado ser un excelente aliado terapéutico para mejorar la calidad de vida.
- Termo-crioterapia (13) Si bien la aplicación de calor y frío local forma parte del arsenal terapéutico popular, la correcta indicación, dosificación y la combinación con otras medidas terapéuticas hacen de la termo-crioterapia una medida de gran eficacia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ashburn MA, Staats PS. Management of chronic pain. *Lancet*. 1999 May 29;353(9167):1865-9.
2. World Health Organization. [International Classification of Functioning, Disability and Health]. Genf: WHO. 2005:p. 23.
3. Bennell KL, Hunt MA, Wrigley TV, Lim BW, Hinman RS. Role of muscle in the genesis and management of knee osteoarthritis. *Rheum Dis Clin North Am*. 2008 Aug;34(3):731-54.
4. Blackham J, Garry JP, Cummings DM, Russell RG, Dealleaume L. Does regular exercise reduce the pain and stiffness of osteoarthritis? *J Fam Pract*. 2008 Jul;57(7):476-7.
5. Berenbaum F. New horizons and perspectives in the treatment of osteoarthritis. *Arthritis Res Ther*. 2008;10 Suppl 2:S1.
6. Cetin N, Aytar A, Atalay A, Akman MN. Comparing hot pack, short-wave diathermy, ultrasound, and TENS on isokinetic strength, pain, and functional status of women with osteoarthritic knees: a single-blind, randomized, controlled trial. *Am J Phys Med Rehabil*. 2008 Jun;87(6):443-51.
7. Sokka T, Hakkinen A. Poor physical fitness and performance as predictors of mortality in normal populations and patients with rheumatic and other diseases. *Clin Exp Rheumatol*. 2008 Sep-Oct;26(5 Suppl 51):S14-20.
8. Osiri M, Welch V, Brosseau L, Shea B, McGowan J, Tugwell P, et al. Transcutaneous electrical nerve stimulation for knee osteoarthritis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2000(4):CD002823.
9. Sanudo B, Carrasco L, de Hoyo M, McVeigh JG. Effects of exercise training and detraining in patients with fibromyalgia syndrome: a 3-yr longitudinal study. *Am J Phys Med Rehabil*. 2012 Jul;91(7):561-9; quiz 70-3.
10. Bronfort G, Maiers MJ, Evans RL, Schulz CA, Bracha Y, Svendsen KH, et al. Supervised exercise, spinal manipulation, and home exercise for chronic low back pain: a randomized clinical trial. *Spine J*. 2011 Jul;11(7):585-98.
11. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain: an update of a Cochrane review. *Spine (Phila Pa 1976)*. 2011 Jun;36(13):E825-46.

12. Rubinstein SM, van Middelkoop M, Assendelft WJ, de Boer MR, van Tulder MW. Spinal manipulative therapy for chronic low-back pain. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011(2):CD008112.
13. Clarke CL, Ryan CG, Martin DJ. Pain neurophysiology education for the management of individuals with chronic low back pain: systematic review and meta-analysis. *Man Ther.* 2011 Dec;16(6):544-9.