

CURSO AUDITORIA MÉDICA HOSPITAL ALEMAN

2011

DISCAPACIDAD



VALERIA GARCIA MONTAÑO

GEORGINA PEREZ

ANDRES SARRADELL

## DISCAPACIDAD

La Discapacidad en Argentina cuenta con un marco normativo extenso, que a pesar de requerir cierta organización, asegura las herramientas necesarias para la cobertura legal de las personas con discapacidad.

La Ley 24901 generó un antes y un después en las coberturas de la Seguridad Social, caracterizado por la cobertura obligatoria, financiamiento previsto, y crecimiento de oferta de prestadores.

Podemos describir este tránsito afirmando que se pasó:

- De una cobertura discrecional a una cobertura obligatoria.
- De un menú prestacional restringido a un sistema de cobertura amplia.
- De un nomenclador establecido de acuerdo a la capacidad propia a un nomenclador fijado por el Estado. (actualmente Res. 6080/04 APE y Res. 36/04 M.S.A)
- De un presupuesto propio a depender de un presupuesto ajeno (F.R. de A.P.E.)
- De un flujo de ingreso de pacientes estable a un crecimiento abrupto de la demanda.
- De un modelo de administración propio a un modelo compartido.
- De un cupo fijo de proveedores a cierta amplitud de elección.

## DEFINICIONES

La Ley 22.431 define en su artículo 2 al beneficiario (**discapacitado** a toda persona que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral).

La ley 24.901 recepta esta definición en su artículo 9 (remitiendo al 2 de la ley anterior) casi textualmente, pero agregando “alteración funcional permanente o prolongada, **motora, sensorial o mental...**” eliminando la disyuntiva “física o mental”. En este sentido se receptan los cuestionamientos a la idea de discapacidad centrada en el individuo, para redirigirla a la relación con su entorno “la discapacidad no es pues una característica de personas lesionadas o enfermas, sino una relación entre esas personas y su mundo circundante”.

Según la OMS discapacidad es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para el ser humano.

### ***Situación de las empresas de medicina prepaga (E.M.P.) y las obras sociales provinciales***

Aunque la ley 24.901 ha sido votada por unanimidad por todos los legisladores provinciales de su momento, sin embargo ninguna de las obras sociales o institutos provinciales se encuentran obligados por la misma, ya que no han adherido a la ley 23.660 y sólo 17 provincias han adherido a la ley 24.901. Esta (situación) CIRCUNSTANCIA constituye una situación de discriminación para aquellos beneficiarios de los sistemas provinciales (generalmente empleados públicos y docentes) y (constituye) genera una deuda de las provincias con sus beneficiarios del sistema de salud local y de sus legisladores con los compromisos que suscriben en la legislatura. Esto provoca en la práctica una situación paradójica: aunque la provincia estuviera adherida a la ley 24.901, si la obra social provincial no está adherida al sistema de la ley 23.660 no recibe el aporte del Fondo de Redistribución del A.P.E. (Fondo de Redistribución, Art. 7 de la ley 24.901) y en consecuencia sus beneficiarios no están cubiertos por la ley. En cambio, los habitantes de las provincias que adhieren a la ley 24.901, pero que no son beneficiarios de la obra social provincial, tienen la cobertura de la provincia (al menos jurídicamente, ya que la realidad dista de ser consecuente), es decir, están en mejor situación real y posición jurídica que aquellos que no tiene cobertura alguna. Esta situación ha generado en las provincias una judicialización (recursos de amparo) de los reclamos respecto a las obras sociales provinciales.

La situación de las Empresas de Medicina Prepaga (E.M.P.) tiene alguna similitud a la de las obras sociales provinciales, pero un distinto análisis normativo. La ley 24.901 no incluye expresamente a las empresas de medicina prepaga entre los obligados a dar la cobertura de la ley a sus beneficiarios con discapacidad, sin embargo, en este caso, existen sólidos argumentos que permiten afirmar que se encontrarían obligadas, como las obras sociales, a la cobertura de discapacidad:

1. La ley 24.754 determina en su único artículo que las E.M.P. se encuentran obligadas a dar la misma cobertura que las obras sociales, ello incluye la discapacidad.
2. En sus fallos, la Corte Suprema utiliza una terminología muy similar a la de la ley 24.901, afirmando que el Estado Nacional es garante del derecho de preservación de la salud —incluso a través de acciones positivas— “sin perjuicio de las obligaciones que deban asumir en su cumplimiento las jurisdicciones locales, las obras sociales o las entidades de medicina prepaga”. La Corte Suprema, en cuanto al derecho a la salud, no establece marcadas diferencias entre obras sociales y empresas de medicina prepaga.
3. Las empresas de medicina prepaga, a diferencia de las obras sociales, pueden determinar y modificar el valor de su cuota y ésto le permite regular sus necesidades financieras. Ello refuta el argumento de la falta del subsidio que establece el Art. 7 de la ley 24.901 (F.R)
4. Las circunstancias de hecho y derecho de cada caso en particular permiten inferir la razonabilidad y extensión de la cobertura a personas con discapacidad aun cuando la misma sea expresamente excluida de la contratación. Como ejemplo de ello, incluyo el nacimiento de un hijo con síndrome de Down u otra afección de tipo genética o a la discapacidad adquirida posteriormente por un afiliado a una E.M.P.

### ***Alcance de las prestaciones***

Mientras el art 1 de la ley 22.431 instituye un sistema de protección “integral” de las personas discapacitadas, la ley 24.901 lo menciona como sistemas de “prestaciones básicas de atención integral”, aunque al final del artículo se refiere a la “cobertura integral a sus necesidades y requerimientos”. El art 1 de la ley 24.901 contempla “acciones de prevención, asistencia, promoción y protección”, ampliando en este sentido las obligaciones de los prestadores a dos áreas no incluidas en la ley anterior: prevención y promoción, resultando la ley 22.431 de corte más asistencialista que preventivo. El art 1 del decreto reglamentario 1193/98 garantiza la “universalidad de la atención de dichas personas (personas con discapacidad) mediante la integración de políticas, recursos institucionales y económicos afectados a dicha temática”. Sin perjuicio que estas últimas declaraciones se circunscriben en la práctica casi al ámbito teórico, es útil descubrir que los objetivos de la ley encuentran paralelismo con la universalidad de la ley 23.660 y 23.661. Esta “universalidad” será de alguna forma desagregada y analizada en los párrafos siguientes de este trabajo.

### ***Población alcanzada por la ley***

Enunciada en el Art. 9 de la Ley 24901. “entiendese por persona con discapacidad, conforme lo establecido por el artículo 2º de la Ley 22431, a toda aquella que padezca una alteración funcional permanente o prolongada, motora, sensorial o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables de su integración familiar, social, educacional o laboral”.

### ***Sujetos obligados***

La ley 22.431 establece en su artículo 4 que “*El Estado, a través de sus órganos dependientes, prestará a los discapacitados, en la medida en que estos, las personas de quienes dependan o los entes de obra social a los que estén afiliados, no puedan afrontarlos ...*” los servicios relacionados con la discapacidad. Es decir, las obligaciones de las Obras Sociales resultan subsidiarias- en principio- a que los demás que enumera no puedan afrontarlas. En cambio, el artículo 2 de la ley 24.901 es mucho más taxativo: “*Las obras sociales, comprendiendo por tal concepto las entidades enunciadas en el artículo 1 de la ley 23.660, tendrán a su cargo **con carácter obligatorio**, la cobertura total de las prestaciones básicas enunciadas en la presente ley, que necesiten las personas con discapacidad afiliadas las mismas*”. El artículo transcrito coloca en primer lugar a las Obras Sociales y el art 3 modifica en este sentido el artículo 4 de la ley 22.431 declarando que el Estado prestará los servicios a quienes no estén incluidos en el sistema de Obras Sociales, “*en la medida en que aquellas (los discapacitados) o las personas de quienes dependan no puedan afrontarlas...*”. Es decir, dos sistemas: Quien sea beneficiario del sistema de Obras Sociales deberá reclamarlo de estas. Quienes no tengan cobertura social, será el Estado Nacional el obligado (expresamente lo declara el art 4), entendemos, principal, en la medida en que no pueda hacerlo el discapacitado o sus personas encargadas.

## ***Certificado de discapacidad***

El art 10 de la ley 24.901 determina que la discapacidad deberá acreditarse conforme lo establecido por el art 3 de la ley 22.431 y por las leyes provinciales análogas: la forma es mediante un **certificado de discapacidad**. En este sentido, el artículo 10 del decreto reglamentario 1193/98 determina que será el Ministerio de Salud y Acción Social (antes era la Secretaría de Estado de Salud Pública) la encargada de establecer los criterios y elaborar la normativa de evaluación y certificación de la discapacidad. Este certificado deberá incluir: a) Un diagnóstico funcional y b) Orientación Prestacional, la que se incorporará a un Registro Nacional de Personas con Discapacidad. Una vez otorgado, este certificado tiene una vigencia limitada en el tiempo (normalmente 5 o 10 años) y luego debe ser renovado. Resulta de especial importancia su obtención ya que el art 10 de ley 24.901 es tajante cuando declara que *“A los efectos de la presente ley, la discapacidad **deberá** acreditarse...”*, es decir a fin de obtener los servicios que determina.

## ***Resumen de las prestaciones básicas de la ley 24.901***

A) El Capítulo IV de la ley (artículos 14 a 18) titulado “Prestaciones Básicas” (que por otra parte sin dudas exceden la definición de básicas) determina cinco tipos de prestaciones: a) Preventivas, b) de rehabilitación, c) terapéuticas educativas, d) educativas y e) Asistenciales. Sería excesivo desarrollarlas en este trabajo, por lo que nos remitimos a la lectura de la ley.

B) El capítulo V (artículos 19 a 28) titulado “Servicios Específicos”. Estos servicios son personales del discapacitado a diferencia de los del capítulo siguiente que incluyen al grupo familiar. Como primera norma, la ley establece en su artículo 19 que la enumeración de servicios es meramente enunciativa, pudiendo ser ampliados según algunos criterios concretos (ej.: edad, situación socio-familiar, etc.), que fueron reglamentados por la resolución 400/99 para el sistema de Obras Sociales. En forma resumida, estos servicios específicos incluyen:

- a) Estimulación temprana: para promover el desarrollo del niño con discapacidad.
- b) Educación inicial: Incluye la primera etapa de la escolaridad, entre los 3 y los 6 años, en escolaridad común o especial, si es posible.
- c) Educación general básica: Se desarrolla entre los 6 y los 14 años o hasta la finalización del ciclo, dentro de un servicio especial o común. Este periodo es lo que se conoce normalmente como escolaridad (aunque por otra parte la ley no considera una barrera rígida el límite de edad indicado).
- d) Formación laboral: Su finalidad es la preparación adecuada de la persona con discapacidad para la inserción en el mundo laboral.
- e) Centro de día: Es un servicio que se brindará al niño, joven o adulto con discapacidad severa o profunda, con el objeto de posibilitar el más adecuado desempeño en su vida cotidiana.
- f) Centro educativo terapéutica: Este servicio tiene como objetivo la incorporación de conocimiento y aprendizaje de carácter educativo a través de enfoques, metodologías y técnicas de carácter terapéutico y está dirigido a niños y jóvenes cuya discapacidad motriz, sensorial y mental, no les permita acceder a un sistema de educación especial sistemático y requieren este tipo de servicios para realizar un proceso educativo adecuado a sus posibilidades.

g) Centro de rehabilitación psicofísica: El objeto es la estimulación de las capacidades remanentes de la persona con discapacidad través de rehabilitación en un centro especializado.

h) Rehabilitación motora: Este servicio tiene por finalidad la prevención, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades discapacitantes de orden predominantemente motriz. Este servicios incluye dos áreas: a) Tratamiento rehabilitatorio propiamente dicho y b) Provisión de órtesis, prótesis, ayudas técnicas y otros aparatos ortopédicos.

i) Atención odontológica integral: que abarcará desde atención primaria hasta técnicas quirúrgicas complejas y de rehabilitación.

C) El Capítulo VI (incluye artículos 29 a 32) titulado “Sistemas Alternativos al Grupo Familiar”. Cuando una persona con discapacidad no pudiere permanecer en su grupo familiar de origen, a su requerimiento o el de su representante legal, podrá incorporarse a uno de los sistemas alternativos al grupo familiar, entendiéndose por tales a: residencias, pequeños hogares y hogares. En esta forma el art 29 resume el contenido de este capítulo. La edad, tipo y grado de discapacidad, el nivel de autovalimiento y la independencia serán los criterios que definirán una u otra opción. La “residencia” cubrirá las necesidades de vivienda para personas con adecuado nivel de autogestión o independencia para valerse por sí mismos. Está dirigida exclusivamente a adultos. Los “pequeños hogares”, cuyos beneficiarios serán niños y adolescentes, sin grupo familiar propio o grupo familiar no continente, tienden a brindar una cobertura integral básica de sus requerimientos, incluso vivienda. Por último, los “hogares” amplían la cobertura a las personas cuya discapacidad y nivel de autovalimiento sea dificultoso a través de los otros sistemas y requieran mayor grado de asistencia y protección.

D) El último capítulo de la ley es el VII (artículos 33 a 40) titulado “Prestaciones Complementarias” del que, entre otras cosas, se extraen otros importantes principios de interpretación de la ley.

El artículo 33 prevee la prestación de una cobertura económica de ayuda al discapacitado a fin de facilitar la permanencia de la persona en el ámbito que resida y apoyar al beneficiario y a su grupo familiar **ante situaciones atípicas y de excepcionalidad no contempladas en la ley, pero esenciales para lograr su habilitación y/ rehabilitación e inserción socio laboral.**

El artículo 37 avanza sobre un álgido punto que es la atención psiquiátrica. En este sentido vale acotar que las Obras Sociales estaban obligadas por la Resolución MsyAS 247/96 (programa Médico Obligatorio, derogado por Resolución 1/2001 M.S. y no vigente actualmente) y posteriormente por la Resolución 939/2000 M.S. (nuevo P.M.O.) a dar esta cobertura para sus afiliados desde 1996 (7), pero la ley 24.901 plantea algunas cuestiones particulares que surgen de las características de sus propios beneficiarios.

El artículo 39 de la ley enumera una serie de servicios de cobertura social obligatoria que constituyen reglas de interpretación de la misma:

a) Atención a cargo de especialistas que no pertenezcan a su cuerpo de profesionales y deban intervenir imprescindiblemente por las características específicas de la patología.

b) Aquellos estudios de diagnóstico y de control que no estén contemplados dentro de los servicios que brinden los entes obligados en la ley.

c) Diagnóstico, orientación y asesoramiento preventivo para los miembros del grupo familiar de pacientes que presentan patologías de carácter genético hereditario.

Dentro del marco de la A.P.E. se dictó el 16 de febrero de 1999 la **Resolución 400/99 MS yAS**. Esta resolución establece el “**Programa de Cobertura del Sistema Único de Prestaciones Básicas para Personas con Discapacidad**”.

Entre las normas y requisitos quedan algunas cuestiones definidas: a) Los subsidios o apoyos financieros son facultativos para el A.P.E. (es decir que aunque no sean otorgados ello no significa que la Obra Social queda liberada de proveer el servicio) ; b) la única obligada frente al beneficiario es la Obra Social; c) que la única legitimada para efectuar los pedidos de subsidios ante la A.P.E. es la Obra Social y no el beneficiario (ello independientemente de la obligación inmediata de prestación de la Obra social ante el beneficiario, con o sin apoyo financiero otorgado); d) los valores de los módulos que establece la reglamentación son topes máximos del precio a financiar por el A.P.E. (esto significa que la diferencia entre el tope que se financia y el valor de la prestación- si fuera mayor- debe ser financiado por la Obra Social y no por el beneficiario); e) El Programa Médico Obligatorio (Res. 247/96 ) resulta complementario de lo que establece esta resolución y de plena aplicación; f) Las prácticas en el exterior no se subsidiarán, salvo que el costo de la prestación en el exterior sea inferior al vigente en el país.

La Resolución 400/99 A.P.E. toma el carácter de un nomenclador de prestaciones médicas. El anexo III establece dos niveles de atención (ambulatorio e internación) a su vez divididos en módulos de atención siguiendo los parámetros de los artículos 11 a 39 de la ley 24.901 determinando el contenido de cada uno y el costo que el A.P.E financiará por cada uno de ellos al prestador. Si el costo del módulo es mayor, la diferencia la debe cubrir la Obra Social. Resulta importante esta aclaración ya que la Obra Social no puede trasladarlos al beneficiario ni tampoco puede imponer un límite de cobertura tomando en cuenta el valor del módulo. Esta mirada debe adecuarse sin duda a la nueva realidad respecto a estos pretendidos subsidios de A.P.E.

## MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica de carácter autoinmune y etiología desconocida que tiene como órgano diana principal las articulaciones diartrodiales.

En la mayoría de los casos produce destrucción articular progresiva con distintos grados de deformidad e incapacidad funcional. Con frecuencia tiene manifestaciones extraarticulares en las que puede afectarse cualquier órgano o sistema. Las mujeres la padecen 3 veces más que los hombres.

En el 55-70% de los casos la enfermedad comienza en forma insidiosa. Los síntomas iniciales son vagos, con astenia, debilidad y/o dolores musculoesqueléticos generalizados.

Más tarde se producen las manifestaciones articulares, que suelen afectar de manera simétrica las articulaciones metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y carpos, respetando las interfalángicas distales.

El compromiso de las grandes articulaciones, cuando existe, suele ser tardío.

El dolor articular tiene un ritmo inflamatorio que se acentúa durante el reposo nocturno, despertando al paciente. Una de las primeras manifestaciones es la rigidez matutina de las articulaciones inflamadas. Dado que esta rigidez se relaciona estrechamente con el grado de inflamación articular, cuando dura más de 30 minutos constituye un buen indicador del grado de actividad de la enfermedad. Posteriormente las articulaciones aparecen tumefactas, dolorosas, calientes y eritematosas (tétrada de Celso). Además se desarrollan atrofiaciones en grupos musculares próximos a las articulaciones afectadas (interóseos en manos, cuádriceps en rodillas), lo que provoca una debilidad más intensa.

En alrededor de un 10% de los pacientes la enfermedad se inicia de forma aguda. En esta forma de comienzo, el compromiso no suele ser simétrico y aparecen dolores musculares acompañados de afectación del estado general, con pérdida de peso, astenia, febrícula.

Existen formas de comienzo intermedio.

El curso de la enfermedad se caracteriza por la presencia de reagudizaciones, y de remisiones, cuyo patrón varía según los pacientes. Se pueden distinguir tres patrones:

- Intermittente (70%): remisiones parciales o completas, durante las cuales el paciente casi no necesita tratamiento
- Con remisiones clínicas prolongadas (20%)
- Progresivo (10%) es el patrón evolutivo que presenta mayor agresividad.



Las manifestaciones articulares, por lo general son simétricas. Las comprometidas con mayor frecuencia son las articulaciones de la mano y el carpo. Provocan un aspecto tumefacto en las fases precoces, y más tarde, la hipertrofia sinovial se hace muy evidente en todo el dorso de la muñeca.

En las manos se afectan las articulaciones MCF e IF proximales. Mas adelante, como consecuencias de la inflamación articular crónica, por la debilidad y la atrofia de los músculos intrínsecos y extrínsecos de la mano, y por roturas de tendones se producen deformidades típicas de la AR:

- Subluxación radial del carpo
- Pulgar en Z
- Dedo en cuello de cisne
- Dedo en ojal o boutonniere.

Otro hallazgo frecuente es la presencia de nódulos reumatoideos en los tendones de la mano, sobre todo en los flexores de los dedos y en los abductores del pulgar.

Las articulaciones afectadas con mayor frecuencia en la AR son las MCF (87%), muñecas (82%), IFP (63%), rodillas (56%), Caderas (53%), MTF (48%), hombros (47%) y codos(21%).

Hasta 1987 se utilizaban los criterios de clasificación del American Collage of Rheumatology (ACR) pero en 2010 se desarrollaron criterios de clasificación nuevos con una mayor sensibilidad para la enfermedad de reciente comienzo. (Ver cuadro).

Los criterios de remisión de AR son

- rigidez matutina de menos de 15 minutos de duración
- ausencia de sensación de astenia
- ausencia de dolor articular
- ausencia de dolor con la movilización articular
- ausencia de signo de flogosis en partes blandas periarticulares o en vainas tendinosas.
- VSG menos de 30mm/h en mujeres y 20mm/h en hombres.

Un paciente está en remisión clínica si cumple 5 de las condiciones enunciadas, con excepción de los pacientes que presenten vasculitis, pericarditis, pleuritis, miocarditis o pérdida de peso y/o fiebre inexplicada.

### Medidas generales

El reposo es imprescindible en los pacientes con brotes poliarticular y síndrome constitucional. El reposo regional de cada articulación afectada debe realizarse en posición funcional. La rehabilitación debe llevarse a cabo en las etapas de remisión. La kinesiología ayuda a mantener la movilidad articular y evitar las contracturas.

## Tratamiento farmacológico

El objetivo inmediato de la farmacoterapia es reducir la inflamación, aliviar el dolor y la hinchazón e incrementar al máximo la capacidad funcional. Por su parte, los objetivos a largo plazo son prevenir el avance de la enfermedad y la destrucción de huesos, cartílagos y tejidos blandos como los músculos, tendones y las cápsulas de las articulaciones

Mientras no haya una "curación", el objetivo final del tratamiento es mantener la remisión clínica y radiológica después de haber interrumpido los fármacos antirreumáticos. Según la última revisión sistemática y un metaanálisis de ensayos aleatorizados de la European League Against Rheumatism (EULAR) se recomienda que el tratamiento debe tender a suprimir la actividad de la enfermedad tan pronto como sea posible, reducir los síntomas y retardar la progresión del daño articular y funcional. Existen varias definiciones de remisión clínica en uso que se superponen parcialmente. En la práctica, la remisión clínica indica ausencia de inflamación, determinada por la evaluación conjunta del laboratorio y del paciente. Este año, el comité de remisión de EULAR/ACR propone nuevos criterios de remisión: en el examen no puede haber más de una articulación tumefacta y dolorosa y la evaluación global del paciente debe ser <10 mm en una escala analógica visual de 0-100 mm, con concentraciones de los reactantes de fase aguda normales.

¿Cuándo debe comenzar el tratamiento?

Un metaanálisis de ensayos y estudios de observación publicados en 2006 mostró que la administración precoz de los FARME evita el daño articular. Los más beneficiados fueron los pacientes con una enfermedad más agresiva. Los últimos datos de una cohorte de observación indican la existencia de una "ventana de oportunidad" muy importante en el período en que la respuesta inmune es más sensible al tratamiento, pudiendo así alterarse el curso de la enfermedad, llegando a ser tan corto como 12 semanas.

¿Qué fármacos son efectivos al comienzo de la enfermedad?

Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad convencional

Existen muchos FARME sintéticos disponibles para el tratamiento de la AR, pero el tratamiento de primera línea es el metotrexato. Un metaanálisis reciente halló que los resultados clínicos y radiológicos mejoran; el fármaco tiene un perfil de toxicidad a largo plazo aceptable, es bien aceptado por los pacientes y tiene tasas de buena adherencia con buena relación costo-efectividad. Las recomendaciones de la EULAR publicadas en 2010 consideran que, combinado con FARME, el metotrexato es seguro y eficaz. Cuando se administra juntamente con otros agentes biológicos también parece aumentar su eficacia. Los efectos secundarios más comunes son los trastornos

gastrointestinales y la toxicidad hepática reversible, que puede reducirse administrándolo por vía subcutánea y reduciendo la dosis o, mediante el uso concomitante de ácido fólico, según los últimos consensos internacionales. Otros FARME sintéticos que pueden ser útiles son la sulfasalazina, la leflunomida, la hidroxicloroquina y, con menos frecuencia, el oro inyectable, la ciclosporina y la azatioprina. Al igual que con el metotrexato, todos los FARME convencionales requieren un seguimiento regular para su seguridad. Una reciente revisión sistemática y metaanálisis encontró que la leflunomida fue tan eficaz como el metotrexato, la sulfasalazina y el oro inyectable para reducir los signos y los síntomas y los daños estructurales de la AR, y que la ciclosporina, la ociclina, el tacrolimus y la hidroxicloroquina poseen cierta eficacia para reducir el número de articulaciones tumefactas.

### Corticosteroides

Una revisión sistemática de ensayos controlados y aleatorizados encontró que las dosis bajas a moderadas (7,5 a 15 mg/día) de glucocorticoides por vía oral reducen la destrucción de las articulaciones y mejoran los síntomas. Los glucocorticoides reducen la actividad de la enfermedad rápidamente y también lo son útiles como "fármacos puente" al comienzo del tratamiento. El agregado de glucocorticoides a la monoterapia con FARME o las combinaciones de FARME sintéticos retrasa el curso clínico de la enfermedad e inhibe la progresión radiográfica, un efecto que puede durar años. Hay ensayos controlados y aleatorizados que demostraron que el tratamiento transitorio con prednisolona combinada con metotrexato y sulfasalazina (e hidroxicloroquina) al comienzo de la enfermedad induce la reducción de la inflamación más rápida y, en consecuencia, la reducción precoz de los síntomas clínicos y la prevención del daño radiológico, comparado con la monoterapia con FARME. Los glucocorticoides intraarticulares combinados con metotrexato pueden reducir los síntomas locales y prevenir la progresión del daño articular. Se desconoce cuál es la dosis óptima de los glucocorticoides para el tratamiento combinado.

Debido a que el tratamiento prolongado con glucocorticoides puede aumentar el riesgo de enfermedad cardiovascular, trastornos del estado de ánimo, y osteoporosis, los especialistas aconsejan cautela en el uso de estos fármacos, reduciendo la dosis gradualmente tan pronto como los síntomas estén controlados. En 2007, un grupo de trabajo de EULAR publicó recomendaciones para el uso de los glucocorticoides orales en la AR, enfocado en la toxicidad.

### Agentes biológicos

Se han desarrollado varios medicamentos dirigidos a las citocinas y las células del sistema inmunológico que intervienen en el proceso de la enfermedad. Estos tratamientos nuevos son conocidos generalmente como "productos biológicos".

## **Agentes biológicos**

### **• Inhibidores del TNF- $\alpha$**

Adalimumab: anticuerpo anti TNF- $\alpha$  monoclonal humanizado

Certolizumab: fragmento Fab de un anticuerpo anti TNF- $\alpha$  monoclonal humanizado

Etanercept: proteína de fusión del receptor de IgG tipo II/ TNF- $\alpha$ .  
recombinante soluble humanizada

Golimumab: anticuerpo anti TNF- $\alpha$  monoclonal humanizado (a la espera de la evaluación de la NICE para su uso en la AR)

Infliximab: un anticuerpo anti TNF- $\alpha$  monoclonal quimérico de ratón humanizado

### **• Otros**

Anakinra: antagonista del receptor de interleucina 1 recombinante humano

Abatacept: una proteína de fusión del dominio de la inmunoglobulina y la CTLA4 extracelular que inhibe selectivamente la co estimulación de las células T

Rituximab: anticuerpo anti-CD20 monoclonal quimérico depleciona las células B

Tocilizumab: anticuerpo anti receptor de la interleucina 6 monoclonado humanizado

Fármacos dirigidos contra el factor de necrosis tumoral  $\alpha$  (TNF- $\alpha$ )

La introducción de los inhibidores del TNF- $\alpha$  ha cambiado en gran medida los objetivos terapéuticos el tratamiento. Los ensayos controlados y aleatorizados muestran que la combinación de metotrexato con un inhibidor del TNF- $\alpha$  es mejor que cualquier fármaco solo para reducir los síntomas clínicos y la progresión del daño articular en pacientes en su etapa inicial y en los que no responden a los FARME convencionales. En la actualidad, para el tratamiento de la AR están autorizados 5 agentes bloquantes del TNF- $\alpha$ .

Varios estudios de cohorte han encontrado un riesgo pequeño pero creciente de infecciones bacterianas en pacientes tratados con metotrexato e inhibidores del TNF- $\alpha$ . En pacientes tratados con inhibidores del TNF- $\alpha$  se ha observado una incidencia más elevada de tuberculosis, principalmente como resultado de la reactivación de infecciones latentes. La detección previa al inicio del tratamiento y el tratamiento antituberculoso previo se han reducido en gran medida esta complicación.

No hay pruebas convincentes de que haya un riesgo global mayor de cáncer en pacientes tratados con anti-TNF- $\alpha$ , comparado con otros pacientes con AR.

### Otros productos biológicos

Se han desarrollado varios productos biológicos con otros objetivos, los cuales se hallan todavía en el plano de la investigación. Como agentes biológicos de primera opción, las guías especializadas recomiendan los inhibidores de TNF- $\alpha$ . Si un paciente no responde a un primer agente anti-TNF- $\alpha$ , a continuación, se podrá elegir un segundo agente —rituximab, abatacept o tocilizumab— de preferencia combinado con metotrexato. No hay evidencia que avale el uso de un tratamiento de segunda línea sobre otro.

### Tratamiento quirúrgico

La principal utilidad del tratamiento quirúrgico reside en la corrección de deformidades o destrucciones articulares y/o musculotendinosas que producen un deterioro de la capacidad funcional del paciente.

Las sustituciones protésicas de articulaciones de carga (cadera y rodilla) y la cirugía correctora de la mano son las medidas quirúrgicas habituales.

### **Enfoque terapéutico basado en la evidencia.**

Es muy importante el reconocimiento de la artritis y la derivación rápida al reumatólogo. El tratamiento debe comenzar inmediatamente después del diagnóstico con el objetivo de lograr la remisión clínica o disminuir la actividad de la enfermedad. El tratamiento se inicia con una FARME, de preferencia el metotrexato (aunque NICE recomienda agregar otro FARME), junto con un curso corto de glucocorticoides. Si este tratamiento no es efectivo, en lugar de cambiar a un FARME tradicionales se considerará la administración de un inhibidor del TNF- $\alpha$ . En pacientes de alto riesgo, como tratamiento inicial, algunas pautas recomiendan los inhibidores del TNF- $\alpha$  y el metotrexato. Se debe considerar cuidadosamente la reducción y la interrupción del tratamiento en pacientes en remisión clínica estable, retomando nuevamente la terapia en si se presenta una recaída de la enfermedad.

Para detener el proceso de la enfermedad son necesarios nuevos avances en el diagnóstico y tratamiento específico. Nuevos criterios de clasificación permitirán que los pacientes con la enfermedad en el estadio inicial participen de los ensayos clínicos. El desarrollo futuro puede evitar la cronicidad y el deterioro, y proporcionar una cura para la AR.

## **Consejos para no especialistas**

- Derivar al reumatólogo a todos los pacientes con sospecha de artritis inflamatoria, tan pronto como sea posible.
- La AR puede tener un inicio gradual, pero los daños pueden comenzar precozmente. Evitar esperar y ver las radiografías comparativamente en el tiempo y las pruebas de laboratorio.
- El tratamiento precoz es esencial para mejorar y mantener la capacidad funcional y la calidad de vida como así la prevenir el daño articular.
- Conocer y tratar los factores de riesgo de enfermedad cardiovascular debido a que la AR tiene un riesgo mayor.
- Estar alerta por los posibles episodios infecciosos en los pacientes tratados con prednisona o agentes biológicos (o ambos), pudiendo ser necesario un tratamiento específico previo.

## **CRITERIOS PARA LA CLASIFICACIÓN DE LA ARTRITIS REUMATOIDE**

Cuatro o más de los siguientes criterios deben estar presentes para el diagnóstico de la Artritis Reumatoide.

1. Rigidez matutina.- Durante al menos 1 hora. Presente durante al menos 6 semanas.
2. Tumefacción.- (Observado por un médico).De 3 ó más articulaciones simultáneamente. Durante al menos 6 semanas.
3. Tumefacción.- (OPM) De carpo, articulaciones metacarpofalángicas o interfalángicas proximales. Durante 6 ó más semanas.
4. Tumefacción articular simétrica.- (OPM)
5. Cambios radiológicos típicos.- En manos. Deben incluir erosiones o descalcificaciones inequívocas.
6. Nódulos reumatoideos.
7. Factor reumatoide sérico. Por un método que sea positivo en menos del 5% de los controles normales.

### **Nuevos criterios de clasificación para la artritis reumatoidea**

#### **Síntomas y Puntaje**

##### **- Compromiso articular (0-5)**

- 1 articulaciones medianas-grandes **0**
- 2-10 articulaciones medianas-grandes **1**
- 1-3 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de articulaciones grandes) **2**
- 4-10 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de articulaciones grandes) **3**
- >10 articulaciones (al menos una articulación pequeña) **5**

##### **- Serología (0-3)**

- Factor reumatoideo y anticuerpos anti-proteína citrulinada negativos **0**
- Factor reumatoideo o anticuerpos anti-proteína citrulinada positivos bajos **2**
- Factor reumatoideo o anticuerpos anti-proteína citrulinada positivos elevados **3**

##### **- Reactantes de fase aguda**

- Proteína C reactiva y velocidad de eritrosedimentación normales **0**
- Proteína C reactiva y velocidad de eritrosedimentación anormales **1**

##### **- Duración de los síntomas**

- <6 semanas **0**
- ≥6 semanas **1**

## CONCLUSION

Nuestra motivación para la elección de este tema en el trabajo final, surgió a través de preguntarnos si existían diferencias en la cobertura de las prestaciones que debe recibir una persona con discapacidad.

¿Qué obligaciones tiene la Obra Social? ¿Y la Empresa Prepaga, debe cubrir lo mismo?

¿El estado cuando participa? ¿Las leyes 22.431 (1981) y 24.901 (1997) son de alcance nacional?

Luego nos concentramos en una patología en especial, la ARTRITIS REUMATOIDEA, la que nos pareció un buen ejemplo por la singularidad de los requisitos que el paciente que la padece debe cumplir para tener acceso al Certificado Único de Discapacidad.

En primer lugar sabemos que la AR puede presentarse en diferentes estadios

- Temprano: osteopenia radiológica sin destrucción articular;
- Moderado: osteopenia y pequeñas lesiones en cartílago articular. Sin deformación articular ni limitación al movimiento.
- Severo: destrucción articular ósea, osteopenia, y atrofia muscular severa.
- Terminal: a la sintomatología anterior se le suma anquilosis articular.

Se la puede sistematizar en clases funcionales:

- 1. Función normal para las actividades de la vida diaria
- 2. Capacidad de realizar las actividades habituales con dolor o limitación en una o más articulaciones.
- 3. Actividad restringida, requiere personal de asistencia o dispositivos especiales.
- 4. Totalmente dependiente.

Serán consideradas personas con DISCAPACIDAD MOTORA las que están en clase funcional 2, 3 o 4.

Según todo lo investigado, existe un marco legal en nuestro país que garantizaría que la persona con discapacidad alcance su mayor capacidad funcional, con la posibilidad de brindarle una mejor calidad de vida, y la igualdad de oportunidad para hacer y ser.



## BIBLIOGRAFIA

- “La discapacidad en el sistema de salud argentino: Obras Sociales, Prepagas y Estado Nacional. Ley 24.901 y normas complementarias”, Rosales, Pablo Oscar , Edit. Lexis Nexos. 2da edición ampliada y actualizada, 2005.
- Ley 24.901.
- Ley 22.431.
- LEXIS NEXIS Jurisprudencia Argentina, Número especial: “Discapacidad”, JA 2002/ 4 de abril de 2002, Pág. 48/52.
- Huizinga TW, Pincus T. In the clinic. Rheumatoid arthritis. *Ann Intern Med.* 2010 Jul 6;153(1).
- Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. The American Rheumatism association 1987. Revised criteria for the classification of Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Rheum* 1988, vol 31: 315-323
- Atritis reumatoidea. Dres. Naomi B Klarenbeek, Pit J S M Kerstens, Tom W J Huizinga, Ben A C Dijkmans, Cornelia F Allaart. [BMJ 2010;341:c6942](#)
- Medline Plus Enciclopedia Medica
- Davidson A Diamond B: autoinmune diseases. *N Engl J. Med* 2001 2,345 5 34050.
- Grupo AMAR La Plata.
- Ministerio Salud de la Nacion.