

11226
2ej. 101



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

*U 0 B 3 0
4-02-86*

**PARTICIPACION DEL MEDICO FAMILIAR EN EL
TRATAMIENTO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE**

Antonio Huerta

TESIS

Que para obtener el Grado de Especialista en :

MEDICINA FAMILIAR

Presenta

Mario Arturo Huerta Acco

U. M. F. No. 2

I. M. S. S.

[Signature]



IMSS

Puebla, Pue.

1984-1986

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

UNAM



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

- 1 INTRODUCCION
- 2 JUSTIFICACION
- 3 ANTECEDENTES
- 4 GENERALIDADES
- 5 MATERIAL Y METODO
- 6 RESULTADOS
- 7 CONCLUSIONES O INTERPRETACION
- 8 RESUMEN
- 9 BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C C I O N

La artritis reumatoide, enfermedad universal. Se le llama así porque nos afecta a todos de un modo o de otro, - directa o indirectamente, física o económicamente.

La enfermedad es desconocida hasta la actualidad, aunque existen muchos estudios en el campo inmunológico.

Se esta de acuerdo totalmente en que esta enfermedad - afecta principalmente el sistema neuro-musculo-esquelético, sin embargo por presentarse esta enfermedad en la edad productiva, principalmente se convierte en un problema de salud pública, por lo que se debe de tomar medidas preventivas basandose en cuanto a evitar rigidez y malformaciones articulares ya que al desconocerse la etiología no pueden tomarse medidas preventivas de la enfermedad. Los médicos que primero atienden estos padecimientos deben tener suficientes conocimientos de la mecánica musculo-esquelética y como consecuencia cada año debe ser menor el número de invalidéz para que no se convierta esta enfermedad en un problema de salud pública, con grave repercusión económica en diferentes países del mundo y graves problemas psicológicos y socio-económicos en las familias de los afectados.

El reumatólogo debe tomar el primer lugar en la prevención secundaria de estas malformaciones e invalidéz proporcionándole un beneficio en la etapa precóz y no en la

etapa tardía del padecimiento.

Ya que al no efectuarse esta prevención secundaria estos enfermos tarde o temprano llegan a ser invalidos parcial o totalmente, cayendo así al campo de la rehabilitación integral.

Las enfermedades reumáticas han afectado a la humanidad - desde los tiempos más remotos y actualmente han constituido un problema de salud pública por suficiencia y su oscuro origen que entorpece el tratamiento; apreciándose que su incidencia es mayor en países más tecnificados y comercializados, como en Estados Unidos de Norteamérica, y algunos países Europeos, por lo que debería de estudiarse - más al respecto, principalmente en los factores higienico dietéticos, en comparación con otros países menos desarrollados y tecnificados que no gozan de las comodidades de los demás países.

Se conoce que los padecimientos reumáticos son más frecuentes que la tuberculosis, la diabetes, los tumores malignos y enfermedades del corazón juntos.

Muchos autores investigan en la inmunología, tratando de descubrir el factor etiológico. En la actualidad muchos - no están de acuerdo en sus investigaciones, por tales motivos seguimos preocupándonos, ¿que es en realidad el reumatismo? no encontrando la razón verdadera, en lo que sí estamos todos los médicos de acuerdo, es que es una afección del aparato locomotor y de los tejidos circundantes,

que dan lugar a dolores, limitación funcional, rigidez, --
inflamación, anquilosis y calcificaciones por cese de --
brios en la potencia tensil-muscular pasando a ser es-
tos pacientes inválidos de menor a mayor grado, ya que --
siguiendo el ascenso normal de cualquier enfermedad, el --
paciente cura, muere o queda inválido al fracasar la pre-
vención y la terapéutica médica aplicada.

J U S T I F I C A C I O N

La finalidad de este trabajo fue hacer un estudio con el objeto de llegar a determinar si la participación del médico familiar es altamente relevante dentro del plan terapéutico integral del paciente con artritis reumatoide.

Como contribución al mejor conocimiento de las enfermedades que afectan a nuestro País.

Se hizo una recopilación de datos de pacientes con artritis reumatoide y médicos familiares de la U.M.F. # 2, - - - Puebla, Pue., ya que se ha observado que el paciente con artritis reumatoide, comúnmente presenta desaliento al darse cuenta de la naturaleza crónica de su enfermedad, repercutiendo ésto en su estado psicológico (depresión) y afectando su núcleo familiar desde el punto de vista psicológico, económico y social.

Pensamos que el médico familiar puede minimizar estas alteraciones manteniendo al paciente dentro de un plan terapéutico integral.

A N T E C E D E N T E S

La etiología de la artritis reumatoide se desconoce y es por eso que no existe un tratamiento curativo. El procedimiento adecuado con el enfermo se orienta a disminuir y -- tratar de suprimir la inflamación y el dolor, a conservar la funcionalidad del paciente como un todo y de cada uno de los segmentos del aparato musculoesquelético, así como a rehabilitar aquellas funciones que se encuentren deficientes. Estas finalidades sólo pueden lograrse cuando:

- 1) se informa al paciente en que consiste la enfermedad y sus implicaciones, y además se prepara a la familia para que coopere con él,
- 2) se tiene un equipo de trabajo que incluye, además del reumatólogo, al cirujano ortopédico, al fisiatra y rehabilitadoe, al psiquiatra y al trabajador social.

Se elabora un programa de tratamiento con objetivos definidos cada vez que se evalúa al paciente. En este programa deben participar todos los miembros del equipo de trabajo.

Entre las medidas específicas destaca el reposo. Está indicado, según las actividades inflamatorias de la enfermedad cuando hay mucho ataque al estado general o - - - - -

#####

cuando hay enfermedad reumatoide sistémica. La duración del reposo no debe ser excesiva y es mejor recomendar varios períodos cortos de descanso en el curso del día. Estos alternarán con períodos de ejercicio y con las actividades de la vida diaria. Con frecuencia, es útil el reposo de determinada articulación en posición fisiológica proporcionada por férulas, habitualmente durante la noche. En los niños con enfermedad reumatoide, no se recomienda el reposo, ya que muy rápidamente desarrollan contracturas articulares difíciles de vencer.

Se enseña a los pacientes a realizar una serie de ejercicios básicos para todos los segmentos del aparato musculoesquelético; deberán ejecutarlos diariamente y en forma progresiva. Además se utilizará la hidroterapia y el calor para disminuir el dolor y la inflamación; tracciones y ejercicios progresivos, para rehabilitar determinadas extremidades; férulas nocturnas o diurnas, para prevenir deformidades. De hecho, todos los recursos de la fisioterapia son aplicables en las épocas diversas de la enfermedad.

La rehabilitación social, familiar, sexual y laboral debe tomarse en cuenta cada vez que se evalúe a un paciente con artritis reumatoide, y habrá que aplicar los métodos psiquiátricos, de trabajo, social, de orientación vocacional, y otros que sean adecuados al caso.

Artritis reumatoide enfermedad que afecta principalmente al sistema músculo esquelético que se caracteriza por inflamación no específica, de las articulaciones periféricas y generalmente simétricas (1).

En el tratamiento de la artritis reumatoide, el médico familiar debe utilizar todos los métodos de tratamiento disponibles, solamente por este tipo de conducto, la mayoría de los artríticos serán capaces de seguir con sus funciones, trabajar y hacer vidas relativamente normales, se tiene para el tratamiento un equipo de trabajo que incluye además de los profesionales antes mencionados a el médico-familiar (2, 3).

Muy pocos médicos tratan la artritis como una enfermedad a largo plazo, tratan solamente las manifestaciones agudas, por lo tanto el paciente no es supervisado durante los períodos de remisión con el tratamiento más completo, este enfoque se elimina, quien trata la artritis reumatoide debe recordar esto (2).

En la naturaleza crónica de la artritis reumatoide es común la depresión, el valor de los cuidados y la supervisión médica debe ser enfatizada pero, sobre todo el paciente debe ser convencido de que hay una terapéutica y- do que no está fuera de las posibilidades de recuperación- así como de que la invalidez no es el resultado final en todos los casos (3).

La meta de la terapéutica es mantener al paciente dentro de sus funciones no importa cual sea el esfuerzo - que pueda hacer por ello (3, (4).

Evaluar el comportamiento del paciente en relación con su propia conducta, el médico debe tranquilizar a éste acerca de las afecciones que pueden preocuparle y que no están -- presentes. Hay que ser específicos respecto a las indicaciones expectativas de mejoría y acerca del seguimiento.

Es importante demostrarle al paciente que el dolor puede ser controlado y que no constituye un problema continuo, revisar el cumplimiento de las indicaciones, el incluir a un miembro de la familia en el plan terapéutico, mejorar en ocasiones el cumplimiento. (4).

La artritis reumatoide (AR), es una enfermedad potencialmente invalidante, de etiología desconocida, que se caracteriza por presentar inflamación crónica de las articulaciones, que con alguna frecuencia se acompañan de -- manifestaciones extrarticulares.

Esta enfermedad tiene una prevalencia aproximada de 1 a 3% y afecta primordialmente adultos jóvenes del sexo -- femenino, con una relación de 2 a 3: 1.

La artritis reumatoide se puede clasificar en 2 grandes grupos: aquella que afecta a los adultos, denominada -- artritis reumatoide del adulto y la juvenil que afecta a los adolescentes y a los niños. La artritis reumatoide

del adulto tiene la característica de presentar positivo al factor reumatoide en el 80% de los casos, de ahí que con frecuencia se llama seropositiva. Sin embargo, también existe una forma del padecimiento en la que el factor reumatoide es negativo, por lo tanto, se le llama seronegativa y corresponde al 20% de los enfermos. La AR juvenil comprende 3 grandes grupos: una forma monoarticular que comprende un tercio de los enfermos, la poliarticular que afecta al 50% de los pacientes y un cuadro febril agudo que comprende al 20% de los pacientes. Esta forma juvenil del padecimiento será motivo de un análisis especial dentro de este curso.

En cuanto al daño articular que ocurre en esta enfermedad, existen distintos mecanismos englobados bajo el término de inmunidad humoral, que juegan un papel importante como elementos de daño tisular.

Así, la formación y presencia de complejos inmunes intraarticulares en cuya formación y composición puede estar el factor reumatoide, son capaces de mediar gran parte del daño articular a través de la actividad del sistema del complemento y, en última instancia, mediante la liberación de distintas enzimas lisosomiales derivadas de los leucocitos polimorfonucleares atraídos durante las fases de activación del sistema del complemento. Sin embargo los mecanismos de inmunidad celular - -

también participan activamente en este fenómeno fisiopatológico y tanto los linfocitos T como B, así como las linfocinas o sean los productos de los linfocitos, son capaces de mediar daño articular. En el proceso de degradación del cartilago participan entre otros la colagenasa, enzimas lisosomales y la prostaglandina E2.

Cualquiera que sea el mecanismo que determina el daño articular, la lesión histológica y patológica se manifiesta por: edema de la membrana sinovial, hipertrofia de las vellosidades, congestión vascular, infiltrado mononuclear y la formación del daño, es decir el tejido de granulación presente en la membrana sinovial que tiende a invadir y destruir la articulación. Desde el punto de vista inmunológico, las células mononucleares que infiltran la membrana sinovial son capaces de sintetizar inmunoglobulinas que son responsables del depósito de inmunoglobulinas y complemento que se observa a nivel perivascular, así como de la formación de complejos inmunes que pueden quedar atrapados en el cartilago y perpetuar así el daño articular.

GENERALIDADES DEFINICIONES OPERACIONALES

- Sinónimos: Poliartritis crónica primaria o progresiva -
(ICE), poliartritis crónica evolutiva (PCE).
- Francés: Polyarthrite chronique évolutive, Polyarthri-
te chronique rhumatismale, arthrite rhumatoï-
de, polyarthrite rhumatoïde.
- Alemán: progredient chronische polyarthritis, Polyar-
thritis chronica progressiva, rheumatoïde --
Arthritis, chronisch entzündlicher Gelenkrhe-
umatismus.
- Inglés: rheumatoid arthritis, atrophic arthritis, --
rheumatoid disease .

CARACTERÍSTICAS GENERALES

Enfermedad general crónica, inflamatoria, progresiva, -
no contagiosa. Clínicamente se caracteriza por la mani-
fiesta inflamación articular que progresa en brotes su-
cesivos, con tendencia a la anquilosis en posición típi-
ca de las manos y pies (desviación del eje, subluxación)
Afecta sobre todo a los adultos entre los 20 y 60 años-
(según estadísticas americanas) con mayor incidencia en-
tre los 35 y los 45 años; predominio del sexo femenino-
(65-75%). Se puede manifestar también en forma atípica.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

Causa desconocida. No ha sido posible descubrir el agen-
te responsable en los tejidos inflamados (cápsula arti-
cular, nódulos), en el exudado articular ni en la sangre,
eventuales factores desencadenantes de naturaleza fisi-

ca, toxicoinfección, psíquica y otros desconocidos.

SÍNDROME CLÍNICO.

Comienzo frecuentemente insidioso, no precedido de enfermedad infecciosa, con pródomos vagos, tales como labilidad vegetativa, parestesias, astenia, pérdida de peso. - Rigidez matutina (disminución objetivable de la movilidad al despertar). A menudo persiste tumefacción dolorosa que suele afectar a numerosas articulaciones pequeñas (articulaciones metacarpo y metatarsofalángicas, articulaciones interfalángicas proximales de las manos y pies, con excepción de los pulgares); es característica la simetría de las lesiones; más adelante se afectan también las grandes articulaciones, localización que casi nunca es primaria. Evolución con reagudizaciones o de tipo continuo. Las remisiones completas son raras y sólo se observan en el estadio inicial. En todo momento es posible el estacionamiento de la evolución, con secuelas. Duración de la enfermedad: casi siempre varias decenas de años. La muerte rara vez es consecuencia directa de la afección (amiloidosis, participación cardíaca), y casi siempre se debe a enfermedades intercurrentes.

PRINCIPALES MANIFESTACIONES CONCOMITANTES

Profunda repercusión sobre el estado general, astenia, - frecuente pérdida de peso y anemia secundaria. A veces - aumenta la temperatura en las fases de reagudización, -

Pero la fiebre nunca es elevada. Atrofia muscular - - -
(interósea, resultante probablemente de una acción asociada de diversos factores: inactividad, trastornos de los reflejos; reviste menor importancia el factor inflamatorio específico o tóxico. Muy rara vez, aspecto afín al de la enfermedad de Parkinson: anemia y rigidez muscular. Tendovaginitis crónicas (manos y pies).

Granulomas subcutáneos (nódulos reumáticos: en el codo y en todas las zonas en que el hueso resalta bajo la piel) del tamaño de un guisante o de una cereza, en general -- poco dolorosos, sin fistulas.

FASES CLÍNICAS DE LA AFECTACIÓN ARTICULAR

Estadio I: Inicial

Ausencia de modificaciones articulares destructivas visibles radiológicamente. Se puede notar una leve osteoporosis en bandas, cerca de las articulaciones. Clínicamente tumefacción articular más o menos acentuada, acompañada frecuentemente de espesamiento gelatinoso de la cápsula, sin deformidad articular.

Movilidad: capacidad funcional completa.

Estadio II: Moderadamente avanzado.

Necesariamente: osteoporosis en bandas en la proximidad de las articulaciones, exista o no una leve destrucción del cartilago y de la articulación, comprobable radiológicamente (erosiones).

sin deformaciones articulares, pero se puede comprobar una limitación de la movilidad. Comienzo de la atrofia muscular- (interósea). Pueden existir alteraciones de las partes blandas: nódulos o tendovaginitis crónicas. Movilidad: Salvo cierta limitación funcional de una o varias articulaciones, se conserva todavía la función motriz.

Estadio III: avanzado

Destrucción difusa del cartilago y del hueso, con osteoporosis. Necesariamente deformaciones articulares, como subluxaciones, desviación del eje, sin anquilosis fibrosa u ósea. - atrofia muscular evidente.

Lesiones extra-articulares de las partes blandas, como nódulos y tendovaginitis.

Movilidad: Notable reducción de la capacidad de trabajo. El paciente suele requerir asistencia para algunas actividades cotidianas.

Estadio IV: terminal

Anquilosis ósea y fibrosa de las articulaciones.

Las demás manifestaciones, como en el estadio III.

Movilidad: casi siempre invalidez completa; el paciente se ve obligado a guardar cama o a usar sillón de ruedas.

Actividades cotidianas prácticamente imposibles sin ayuda.

#####

DIAGNOSTICO

Principales exámenes de laboratorio:

1. Velocidad de sedimentación globular (VSG); en las fases de actividad inflamatoria, generalmente acelerada, cuadro electroforético con disminución de las albuminas, aumento de las globulinas (sobre todo de las alfa y γ -globulinas; más o menos pronunciado según la intensidad de la reacción inflamatoria. Con frecuencia se observa hipoproteínaemia.
2. Anemia hipocrómica característica, con descenso de la sideremia; fórmula leucocitaria poco típica; muchas veces leve leucocitosis en los brotes agudos.
3. Datos serológicos: reacciones de aglutinación (presencia del factor reumatoide) positivas en el 60-90% de los casos (test de aglutinación de los estreptococos hemolíticos positivo en el 60-70%, reacción de Wauler-Rose positiva en el 65-75%, pruebas del látex positivas en el 75-80% de los casos). Las reacciones de aglutinación son generalmente negativas en los primeros 6 meses de enfermedad.
4. Titulo de antiestreptolisinas en el margen normal.

CRITERIOS PARA EL DIAGNOSTICO (según American Rheumatism Association, .

1. Rigidez matinal
2. Dolores al movimiento o a la presión, por lo menos en una articulación.

3. Tumefacción por lo menos de una articulación (inflamación de los tejidos blandos o derrame, y no exclusivamente excrescencias óseas).
4. Tumefacción al menos de otra articulación en un intervalo máximo de 3 meses.
5. Tumefacción articular simétrica; la localización bilateral en las articulaciones interfalángicas proximales, metacarpo-falángicas y metatarso-falángicas puede ser válida sin simetría absoluta. La localización en las articulaciones interfalángicas distales, aunque sea simétrica, no es criterio suficiente.
6. Nódulos subcutáneos a nivel de las prominencias óseas, en la cara de extensión o a nivel yuxta-articular.
7. Alteraciones radiológicas típicas (con osteoporosis localizada a nivel de las articulaciones afectadas y no solo alteraciones de tipo degenerativo).
Las lesiones degenerativas no excluyen una forma de artritis reumatoide.
8. Pruebas de aglutinación positivas, es decir, presencia del factor reumatoide comprobada por cualquier método que no arroje más de 5% de resultados falsamente positivos, o bien pruebas positivas de aglutinación de los estreptococos.
9. Líquido sinovial con coágulo mucínico netamente alterado (coágulo frágil y líquido turbio).

10. Modificaciones histológicas características de la cápsula sinovial, que presenta por lo menos tres de los siguientes elementos: manifiesta hipertrofia vellosa: -- proliferación de las células sinoviales superficiales, a menudo dispuestas en empalizada; notable infiltración -- sinovial (sobre todo linfocitos o células plasmáticas) -- con tendencia a formación de nódulos linfoides; deposición de fibrina en la superficie de la membrana sinovial o en los intersticios; focos de necrosis celular.

11. Modificaciones histológicas características en los nódulos subcutáneos, que presentan zonas centrales necróticas rodeadas de una proliferación de células fijas, fibrosis periférica e infiltración celular inflamatoria -- crónica, esencialmente perivascular.

Según el grado de coincidencia de los mencionados criterios, se distinguen cuatro formas de artritis reumatoide

1. "Clásica" que presenta como mínimo 7 de los criterios descritos. Los síntomas articulares y la tumefacción deben persistir por lo menos durante 6 semanas.

2. "Manifiesta", que debe presentar al menos 5 de los -- criterios. Persistencia de los síntomas articulares y de la tumefacción durante 6 semanas como mínimo.

3. "Probable", que presenta al menos 3 de los criterios descritos. Persistencia de los síntomas articulares durante 4 semanas, como mínimo.

4. "Posible", con presencia al menos de 2 de los crite-

rios siguientes, y persistencia de la sintomatología articular por un período de 3 semanas:

- a, Rigidez matinal
- b, Dolores al movimiento y a la presión, persistentes --
al menos durante 3 semanas o recidivantes.
- c, Presencia o anamnesis de tumefacción articular
- d) Nódulos subcutáneos
- e, Aumento de la VSG o presencia de proteína C-reactiva
- f, Iritis

FORMAS DE CURSO PARTICULAR

Se conocen formas atípicas: casos en que la tumefacción articular puede permanecer circunscrita durante cierto tiempo a una sola articulación (en general grandes articulaciones), o bien casos en que predominan en el cuadro clínico las manifestaciones inflamatorias agudas y la fiebre elevada (diagnóstico diferencial con la fiebre reumática).

A veces los síntomas inflamatorios viscerales (serosas, pulmones) pasan a primer plano, y es posible poner en evidencia esporádicamente una leve positividad de los anticuerpos antinucleares en la sangre (artritis reumatoide maligna lupoides; por último, se encuentran formas de artritis reumatoide que van acompañadas de una localización inflamatoria en la articulación sacroiliaca, con presencia de factor reumatoide (artritis reumatoide con lesiones espondilíticas).

La base de la terapéutica farmacológica es el ácido acetilsalicílico, que es la primera medicación que se administra. Un porcentaje importante de pacientes no requieren otros medicamentos para obtener control adecuado de los signos y síntomas de inflamación. La dosis diaria debe ser de 3 a 5 g. dividida en tomas de cada 4 a 6 horas. Es necesario tener en cuenta los datos de intolerancia gástrica, que pueden variar desde síntomas leves de irritación con anorexia, náusea, hiperacidez y dolor epigástrico, hasta la perforación o hemorragia de una úlcera péptica; es por ello que se recomienda la administración profiláctica de antiácidos.

Cuando el ácido acetilsalicílico no logra un control sintomático adecuado, se agregan otros antiinflamatorios no esteroideos, de los cuales hay una gran variedad. Los corticosteroides son los antiinflamatorios más potentes que conocemos y su administración produce resultados iniciales espectaculares. Sin embargo, su indicación en esta enfermedad está restringida a muy pocas situaciones:

1. Enfermedad reumatoide sistémica, con gran ataque al estado general, escleritis, vasculitis, pleuritis, etc.
2. Artritis extremadamente activa, que no ha sido posible controlar con medicación no esteroide.

####

3. Clase funcional III ó IV por inflamación persistente que no ha sido posible rehabilitar.
4. Incapacidad para trabajar por actividad de la enfermedad.
5. En raras ocasiones, puede ser el único medicamento -- que el paciente acepte sin intolerancia gástrica.

Su indicación se restringe porque no altera el curso destructivo de la enfermedad y siempre produce un síndrome de hipercorticismismo que guarda relación directa con la -- magnitud de la dosis y el tiempo de administración. Solo 10 a 15 por ciento de los pacientes requieren corticosteroideos en algún momento de la evolución y la dosis siempre será la menor posible durante el plazo más corto posible.

Los corticosteroides no deben ser ni el primero ni el único medicamento que se administre en artritis reumatoide.

Los antipalúdicos de síntesis modifican la reacción inflamatoria a largo plazo; su efecto en la artritis reumatoide es demostrable, aunque no dramático; son útiles en el tratamiento de un buen número de pacientes.

Las sales de oro (aurotiomalato sódico y aurotioglucosa) también son modificadores de la reacción inflamatoria, -- y su efecto se hace patente después de dos o tres meses de iniciada la administración. Esta indicado preferentemente en los pacientes jóvenes con enfermedad inflamato-

ri temprana; la dosis es de 50 mg. por vía intramuscular una vez por semana. En 70 por ciento de los pacientes su administración es benéfica y puede inducir remisiones totales duraderas del padecimiento. Desafortunadamente, -- éstas se acompañan de reacciones secundarias frecuentes (dermatitis y estomatitis, algunas muy graves (trombocitopenia, leucopenia, síndrome nefrótico), por lo que su empleo debe ser cuidadoso y siempre acompañado de estrecha cha vigilancia médica.

La d-penicilamina es otro fármaco que modifica, a largo plazo, el curso de la enfermedad; pero también se acompaña con frecuencia de síntomas secundarios muy variados; -- disgehesia, dermatitis, trombocitopenia, síndrome nefrótico, síndromes similares a dermatomiositis, etc. Es por -- esto que su administración debe acompañarse de exámenes -- clínicos y de laboratorio frecuentes con un control uida cuidadoso del paciente.

La inyección intraarticular de corticoesteroides, citotóxicos o materiales radiactivos, es un método terapéutico local indicado en aquellos pacientes con sólo una o dos articulaciones persistentemente inflamadas, cuando todas -- las demás han reaccionado satisfactoriamente al tratamiento general. No se aplican más de dos o tres inyecciones -- en una misma articulación, pues este procedimiento puede

###

acelerar la destrucción articular; además está contraindicado en presencia de infección local o general, cuando la articulación está enquistada o inestable y cuando se carece del equipo estéril adecuado.

CIRUGIA ORTOPÉDICA

Si los medicamentos antes mencionados unidos a fisioterapia y rehabilitación no han sido todo lo eficaces que se desea, o si ya existen cambios estructurales en las articulaciones y/o tejidos blancos paraarticulares, se deben considerar sin tardanza los procedimientos quirúrgicos, que se clasifican como sigue:

1. Cirugía profiláctica
2. Cirugía de rehabilitación o reconstructiva.
3. Cirugía de último recurso.

En la cirugía profiláctica se actúa sobre tejidos blandos; sinovial, tendones y vainas. Las sinovectomías de articulaciones de fácil acceso como la rodilla, muñeca y pequeñas articulaciones de la mano, están indicadas cuando el proceso inflamatorio ha persistido por varios meses y se prevé lesión cartilaginosa u ósea a corto plazo. La tenosinovectomía de los extensores de la mano también es un procedimiento útil cuando hay inflamación persistente, en previsión de la ruptura tendinosa.

La cirugía reconstructiva ha tenido un gran auge en los últimos años con el desarrollo de las prótesis totales de articulaciones coxofemorales, metacarpofalángicas, de rodilla o de muñeca, que están indicadas para mejorar la

Función de la extremidad correspondiente. La resección arthroliética metatarsofalángica también se utiliza con gran éxito en las deformaciones dolorosas estructurales de los pies.

La cirugía de último recurso consiste fundamentalmente en la artrodesis, cuya indicación es muy poco frecuente, y se practica ocasionalmente en metacarpofalángica del pulgar.

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDES

Acido meclofenámico	Ibuprofen
Acido mefánico	Indometacina
Acido flufenámico	Indoprofen
Alclofenac	Ketoprofen
Azapropazona	Meclofenamato
Clopirac	Naproxen
Diflunisal	Oxifenilbutazona
Diflazona	Perclusone
Fenbufen	Piroprofen
Fenclofenac	Piroxicam
Fenilbutazona	Proquazona
Fenoprofen	Sulindac
Flurbiprofen	Tolectin

MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES
DE ARTRITIS REUMATOIDE.

Pulmones:

Pleuritis con o sin derrame pleural
Nódulos pulmonares
Síndrome de Caplan

Corazón:

Pericarditis
Endocarditis granulomatosa

Sistema reticuloendotelial:

Adenomegalia
Esplenomegalia (síndrome de Felty)

Ojos:

Síndrome de Sjogren
Uveítis
Epiescleritis
Escleromalasia perforante

Neuromusculares:

Miopatía inflamatoria
Mononeuritis múltiple
Neuropatía por compresión

Reñales:

Amiloidosis

Hematológicas:

Anemia
Síndrome de Felty (Leucopenia)
Hiperviscosidad sérica.

CRITERIOS DE ACTIVIDAD EN EL ARTRITIS
REUMATOIDE.

Índices Clínicos de actividad

Tiempo de rigidez matutina
Dolor nocturno
Número de articulaciones inflamadas
Tiempo de marcha (15m)
Fuerza de prehensión (mm hg)
Síntomas generales (fatiga, fiebre, etc.)
Manifestaciones extraarticulares.

Actividad por laboratorio y gabinete

Anemia
Sedimentación globular acelerada
Trombocitosis
Progresión de lesiones en estudios
radiológicos..

CRITERIOS DIAGNOSTICOS EN LA
ARTHRITIS REUMATOIDE.

AR clásica (7)

AR definida (5)

1. Rigidez matutina
2. Dolor al movimiento de una articulación
3. Flogosis continua en una articulación (6 semanas)
4. Flogosis en otra articulación en menos de 3 meses
5. Flogosis articular simétrica
6. Nódulos subcutáneos
7. Alteraciones radiológicas características
8. Factor reumatoide positivo
9. Líquido sinovial: Coágulo de mucina alterado
10. Biopsia sinovial: Cambios histológicos característicos
11. Biopsia de nódulo: Alteraciones histológicas características.

ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

Clásicos	Dosis Terapéutica/día
Salicilato	4-5 g
Indometacina	75-150 mg
Fenilbutazona	300-600 mg
Derivados de ácido propiónico	
Ibuprofen	2.4 g
Naproxen	1.0 g
Ketofren	150-300 mg
Indoprofen	400-800 mg
Otros:	
Piroxicam	20 mg
Sulindac	400 mg
Diclofenac	100 mg
Fentiazac	200-400 mg
Diflunisal	1 g

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio en 50 pacientes mayores de 16 años -- con artritis reumatoide. Adscritos a la UMF #2, Puebla, Pue para valorar los resultados del tratamiento administrado -- por el médico familiar, utilizando cuestionarios previamente elaborados, el cual se aplico al médico familiar y al -- paciente.

1. Al médico:

Dónde se valoró el conocimiento que poseía de la enfermedad y la relación médico paciente.

2. Al paciente:

El que ayuda a determinar el conocimiento de éste, de su padecimiento así como su evolución.

También se valorarán los siguientes aspectos:

Indice de Ritchi

Clase funcional: Stein Broker clase I, II, III, IV, biocvímicos, datos de laboratorio, factor reumatoide titulado BH, velocidad de sedimentación proteína c reactiva Q.S. E.G.O.

Medicamentos: Dane Dir inmunosupresor, se excluyeron a pacientes menores de 15 años; a pacientes con diagnostico de probable artritis reumatoide y a pacientes con invalidez como secuela de su propia enfermedad.

Los cuestionarios que se aplicaron para determinar el tratamiento y participación del médico familiar en la artritis -- reumatoide, son los siguientes:

####

CUESTIONARIO AL PACIENTE

Edad____. Sexo____. Escolaridad____. Ocupación____.
Clima____. Alimentación_____.

- 1) ¿Su médico familiar le ha informado a Ud. cual es el nombre de su enfermedad? A) Si B) No

- 2) ¿Su médico familiar le ha informado acerca de las consecuencias si no lleva las indicaciones que se le dan acerca del tratamiento?
A) Siempre B) Casi siempre C) Ocasionalmente D) Nunca

- 3) ¿Le ha informado su médico familiar acerca de las secuelas que causan invalidez en esta enfermedad?
A) Siempre B) Casi siempre C) Ocasionalmente D) Nunca

- 4) ¿Su médico familiar le ha informado a su familia acerca de su enfermedad?
A) Siempre B) Casi siempre C) Ocasionalmente D) Nunca

- 5) ¿Usted y su familia han comprendido las explicaciones que su médico familiar les da acerca de su enfermedad?
A) Siempre B) Casi siempre C) Ocasionalmente D) Nunca

- 6) ¿Su médico familiar le da explicaciones acerca de la alimentación que debe llevar?
A) Siempre B) Casi siempre C) Ocasionalmente D) Nunca

- 7) ¿Su médico familiar le da indicaciones acerca de los ejercicios que debe realizar?
A) Siempre B) Casi siempre C) Ocasionalmente D) Nunca

- 8) ¿Su médico familiar en alguna ocasión le ha enviado con el reumatólogo? A) Si B) No

9) ¿Se ha sentido Ud. deprimido en algún momento debido a la evolución crónica de su enfermedad?

A) Si B) No

10) Le ha informado esto a su Médico familiar?

A) Siempre B) Casi siempre C) Ocasionalmente D) Nunca

11) ¿Este lo ha orientado para ayudar a superar estos momentos?

A) Siempre B) Casi siempre C) Ocasionalmente D) Nunca

12) ¿Su médico familiar orienta a su familia para superar estos momentos?

A) Siempre B) Casi siempre C) Ocasionalmente D) Nunca

13) Ha cumplido Ud. el tratamiento que le ha indicado su Médico familiar?

A) Siempre B) Casi Siempre C) Ocasionalmente D) Nunca

14) ¿Si ha sido enviado al reumatologo cumple Ud. las indicaciones dadas por éste?

A) Siempre B) Casi siempre C) Ocasionalmente D) Nunca

15) ¿Ha sido necesario que lo envíen a Ud. a medicina física y rehabilitación?

A) Si B) No

CUESTIONARIO CLINICO FAMILIAR

- 1) ¿Enfermedad que afecta principalmente al sistema musculoesquelético que se caracteriza por inflamación no específica de las articulaciones periféricas y generalmente simétricas con tendencia a deformación de las mismas?
A, Reumatismo Inflamatorio B, Enfermedad de Reiter
C) Artritis Reumatoide D, Otra ¿cual?
- 2) ¿Informa usted a sus pacientes con artritis acerca de la alimentación que debe seguir?
A, Siempre B)Casi siempre C) Ocasionalmente D)Nunca
- 3) ¿ Informa Ud. a sus pacientes con Artritis reumatoide sobre los ejercicios que debe realizar?
A)Siempre B)Casi siempre C)Ocasionalmente D)Nunca
- 4) ¿Sabe en que momento se indican en el curso de la -- artritis reumatoide los antiinflamatorios no esteroi--des?
A) si B) no
- 5) Diga Ud. la dosificación de acido acetil salicilico -- en la artritis reumatoide. _____.
- 6) ¿Sabe Ud. en que momento se utilizan los esteroides?
A) si B) no
- 7) ¿Una droga inmunosupresora en el tratamiento de artritis reumatoide es?
A, Prednisona B) Salva de oro
C) Gamaglobulina D) Otra ¿cual?
- 8) ¿Una droga inductora de remisión en artritis reumatoi-

do es?

- A) Naproxen E, Penicilamina
C) Carbamazepina D, Otra ¿cual?

9) ¿Usted informa a los pacientes de las características de su enfermedad?

- A, Siempre B) Casi siempre C) Ocasionalmente D) Nunca

10) ¿Orienta a los familiares de sus pacientes acerca de las medidas de apoyo que le debe brindar para evitar estados depresivos?

- A, Siempre B) Casi siempre C) Ocasionalmente D) Nunca

11) ¿Cuando Usted informa a sus pacientes de la naturaleza crónica de su enfermedad le brinda apoyo para evitar que caiga en estado de depresión?

- A, Siempre B) Casi siempre C) Ocasionalmente D) Nunca

12) En un paciente inválido por artritis reumatoide incluye Ud. a la familia con orientación acerca de la integración del paciente al nucleo familiar?

- A, Siempre B) Casi siempre C) Ocasionalmente D) Nunca

13) ¿Todo enfermo con artritis reumatoide debe ser valorado por especialista?

- A) Siempre B) Casi siempre C) Ocasionalmente D) Nunca

14) ¿Según la clasificación de Stein Broocker, ¿En que etapa debe ser valorado el paciente por el reumatólogo?

- A) I B, II C, III D, IV

15) ¿Según la clasificación de Stein Broocker en que etapa debe ser enviado el paciente a fisioterapia y rehabilitación?

- A, I B, II C, III D, IV

RESULTADOS

Se observo que de los 50 pacientes estudiados 46 fueron del sexo femenino, con un porcentaje del 92% y 4 del sexo masculino, con un porcentaje del 8%, ver cuadro No. 1.

En relación a la edad, hubo un predominio entre 45 a 64 - años, siendo del 78%, mientras que de 65 a más fueron 6 - siendo un 12% y de 15 a 44 fueron 5 dando un 10%, ver cuadro No. 2

En cuanto a la evaluación de inflamación se encontro que 25 pacientes presentaron una cruz (+), correspondiendo al 50%, 15 presentaron dos cruces (++) correspondiendo al 14%, y -- los últimos tres pacientes presentaron cuatro cruces (++++) correspondiendo al 6%, ver cuadro número 3.

También se realizó una evaluación del dolor encontrando que el 54% de los pacientes presentaron dos cruces (++) , en relación al dolor, el 35% presentaron una cruz (+), el 6% presentaron tres cruces (+++) y por último el 4% presento cuatro cruces (++++), ver cuadro número 4.

En el tiempo de evolución del padecimiento encontramos que 29 pacientes tienen una evolución de 2 a 3 años los que corresponden al 58%, así como 17 pacientes con evolución de 4 a 5 años los cuales corresponden al 34%, 2 pacientes con evolución de 1 año corresponden al 4% y los últimos dos pacientes con evolución de 6 a 10 años los cuales corresponden a otro 4%, ver cuadro No. 5.

#####

En el tiempo de evolución del tratamiento se observó que el 54%, (27) de los pacientes cursaban con un tratamiento de 3 a 6 meses de evolución, el 20% (10) tenía una evolución de 1 a 3 meses, así como el 10% (05) cursaba con una evolución de 6 a 9 meses, un 4% (2) correspondía a una evolución de 9 a 12 meses y otro 4% (2) tenía una evolución de 18 a 24 meses y el 2% (01) correspondió a una evolución de 24 o más meses de tratamiento, ver cuadro No. 6.

CUADRO No. 1
PARTICIPACION DEL MEDICO FAMILIAR
EN EL TRATAMIENTO DE CARCINIS RESUMARIAL
EN RELACION AL SEXO

SEXO	PACIENTES	%
Femenino	46	92%
Masculino	4	8%
T O T A L	50	100%

CUADRO No. 2
PARTICIPACION DEL MEDICO FAMILIAR
EN EL TRATAMIENTO DE A.R.
EN RELACION A LA EDAD

EDAD	PACIENTES	%
15 a 44	65	10%
45 a 64	39	78%
65 o más	06	12%
T O T A L	50	100%

CUADRO No. 3
PARTICIPACION DEL MEDICO FAMILIAR
EN EL TRATAMIENTO DE ARTRITIS REUMATOIDE
EVALUACION DE INFLAMACION

INFLAMACION	No. PACIENTES	%
+	25	50%
++	15	30%
+++	7	14%
+++	3	6%
T O T A L	50	100%

CUADRO No. 4
EVALUACION DEL DOLOR

DOLOR	No. PACIENTE	%
+	18	35%
++	27	54%
+++	3	6%
+++	2	4%
T O T A L	50	100%

COMARCO No. 5

TIEMPO DE EVOLUCION DEL TRATAMIENTO

A. N. O. S	No. PACIENTES	%
1 año	2	4%
2 a 3 años	29	58%
4 a 5 años	17	34%
6 a 10 años	2	4%
11 a 15 años	0	0%
16 a 20 años	0	0%
21 o más	0	0%
T O T A L	50	100%

COMARCO No. 6

TIEMPO DE EVOLUCION DEL TRATAMIENTO

TIEMPO	No. PACIENTES	%
1 a 3 meses	10	20%
3 a 6 meses	27	54%
6 a 9 meses	05	10%
9 a 12 meses	02	4%
12 a 18 meses	03	6%
18 a 24 meses	02	4%
24 o más	01	2%
T O T A L	50	100%

CONCLUSIONES O INTERPRETACION

En los resultados de este estudio se observó que lo referente a la información que da el médico familiar hacia el paciente sobre las características de la enfermedad, es significativa para su tratamiento.

Fuesto que se apreció que tanto el total de médicos como el total de pacientes entrevistados dieron y recibieron información al respecto acerca del padecimiento: Se observo que el conocimiento que tiene el médico familiar al respecto del padecimiento es significativo dado que un porcentaje mayor del 90% demostraron tener conocimiento del mismo.

Se llegó a la conclusión de que la participación del médico familiar es altamente relevante dentro del plan terapéutico integral del paciente con artritis reumatoide. Lo cual se demostró estadísticamente con un valor P. significativo (menor de 0.05).

RESUMEN

La finalidad de este trabajo fué hacer un estudio con el objeto de determinar si la participación del médico familiar es altamente relevante dentro del plan terapéutico integral del paciente con artritis reumatoide.

Estudio que se realizó en 50 pacientes adscritos a la U.S.S. No. 2, Puchin, Pue., utilizandose cuestionarios previamente elaborados que se aplicaron al médico familiar y al paciente.

Después de la conclusión de que la participación del médico familiar es altamente relevante dentro del plan terapéutico integral del paciente con artritis reumatoide, lo que se demostró estadísticamente.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Gregori MS. Tratamiento de la Artritis Reumatoide. Rev. Med. 1962; 20: 93-100.
- 2.- J. de. Ortopedia. En Howard M. Rakel M, eds. Medicina - familiar teoría y práctica. Interamericana, 1974; 403-694.
- 3.- San Pedro B. Artritis Reumatoide Traumatología y Ortopedia. México D.F. Francisco Méndez Cto, 1963; 261-271.
- 4.- B. JB y K. M. Dolor crónico Medicina Familiar. Guía y - Práctica. México D. F.: Mc Graw Hill, 1983; 135-96.
- 5.- Progener KF. Ortopedic Diseases Physiology Radiology - Fourth Edition, WB Saund ears Company, Philadelphia London Toronto, 1975; 623-86.
- 6.- J. TS. Copemans Text Book of the Rheumatic diseasea re- visión completa. 1977.
- 7.- Muller M. Reumatoide Arthritis Pathogenetic Mecanisma and consequences in Ctherapeutic reición completa, 1971.
- 8.- Garrido BM, Rojas RJ, González JJ. perfil psicológico - en estudio de pacientes reumaticos. BEMAF Tesis profes- sional recienada, 1981.
- 9.- Jiménez R y Hernández M. Evolución de la artritis reu- matoide. Rev. Med. Univ. Poblana; 284: 213-13.
- 10.- Clarke. AC. core in the management of reumatoid Arthritis. Int. Rehabil med. 1982; 4(3): 144-47.
- 11.- Swercy RS. The Foycción and the arthritis patients infor- med Patients intherapy posterad Med, 1983; 57-63.
- 12.- Mont AG. Reumatoid arthritis presentation. Diagnosis and treatment practitioners. 1983; (138): 1103-117.
- 13.- Millik RS, vanJ, Diagnosing arthritis clin red, 1981; 283 (6305): 1511-13
- 14.- Million RS, van MJ. Man. ging arthritis Colindes, 1981; 283 (6306): 1579-31.