

87 11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES



Curso de especialización en Medicina Familiar
C.H.T.I.I Ciudad Obregón, Sonora.

Artritis Reumatoide y su Manejo por el Médico Familiar

DR. JOSE LUIS HERNANDEZ
DR. JESUS ROBERTO NISHIMOTO CARVAJAL
DR. JOSE LUIS PEÑUELAS ACOSTA

A handwritten signature in black ink, appearing to be "J. Hernandez", written over a horizontal line.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

A B E A T R I Z

A F I D E

A L A U R A

Asesor:

DR. JUAN NORIEGA LOPEZ

Con nuestro reconocimiento
por su ayuda para la reali-
zación de este trabajo.

I N D I C E

CAPITULO	CONTENIDO	PAG.
1.-	Introducción.....	1
2.-	Material y Métodos.....	10
3.-	Resultados.....	12
4.-	Discusión.....	23
5.-	Conclusiones.....	28
6.-	Resumen.....	30
7.-	Referencias.....	31

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

Empeñados en ser medio y objeto de cambio, nos vemos en la necesidad de aprovechar la experiencia ajena, para señalarmos y/o señalar nuevos propósitos; con esta base, enmarcados en el beneficio que tiene el realizar un diagnóstico temprano, un tratamiento adecuado y un control eficaz del padecimiento, nos hemos dado la tarea de investigar sobre lo que pensamos es un problema importante: la Artritis reumatoide.

Este padecimiento que es aproximadamente tres veces más frecuente en la mujer que en el hombre (5), puede empezar a cualquier edad, sin embargo predomina en adultos jóvenes; estadísticamente el 3 % de la población general adulta la padecen.

La Artritis reumatoide es un padecimiento inflamatorio crónico del tejido conectivo, que afecta a todas las

articulaciones, con predilección por las pequeñas y distales; evoluciona en forma lenta con remisiones y exacerbaciones, hasta llegar a la invalidez total. Se desconoce su etiología, sin embargo, la teoría inmunológica es la que en el momento actual tiene mayor aceptación. (1)

Patogenia: por un mecanismo no bien conocido, diversos factores físicos, químicos, ambientales, genéticos e incluso nerviosos o psíquicos; se inicia un proceso inflamatorio en el que participa el sistema inmunitario, tanto celular como humoral. En el líquido sinovial aparece una inmunoglobulina tipo IgG o un polímero de ésta, la IgM - que se denomina factor reumatoide; principia con ello, la cascada enzimática del sistema de complemento y la liberación de gran cantidad de sustancias vasoactivas como las quininas, responsables del dolor y vasodilatación así como factores quimiotácticos, éstos atraen células polimorfonucleares que además de fagocitar liberan enzimas lisosomales que se suman al proceso lítico del complemento, dando origen al derrame sinovial; el depósito de complejos inmunes, no solo en la membrana sinovial, sino en la pared de los vasos origina una vasculitis generalizada, dándole al proceso un carácter propiamente sistémico, ya que es posible encontrarla en todos los órganos de la economía. (1) (6)

El dolor articular es la primera manifestación que el paciente recuerda, sin embargo antes que éste, se presenta la rigidez matinal, la astenia, el cansancio, la somnolencia y el cambio de carácter. La flogosis de una o varias articulaciones, el dolor articular al movimiento, fiebre, pérdida de peso, hiporexia, hasta llegar a la deformación ósea por la hipertrofia del tejido periarticular y a las subluxaciones y luxaciones, son la mayoría de las manifestaciones que van apareciendo en el paciente con esta enfermedad, entre otras de carácter puramente sistémico y consecutivas a la vasculitis generalizada. (4), (1), (2).

Debido a lo poco característico de su presentación y evolución la American Rheumatism Association (ARA), ha establecido un criterio para unificar y establecer el diagnóstico de Artritis Reumatoide, basándolo en los siguientes once puntos:

- 1.- Rigidez matinal mayor de una hora.
- 2.- Dolor articular al movimiento.
- 3.- Flogosis en una articulación durante seis semanas como mínimo.
- 4.- Flogosis en una segunda articulación antes de tres meses de la primera.
- 5.- Simetría de las articulaciones afectadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 6.- Presencia de nódulos subcutáneos.
- 7.- Cambios radiológicos típicos.
- 8.- Factor reumatoide positivo.
- 9.- Cambios característicos en el estudio citoquímico del líquido sinovial.
- 10.- Cambios histopatológicos reumatoides en la membrana sinovial.
- 11.- Cambios histopatológicos en los nódulos.

La forma de interpretarlos para la integración diagnóstica se expone a continuación; nótese la gran utilidad para fundamentar o descartar el diagnóstico.

- I.- Artritis reumatoide clásica: siete signos (presentes del 1 al 5 cuando menos por seis semanas).
- II.- Artritis reumatoide definida: cinco signos (presentes del 1 al 5 cuando menos por seis semanas).
- III.- Artritis Reumatoide probable: tres signos (cualquiera de los cinco primeros cuando menos por seis semanas).
- IV.- Artritis reumatoide posible: Dos signos (6).

Por otra parte, existe una clasificación de la Artritis reumatoide cuyo objeto es establecer o normar la terapéutica, jerarquizar el nivel de atención del paciente y

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

enjuiciar su pronóstico. Los estadios o clases funcionales son:

Clase funcional I: La función es completa, aunque existe ya cierto grado de fibrosis del tejido periarticular.

Clase funcional II: La función está limitada en algunas articulaciones, pero le permiten llevar a cabo sus actividades ordinarias. Esta limitación se debe a la progresión de las alteraciones, sobre todo fibrosis, que ha reducido ya los ángulos de flexión y extensión de las articulaciones.

Clase funcional III: La función está notoriamente limitada, aunque puede llevar a cabo algunas actividades. El proceso se ha extendido a cartílagos y tendones, hay notorio engrosamiento de la cápsula articular, se encuentran afectadas manos y pies, se observan subluxaciones e incluso luxaciones y los síntomas generales se encuentran agravados.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Clase funcional IV: Hay incapacidad total funcional, el daño es grave, hay anquilosis fibrosa y ósea, laxitud articular, gran atrofia muscular y cutánea, los síntomas generales son más graves, hay emaciación y complicaciones extraarticulares que comprueban que este padecimiento es sistémico (6).

Medicamentos útiles en el tratamiento, medidas de apoyo y niveles de atención en la Artritis reumatoide.

CLASE I

Medicamentos: Acido acetilsalicílico (ASA), grageas 500 mg., vía de administración oral, posología un gramo 3 veces al día.

Oxifenilbutazona, grageas de 100 mg., vía de administración oral, posología, una gragea 3 veces al día.

Fenilbutazona, supositorios 250 mg., vía de administración rectal, posología un supositorio por la noche.

Hidroxicloroquinas, tabletas de 400 mg., vía de administración oral, posología 400 mg. 2 veces al día.

Gel de hidróxido de aluminio y magnesio, suspensión frasco de 300 mg., una cucharada cada 4 horas. Otros: Ibu profén, Naproxén, etc.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Medidas de apoyo.- Fisiatría: Calor húmedo, hidrotterapia y diatermia.

Niveles de atención: Médico familiar, y médico de segundo nivel.

CLASE II y III

Medicamentos utilizados en la Clase I a las mismas dosis y vías de administración mas Prednisona, tabletas de 5 mg., vía oral, posología una tableta 3 veces al día;

Indometacina, tabletas de 25 mg., vía oral, posología 3 tabletas al día;

Sales de oro, ampolletas de 50 mg. en un ml. vía de administración intramuscular, aplicación semanal progresiva de 10, 25 y 50 mg. respectivamente las tres primeras semanas, después 50 mg. cada semana, antiácidos y anticolinérgicos.

Medidas de apoyo.- Fisiatría: Calor húmedo, hidrotterapia, más hidromasaje, diatermia, tracción, férulas de corrección progresiva, ejercicios activos y pasivos, terapia ocupacional.

Nivel de atención: Médico de segundo nivel.

CLASE IV

Medicamentos: los utilizados en las Clases I, II y III.

Medidas de apoyo,- Fisiatría: Terapia ocupacional.

Nivel de atención: Médico familiar y médico de segundo nivel (6).

Mecanismo de acción de los medicamentos:

- 1.- Estabilizan la membrana lisosomal (esteroides, - salicilatos y cloroquinas).
 - 2.- Inhiben la actividad y liberación de enzimas lisosomales (sales de oro y butazonas).
 - 3.- Inhiben la migración leucocitaria (indometacina).
- (3).

Los padecimientos reumáticos son un grave problema - en nuestro país, según datos estadísticos se presentan en 5.3 al 8.01 % del total de pacientes que asisten a consulta con el médico familiar; este porcentaje aumenta de manera considerable cuando el grupo que se investiga pasa - de los 45 años de edad, llegando a ocupar hasta un 18.1 %.

En un estudio realizado en el departamento de Riesgos e Invalidez del IMSS, durante el lapso de 1947 a 1974, se encontró que las enfermedades reumáticas ocupan el primer lugar como causa de invalidez permanente, con 25.7 %. Se observó además, que cada uno de 4 inválidos padece una enfermedad reumática y que específicamente la Artritis reumatoide es causa de 5.9 % de todas las pensiones por inva

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

lidez permanente. En México prácticamente 2 de cada 1000 adultos son inválidos por un padecimiento reumático. (2)

En nuestro Hospital el diagnóstico de Artritis reumatoide se hace de manera imprecisa y tardía; pues se desconoce la historia natural, los criterios diagnósticos, y el tratamiento. Por otra parte, se olvida la importancia que tiene la psicoterapia de apoyo, mediante visita periódica. (Ver Historia Natural de la Artritis reumatoide no tratada).

Historia natural de la artritis reumatoide no tratada

Factores del huésped

Edad: Todas las edades. Más frecuente entre 25 y 50 años
 Sexo: Más frecuente en mujeres
 Herencia: Predisposición genética (probable)

Factores del agente

Causas desconocidas (¿virus lento?) que modifican la estructura de la IgG que se vuelve antigénica

Producción de factor reumatoide (FR)

Formación de complejos inmunes y su fagocitosis

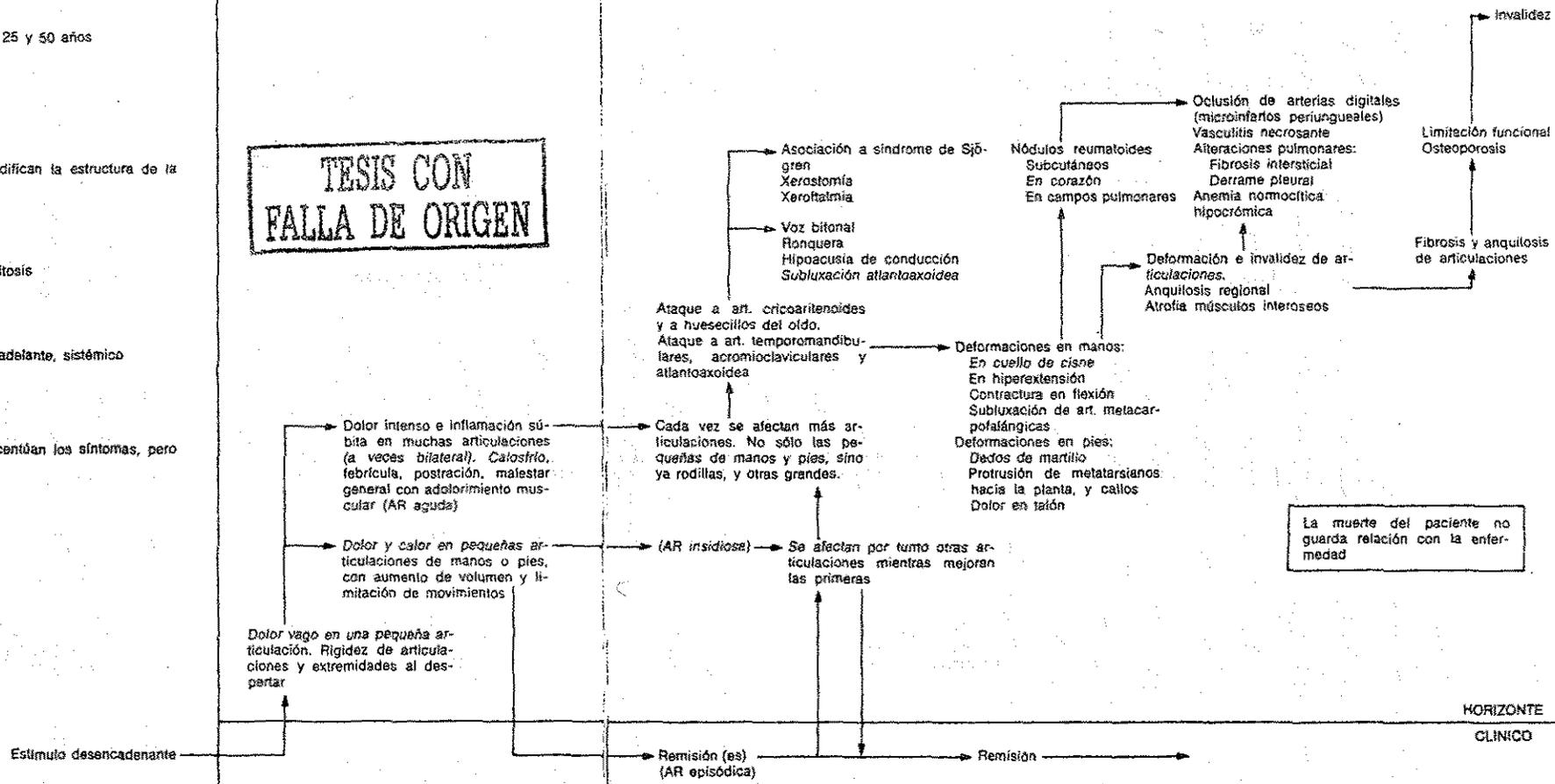
Enzimas lisosómicas

Proceso inflamatorio en articulaciones y más adelante, sistémico

Factores del ambiente

La humedad y la presión barométrica baja acentúan los síntomas, pero no modifican la enfermedad

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



Periodo prepatogénico

Prevención primaria

Promoción de la salud

No se conoce ninguna medida directa, específica o profiláctica.

Protección específica

Al desconocerse el agente etiológico, no hay vacunas ni otra medida de protección.

Prevención

Diagnóstico temprano

Historia clínica completa buscando antecedentes familiares de AR. Exploración cuidadosa orientada a descubrir articulaciones inflamadas, nódulos subcutáneos, etc.; microinfartos periungueales, etc. Laboratorio: Biometría hemática, VSG, estudio de líquido sinovial, factor reumatoide.

Periodo patogénico

Prevención secundaria

Tratamiento oportuno

Educación del paciente y su familia. El tratamiento sólo es sintomático:
 Reposo
 Fisioterapia
 Fármacos:
 Acido acetilsalicílico (con antiácidos)
 Antiinflamatorios no esteroides
 Corticosteroides
 Antipalúdicos
 Sales de oro
 Inyecciones intrarticulares de corticosteroides, citotóxicos, materiales radiactivos
 Cirugía profiláctica

Prevención terciaria

Limitación de la incapacidad

Educación y motivación del paciente y su familia
 Ejercicio activo
 Fisioterapia
 Hidroterapia
 Tracciones
 Férulas nocturnas o dinámicas
 Cirugía profiláctica y reconstructiva

Rehabilitación

En todos los aspectos de la vida del paciente: social, familiar, sexual y laboral
 Fisioterapia
 Cirugía reconstructiva

Niveles de prevención

MATERIAL Y METODOS.

Nuestro trabajo se llevó a cabo en la CHTI-I de Cd.- Obregón, Son.

Tomamos como universo de trabajo los pacientes atendidos en consulta externa durante junio de 1979, dicho mes fue tomado al azar.

Revisamos el archivo del Departamento de Codificación y Estadística del mes en estudio y encontramos 439 casos calificados como artritis.

De los 439 expedientes clínicos, encontramos 57 que correspondían a pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide.

En ellos investigamos las siguientes variables: 1) edad, 2) sexo, 3) ocupación, 4) población donde radica, - (urbana con 2 500 habitantes en adelante y rural), 5) fecha de inicio de la enfermedad, 6) fecha de elaboración - del diagnóstico, 7) quién realizó el diagnóstico, 8) criterios en los que basó el diagnóstico, 9) estadio funcional, 10) exámenes de laboratorio solicitados, 11) drogas iniciales, 12) dosis, (si ésta fue suficiente, insuficiente o excesiva), 13) fisioterapia, 14) tratamiento ortopédico y 15) tratamiento quirúrgico.

De los casos diagnosticados en forma inicial por el

médico de segundo nivel, sólo tomamos en cuenta las variables del 1 al 5, por considerar que ello no interfería con el motivo del estudio.

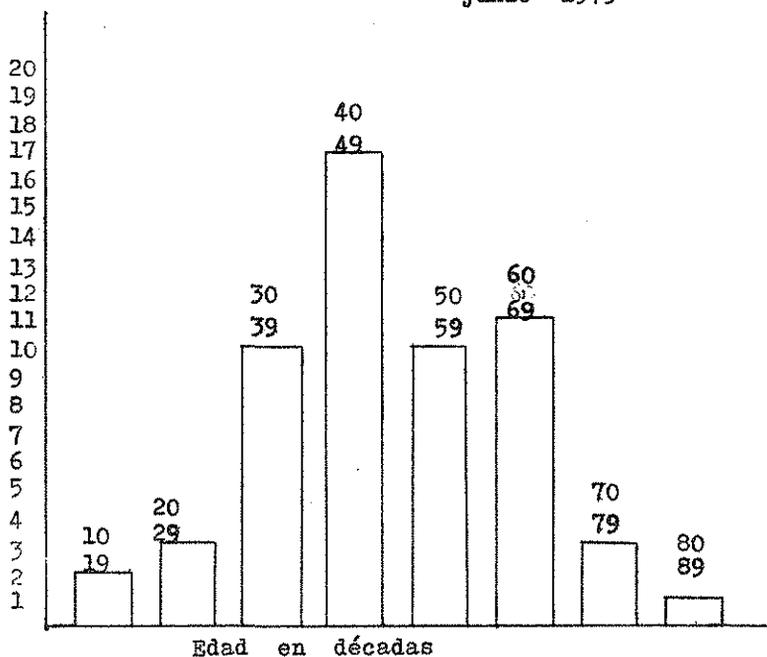
R E S U L T A D O S

De los 26 629 pacientes atendidos en consulta externa de la CHTL-1 de Cd. Obregón, Son. durante junio de 1979 57 padecían Artritis reumatoide.

En ellos la edad osciló entre 15 y 84 años, con predominio en la 5ta. década de la vida. En cuanto al sexo, 47 correspondieron al femenino y 10 al masculino. (ver graficas 1 y 2)

GRAFICA 1

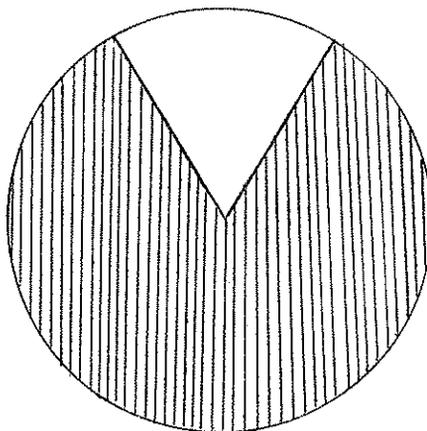
No. de casos Frecuencia de Artritis reumatoide en décadas
CHTL-1 Cd. Obregón, Son.
junio 1979



Fuente: expedientes clínicos

GRAFICA 2

Artritis reumatoide por sexo
CHFL-1 Cd. Obregón, Son.
junio 1979



Fuente: expedientes clínicos

Masc. 17 %



Fem. 82 %

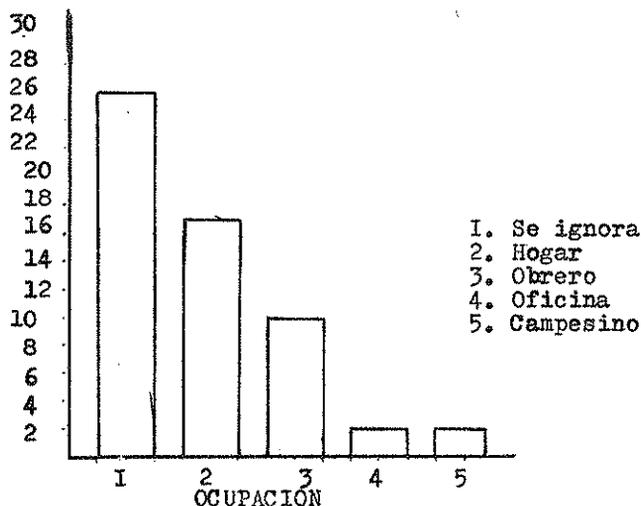


TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Solo en 31 pudo determinarse la ocupación, distribuida de la siguiente manera: en actividades propias del hogar 17 pacientes, obreros 10, 2 campesinos y 2 oficinistas. (ver grafica 3)

GRAFICA 3

No. de Artritis reumatoide por ocupación
casos CHTI-1 Cd. Obregón, Son.
junio 1979



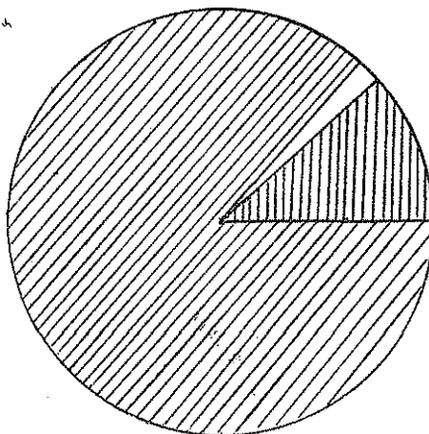
Fuente: expediente clinico

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

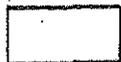
Con respecto al tipo de población, en 7 de los casos no había datos para determinarla y de los 50 restantes, 49 correspondían al medio urbano y solo uno al rural. (ver grafica 4)

GRAFICA 4

Artritis reumatoide por tipo de población
CHT1-1 Cd. Obregón, Son.
Junio 1979



urbana 85.96 %



rural 1.75 %



se ignora 12.2 %

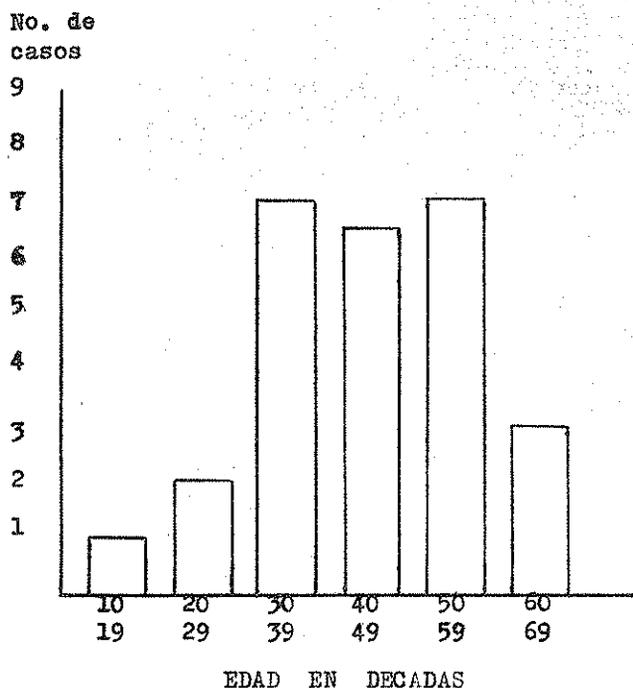
TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Fuente: expediente clínico

La fecha de inicio de la enfermedad, pudo determinarse en 26 casos. La edad más frecuente de inicio fué entre la tercera y quinta década de la vida. (ver grafica 5)

GRAFICA 5

Inició de artritis reumatoide en décadas
CHT1-1 Cd. Oregón, Son.
Junio 1979



Fuente: expedientes clínicos

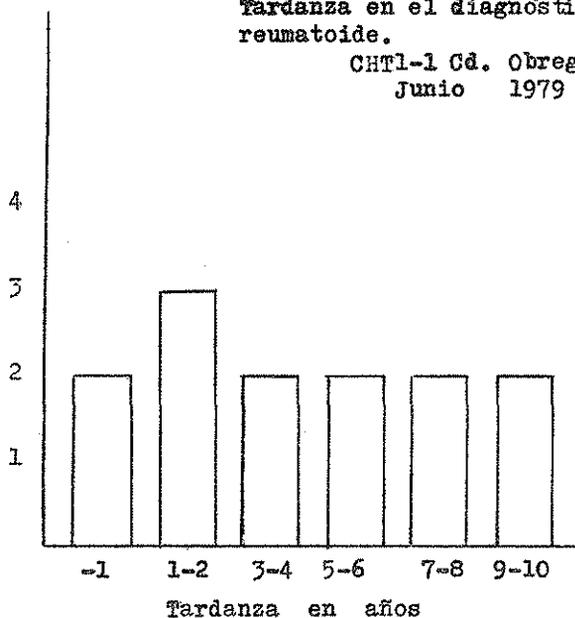
El médico familiar elaboró el diagnóstico de Artritis reumatoide y anotó la fecha de inició del padecimiento en 13 casos; lo que revela una demora de 4.3 años. (ver gráfica 6)

GRAFICA 6

No. de pa
cientesTardanza en el diagnóstico de Artritis
reumatoide.

CHTl-1 Cd. Obregón, Son.

Junio 1979

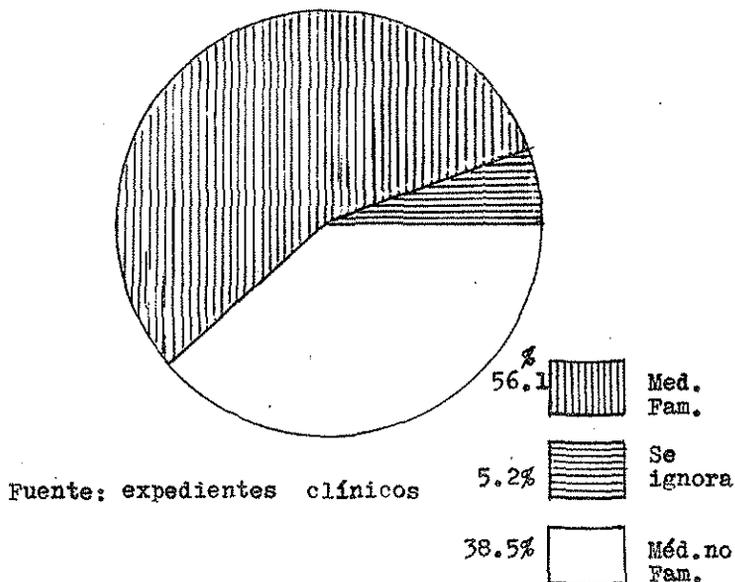


Fuente; expedientes clínicos

El diagnóstico de Artritis reumatoide fué hecho en -
32 casos por el médico familiar, en tres no fué precisado
y en los 22 restantes se realizó en el segundo nivel de -
atención. (ver grafica 7)

GRAFICA 7

Elaboración del diagnóstico de Artritis reumatoide
CHTL-1 Cd. Obregón, Son.
Junio 1979



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Los criterios en que se basó el diagnóstico se pueden observar en el cuadro 1

CUADRO 1

Criterios en que se basó el diagnóstico
 CHTI-I Cd. Obregón, Son.
 Junio 1979

Nº de pacientes	Nº de criterios
5	0
11	1
2	2
9	3
3	4
1	5
1	7

Fuente: expedientes clínicos.

De los 32 pacientes solo uno tenia anotado estadio funcional de la enfermedad y en 9 (28.2 %) se solicitaron exámenes de laboratorio para apoyar el diagnostico. (ver cuadros 2 y 3)

Cuadro 2

Clasificación del estadio funcional
CHTL-1 Cd. Obregón, Son.
Junio 1979

Estadio funcional	No. Pacientes	%
Clasificado	1	3.1
No clasificado	31	96.8
TOTAL	32	

Fuente: expedientes clínicos.

CUADRO 3

Exámenes de laboratorio solicitados a pacientes con A.R
CHTL-1 Cd. Obregón, Son.
Junio 1979

Exámenes de lab.	No. de Pacientes	%
Se solicitaron	9	28.12
No se solicitaron	23	71.87

Fuente: expedientes clínicos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

No se pudo relacionar el tipo de tratamiento inicial con el estadio funcional de la enfermedad ya que un solo caso se anotó éste último. En él, se inició el tratamiento con ASA (3g. por 24 hrs.). El resto no fué clasificado y su manejo inicial puede verse en el cuadro 4.

CUADRO 4

Tratamiento inicial en la Artritis reumatoide
CHT1-1 Cd. Obregón, Son.
Junio 1979

MEDICAMENTO	No. pacientes	%
A S A	4	12.5
Oxifenilbutazona	5	15.62
ASA más oxifenilbutazona	13	40.62
Indometacina más oxifenilbutazona	3	9.37
ASA más prednisona	1	3.2
Oxifenilbutazona más prednisona más A S A	2	6.25
ASA más cloroquina	1	13.12
No anotados	3	9.37

Fuente: expedientes de la unidad.

La dosis fué suficiente para el total de los farmacos en 25 casos, insuficiente en 5 y excesiva en 12(ver cuadro 5)

En lo que respecta a tratamiento ortopédico, quirúrgico y de rehabilitación ninguno recibió este beneficio.

CUADRO 5
Medicamentos y dosis inicial
CHT1-1 de Cd. Obregón, Som.
Junio 1979

MEDICAMENTO	D O S I S								TOTAL
	S	%	I	%	E	%	D	%	
A S A	11	52.3	2	9.5	6	28.5	2	9.5	21
zona									
Oxifenilbuta-	12	52.1	1	4.3	6	26	4	17.3	23
Indometacina	1	33.3	1	33.3	0	0	1	33.3	3
Prednisona	1	100	0	0	0	0	2	66.6	3
Cloroquina	1	100							
Sin med,									3
TOTAL	25		1		12		9		57

S.- igual suficiente
I.- " Insuficiente
E.- " Excesivo

Fuente: los expedientes de la clínica.

D I S C U S I O N

El comentario inicial a este trabajo es en relación al hecho que la Artritis reumatoide no se encuentra dentro de las primeras diez causas de consulta, a pesar de ser cada vez más frecuente y sobre todo una de las primeras causas de pensión por invalidez. De 26 529 pacientes atendidos en la consulta externa de este hospital, en el mes de junio de 1979, se encontraron 57 pacientes a los cuales se les elaboró este diagnóstico, no creemos que la muestra sea representativa, sin embargo, no tenemos manera de comprobarlo. Se considera que en la República Mexicana debe haber entre 300 000 y 450 000 enfermos con este padecimiento a juzgar por la tasa de invalidez de 4.5 inválidos por 10 000 adultos (5).

En el estado de Sonora desconocemos la prevalencia y no hay estudios estadísticos en los cuales apoyar conclusiones en cuanto a nuestro estudio.

Como está escrito, este padecimiento no respeta edad y nuestros resultados están de acuerdo con ello; la mayor incidencia se encontró entre la tercera y sexta década de la vida y osciló entre los 15 a los 84 años de edad.

Hay acuerdo con lo ya descrito por otros autores (2) puede empezar a cualquier edad y predomina en adultos jóvenes, afecta la edad más productiva del hombre, de ahí -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

la importancia que debe darse al padecimiento así como a los niveles de prevención aplicables al mismo.

Se corrobora que la Artritis reumatoide es más frecuente en el sexo femenino, 47 (82.46 %) fueron mujeres y 10 (17.54 %) masculinos, lo que hace una relación de 4.7 a 1, la cual se encuentra por arriba de la relación universal que se acepta clásicamente y que es de 3 a 1 (5).

En cuanto a la ocupación el mayor número de casos se encontró en actividades propias del hogar, lo que es congruente con el sexo. A este respecto no existe un tipo de actividad que tenga una relación directa con la prevalencia del padecimiento, aunque se reconocen una serie de factores precipitantes que tienen al trauma articular como fondo común, pero donde no se ha demostrado una relación directa y donde se suman otros factores ambientales, genéticos e incluso nerviosos o psíquicos que algo tienen qué ver o influyen de alguna manera en la enfermedad.

Nos llama la atención que la mayor parte de los enfermos proceden del medio urbano y consideramos se deba a que la mayoría de los núcleos de población adyacentes a la clínica, tienen más de 2 500 habitantes, cifra límite desde el punto de vista demográfico, que utilizamos en la división. No tenemos referencias que la enfermedad afecte preferentemente a población urbana; desde el punto de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

vista epidemiológico, se sabe que es menos frecuente en los trópicos, sin embargo, las investigaciones han demostrado una distribución universal (1).

Es difícil determinar el inicio de un padecimiento crónico de esta naturaleza; en 26 de nuestros casos encontramos anotada la fecha del inicio de la enfermedad y, con las reservas que este dato puede tener, se confirma que la fecha de inicio sigue siendo entre la tercera y la quinta década de la vida.

Es importante comentar también que en sólo trece casos encontramos antecedentes de la enfermedad previamente a la elaboración del diagnóstico, con lo que pudimos sacar una media de 4.3 años en la elaboración del mismo a juzgar por la sintomatología anotada en el expediente y manejada a nuestro arbitrio, lo que sin duda nos impide afirmar categóricamente la tardanza en el diagnóstico. Para los fines de este trabajo debemos señalar lo importante que es fundamentar desde un principio, el o los diagnósticos diferenciales ante cualquier síndrome.

Sabemos que el médico familiar debe diagnosticar el 80 % de la patología, en nuestro trabajo lo elaboró en sólo 59 % del total de pacientes con artritis reumatoide.

Llama la atención que la tercera parte de los diagnósticos elaborados por el médico familiar se apoya en sólo -

un criterio de los propuestos por la ARA y que la gran mayoría de ellos no se encuentren debidamente fundamentados.

Por otra parte, probablemente, la falta de conocimientos ha sido la causa de que en sólo uno de los 32 pacientes se anotó el estadio funcional de la enfermedad. No es difícil calificar el grado de invalidez de acuerdo a los cuatro estadios propuestos por la ARA, a pesar de que son más subjetivos que objetivos; es conveniente difundirlos por la importancia que tienen, entre otras, para la expedición de incapacidades.

El hecho de no emplear estudios paraclínicos de laboratorio o gabinete para reforzar el diagnóstico no significa que se desconozca su elección, pero llama la atención que sólo en 9 se hubieran empleado y, más aún, que en ninguno de ellos hubiera estudios control. La velocidad de sedimentación globular debe servir de índice de actividad inflamatoria, por lo que es indispensable solicitarla con periodicidad; el factor reumatoide negativo no excluye la enfermedad, pero la actividad de la misma, si está en relación directa con los títulos de positividad; y la biometría hemática, sobre todo para conocer los efectos colaterales de los fármacos antirreumáticos sobre la médula ósea, son los mínimos estudios de los cuales hay que echar mano.

No es posible relacionar la terapéutica inicial de a-

cuerto al estadio funcional de la enfermedad como fue nue
tra intención con el objeto de valorar el conocimiento de
la farmacología de los antirreumáticos por el médico fami-
liar. Es importante reconocer el grado de actividad de la
enfermedad y el estadio funcional de la misma para elegir
la terapéutica e, incluso, las medidas de apoyo del segun-
da nivel de atención, entre otros.

No hay un criterio de manejo establecido y el tipo de
dosis del fármaco se empleó de manera arbitraria; en once
encontramos que la dosis fue suficiente, más nos llama la
atención el empleo de dosis excesivas o insuficientes; des-
de luego, no podemos criticar estos resultados ya que des-
conocemos la gravedad, la progresividad, la susceptibili-
dad, la intolerancia del fármaco por los pacientes.

En cuanto al tratamiento ortopédico, en ningún caso -
encontramos la recomendación del empleo de férulas noctur-
nas para evitar luxaciones ni tampoco, el antecedente de -
haberlos referido a Medicina Física y Rehabilitación, con-
ductas que pueden emplearse desde el primer nivel de aten-
ción y que benefician notoriamente al enfermo. Para el tra-
tamiento quirúrgico no existe discusión ya que, generalmen-
te, son procedimientos del segundo y tercer nivel de aten-
ción.

C O N C L U S I O N E S .

- 1.- La Artritis reumatoide en nuestro medio es motivo frecuente de consulta dentro de la población asegurada - por el IMSS.
- 2.- Este padecimiento adopta las mismas características - clínicas y epidemiológicas clásicamente descritas.
- 3.- Por la edad en que predomina, es frecuente motivo de incapacidad y ausentismo laboral.
- 4.- El médico familiar no fundamenta el diagnóstico de Artritis reumatoide, por apatía o por desconocimiento - de los criterios de la ARA.
- 5.- El médico familiar no anota los estadios funcionales de la enfermedad, por descuido o por ignorancia de -- las cuatro clases funcionales propuestas por la ARA.
- 6.- No es posible determinar si el médico familiar está - capacitado para elegir la terapéutica adecuada a cada caso en particular de acuerdo al estadio funcional.
- 7.- Las dosis empleadas no nos permiten evaluar en forma concreta si la prescripción fue adecuada.
- 8.- El médico familiar desconoce algunos procedimientos -

elementales que debe sugerir a sus pacientes; además, no emplea el beneficio del servicio de Fisiatría.

- 9.- Es necesario difundir la experiencia y los conocimientos teóricos en el campo de la Reumatología, área que, por razones desconocidas, se ha relegado.

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

R E S U M E N .

Decidimos realizar nuestro trabajo debido a la importancia que tiene la Artritis reumatoide en nuestro país, con el objeto de saber cómo se está llevando a cabo el diagnóstico, tratamiento y control del padecimiento en la CHTI-I de Ciudad Obregón, Sonora.

Tomamos como universo de trabajo los pacientes atendidos en consulta externa durante junio de 1979; en ellos encontramos 57 con diagnóstico de Artritis reumatoide, elaborado en 32 casos (56.1 %), en forma inicial, por el médico familiar.

No fué posible evaluar la terapéutica empleada; el control del padecimiento se lleva a cabo en forma inadecuada.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- CECIL LOEB Tratado de Medicina Interna Vol. II
Décima tercera edición Mexicana 1972, pags. 1969-84
Editorial Interamericana.
- 2.- GREGORIO MINTZ SPIRO Manual de autoenseñanza en Reumatología I.M.S.S. 1978.
- 3.- GERALDO GOMES DE FREITAS Y COLS Evaluación clínica y de laboratorio de fenbufén versus naproxen en artritis reumatoide. Semana Médica de México Nov. 1978 pags. --
301-8.
- 4.- INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. Guías diagnósticas y terapéuticas. Segunda edición 1976 pags.509-19.
- 5.- GREGORIO MINTZ SPIRO Artritis Reumatoide.
Revista de la Facultad de Medicina, Vol. XXI, No. 6 -
1978 pags. 20-34.
- 6.- NORIEGA LOPEZ JUAN Artritis Reumatoide. Conceptos Básicos y normas de manejo a nivel del Médico Familiar.
Plenitud (la medicina en la familia) Vol. I No. 5 Jun-
Jul. 1977 pags. 2-7.