

**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN GENERAL**  
**UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA Y PLANIFICACION EN SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN**



---

**"GUÍAS DE MANEJO  
DE LAS ENFERMEDADES  
REUMÁTICAS"**

**FEBRERO - 2006**

# Presentación



**E**l **Instituto Salvadoreño del Seguro Social** a través de su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención que el ISSS desea brindar a los Derechohabientes el Consejo Directivo aprobó la creación de la Unidad Técnica Normativa y Planificación en Salud, quién a través del Departamento de Normalización es el responsable de estandarizar los procedimientos asistenciales de la prevención secundaria y terciaria en salud.

En este sentido las **"Guías de Manejo de las Enfermedades Reumáticas"** será el documento normativo que tendrá como objetivo, guiar a los profesionales en el proceso de toma de decisiones sobre que medicaciones son las más adecuadas en el abordaje de las necesidades Técnico-administrativas, constituyéndose en una herramienta valiosa con que contarán los Centros de Atención para el desarrollo de su portafolio de servicios, quienes deberán proceder a su divulgación, implantación y cumplimiento obligatorio.

Lo que se transcribe para el conocimiento y efectos pertinentes.



*Ing. Jorge Mariano Pinto*  
**DIRECTOR GENERAL ISSS**



**INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL**  
**DIRECCIÓN GENERAL**  
**UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA Y PLANIFICACION EN SALUD**  
**DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN**



# **"GUÍAS DE MANEJO DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS"**

**FEBRERO - 2006**



# **COMITÉ NORMATIVO**

**JEFE  
UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA Y  
PLANIFICACIÓN EN SALUD**

*Dr. Simón Baltazar Agreda*

**JEFE DEPTO. DE  
NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN**

*Dr. Guillermo José Valdés Flores*

**DEPARTAMENTO DE  
NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN.**

*Dr. César Ernesto Bendek Gómez*

## PERSONAL QUE PARTICIPO EN LA ELABORACIÓN Y VALIDACIÓN DEL MANUAL

---

*DR. JOSÉ ALBERTO RODRIGUEZ HERNÁNDEZ*

*DRA. GERALDINA CASTILLEJOS CÁCERES*

*DRA. YOLANDA RODRÍGUEZ DE ROMERO*

*DR. RUBÉN ANTONIO MONTÚFAR GUARDADO*

*DR. RAÚL ANTONIO ARAGÓN LAINEZ*

*DRA. CLAUDIA CASTELLANOS DE BARÁ*

*DRA. CARMEN E. GUTIÉRREZ DE LUPI*

**JEFE DEL SERVICIO DE  
REUMATOLOGÍA**

**MÉDICO REUMATÓLOGA**

**MÉDICO REUMATÓLOGA**

**MÉDICO REUMATÓLOGO**

**MÉDICO REUMATÓLOGO**

**MÉDICO REUMATÓLOGA**

**MÉDICO REUMATÓLOGA**



# Índice

<b>No.</b>	<b>CONTENIDO</b>	<b>No. DE PAG.</b>
	<b>INTRODUCCIÓN</b>	1
	<b>OBJETIVOS</b>	2
	<b>CAMPO DE APLICACIÓN</b>	2
	<b>SEGUIMIENTO DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS</b>	2
<b>1.</b>	<b>DERMATOMIOSITIS / POLIMIOSITIS DEL ADULTO</b>	4
<b>2.</b>	<b>ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA</b>	9
<b>3.</b>	<b>FIBROMIALGIA</b>	13
<b>4.</b>	<b>SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO</b>	16
<b>5.</b>	<b>OSTEOARTRITIS</b>	21
<b>6.</b>	<b>LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO</b>	24
<b>7.</b>	<b>ARTRITIS REUMATOIDE</b>	30
<b>8.</b>	<b>SÍNDROME DE SJÖGREN</b>	35
<b>9.</b>	<b>GOTA E HIPERURICEMIA</b>	39
<b>10.</b>	<b>ESPONDILOARTROPATIAS SERONEGATIVAS</b>	45
	<b>A - ARTRITIS REACTIVA</b>	46
	<b>B- ESPONDILITIS ANQUILOSANTE</b>	50
<b>11.</b>	<b>VASCULITIS</b>	56
	<b>BIBLIOGRAFÍA</b>	63
	<b>OBSERVANCIA DE LAS GUÍAS</b>	66
	<b>DISPOSICIONES GENERALES</b>	66
	<b>VIGENCIA</b>	66



## **INTRODUCCIÓN**

El Instituto Salvadoreño del Seguro Social, a través de su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

En este sentido, **"LAS GUÍAS DE MANEJO DE ENFERMEDADES REUMÁTICAS"** será el documento normativo que tendrá como objetivo guiar a los profesionales en el proceso de toma de decisiones sobre que intervenciones son las más adecuadas en el abordaje de una condición clínica específica, constituyéndose en una herramienta valiosa con que contarán los Centros de Atención que tengan esta modalidad de atención.

Es necesario reconocer que el I.S.S.S. proporciona al derechohabiente una atención oportuna y eficiente en el tratamiento de las Enfermedades Reumáticas, sin embargo debe uniformizarse su manejo, a fin de reducir la variabilidad y darle la oportunidad al paciente de recibir una misma calidad de atención.

Estas guías de manejo fueron elaboradas por médicos Reumatólogos del I.S.S.S. tomando como base textos bibliográficos y estudios científicos realizados, de tal forma que los manejos establecidos en esta guía están basada en la evidencia científica necesaria para su implementación; este proceso fue conducido técnica y logísticamente por del Departamento de Normalización y Estandarización.

## **OBJETIVO GENERAL**

Regular la calidad de práctica clínica a través de la Estandarización de los procedimientos de la atención en Reumatología que permita realizar un adecuado, eficiente, integral y oportuno tratamiento de la enfermedad reumática que adolece el paciente.

## **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

1. Estandarizar los manejos de la práctica médica de las enfermedades reumáticas para disminuir la variabilidad de la práctica clínica.
2. Establecer los límites de cada nivel de atención en el manejo de los pacientes con enfermedades reumáticas a fin de establecer las responsabilidades que competen a los profesionales en cada uno de ellos.

3. Proporcionar a los médicos que atienden pacientes con enfermedades reumáticas un marco legal estandarizado ante demandas que deriven de la práctica clínica.

## **CAMPO DE APLICACIÓN**

Estas guías son de observancia obligatoria para todo el personal de salud que labora en los centros de atención del ISSS y que brindan atención a nuestra población derechohabiente.

## **CONSIDERACIONES GENERALES**

Las actuales **“Guías de Manejo de las Enfermedades Reumáticas”** que más frecuentemente se presentan para su tratamiento en el Servicio Reumatología del ISSS, son consideradas como un instrumento de orientación para que los médicos de primero y segundo nivel de atención, tengan los criterios necesarios para sospechar o establecer un diagnóstico adecuado y referir a estos pacientes oportunamente para ser atendidos rápidamente en las **Clínicas de Atención Inmediata** del Servicio de Reumatología; así como también para que los Médicos Reumatólogos tengan establecidos los parámetros unificados para la atención de estos pacientes.

Con excepción de la Fibromialgia y la Osteoartritis, el resto de las enfermedades reumáticas deben ser manejadas preferentemente en el Servicio de Reumatología. ***Si se sospecha que un paciente tiene una Colagenopatía es preferible no iniciar esteroides, sino referirlo inmediatamente, debido a la morbilidad/mortalidad demostrada de éstos medicamentos cuando son inapropiadamente indicados.***

## **SEGUIMIENTO DE LAS ENFERMEDADES REUMÁTICAS:**

1. La frecuencia de las consultas de las pacientes con Enfermedades Reumáticas es variable, dependiendo del grado de actividad de la enfermedad, desde visitas semanales en casos de pacientes inestables hasta visitas semestrales en pacientes con mínima actividad que no necesitan ningún medicamento. Idealmente deben tener una evaluación cada 3-4 meses.



2. En pacientes que se encuentran recibiendo medicamentos inmunosupresores, la frecuencia de las consultas estará determinada por la necesidad de monitorizar la toxicidad de las drogas utilizadas. En general esto incluye efectos de los medicamentos en el sistema hematopoyético, función renal, función hepática y desarrollo de malignidad.
3. En el caso de utilizar antimaláricos se indicará una revisión oftalmológica cada 6 meses a un año.



## 1. DERMATOMIOSITIS/POLIMIOSITIS DEL ADULTO

(CIE-10:M33)

### DEFINICIÓN:

Enfermedades Reumáticas clasificadas como miopatías inflamatorias idiopáticas de etiología autoinmune.

### EPIDEMIOLOGÍA

1. Afecta al sexo femenino en una proporción 2:1.
2. Grupo etario más afectado son adultos en la quinta década de la vida.
3. Prevalencia: 1: 100, 000 de la población general.
4. Morbimortalidad: No es alta y depende si hay asociación con enfermedades neoplásicas y de las complicaciones por el tratamiento.

### CLASIFICACIÓN DE MIOPATÍAS INFLAMATORIAS

1. Polimiositis
2. Dermatomiositis.
3. Dermatomiositis juvenil.
4. Miositis asociadas a neoplasias.
5. Miositis asociada con enfermedades del tejido conectivo.
6. Miositis por cuerpos de inclusión.

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

#### CRITERIOS PROPUESTOS POR BOHAN AND PETER:

1. Debilidad muscular proximal simétrica.
2. Enzimas musculares elevadas.
3. Cambios miopáticos típicos en la electromiografía.
4. Características anormales de la biopsia muscular y ausencia de otros signos histopatológicos de otras miopatías.

5. Eritema típico de Dermatomiositis.

**Diagnostico definitivo de Dermatomiositis: 3 criterios mas el eritema.**

**Diagnostico definitivo de Polimiositis: 4 criterios sin compromiso de piel.**

**MANIFESTACIONES CLÍNICAS:**

1. Debilidad muscular proximal simétrica de la cintura pélvica y escapular.
2. Mialgias
3. Signo de Gottron (enrojecimiento en articulaciones Metacarpo falángicas e interfalángicas proximales)
4. Eritema en heliotropo. (color rojo violáceo localizado en párpados superiores)

**LABORATORIO:**

1. Enzimas musculares elevadas:
  - a. Creatinfosfokinasa (CPK).
  - b. Deshidrogenas Láctica (LDH).
  - c. Aspartato Amino Transferasa (AST)
  - d. Aspartato Alanino Transferasa (ALT)
  - e. ALDOLASA.
2. Anticuerpos Antinucleares (ANA), positivos en el 80%, no es específico para esta enfermedad. Si está positivo sugiere asociación con otra enfermedad del tejido conectivo.
3. Anticuerpos específicos: Anti Jo-1, Anti Mi-2 (Indicación exclusiva por Reumatólogo)

**GABINETE:**

1. Electro miografía:
  - a. Incremento de la actividad a la inserción: fibrilación espontánea.
  - b. Potenciales polifásicos de baja amplitud y corta duración.
  - c. Altas frecuencias de descargas anormales.
2. Biopsia de músculo (definitiva para el diagnóstico):
  - a. Sitio: cuádriceps o deltoides; (No se debe de tomar en sitios de severa debilidad muscular o atrofia).



b. Hallazgos patológicos:

- Necrosis fibrinoide
- Degeneración
- Regeneración
- Infiltrado Inflamatorio.

## CRITERIOS DE INGRESO

1. Disminución de la fuerza muscular:
  - a. Dificultad para elevar miembros superiores.
  - b. Dificultad para subir y bajar gradas.
  - c. Dificultad para incorporar.
2. Dificultad respiratoria.
3. Dificultad a la deglución.
4. CPK elevada 3 a 4 veces el valor normal.

## TRATAMIENTO

1. **PREDNISONA:** 0.5 mg a 1 mg/Kg/día, se mantiene por 4-6 semanas; cuando las enzimas se normalizan se disminuye 5 mg cada semana hasta llegar a 20 mg/día por 2- 3 meses luego disminuir 2.5 mg cada semana hasta suspenderlo, según la evolución clínica y de laboratorio.
2. **AZATIOPRINA:** 1.5 – 3 mg./Kg./día.
3. **METOTREXATO:** 7.5 a 25 mg. cada semana.
4. **INMUNOGLOBULINAS** 2 gr. /kg. Una vez al mes por 3 meses Ó 1 gr. / Kg. Por día por dos días por 4-6 meses.
5. **CICLOSPORINA:** 5 mg. /Kg. / día.
6. **TACROLIMUS:** 0.075 mg. / Kg. / día en 2 dosis.
7. **AGENTES BIOLÓGICOS:** para la administración de estos medicamentos se deberá manejar como Caso Excepcional y enviar solicitud razonada, junto con el expediente clínico del paciente al Departamento de Farmacoterapia, donde será



discutido el caso y aprobado si lo amerita, por el Comité Central de Farmacoterapia de la institución.

- a. **INFLIXIMAB:** 3 mg/kg./cada infusión IV, a la 0, 2 y 6 semanas, luego cada 8 semanas.
  - b. **ETANERCEPT:** 25 mg subcutáneo 2 veces a la semana o 50 mg una vez por semana.
  - c. **RITUXIMAB:** 500 mg – 1 gr. cada infusión # 2, con intervalo entre cada una de dos semanas; dosis posteriores dependerán de la evolución del paciente, reevaluando nueva dosis luego de la 40 semana.
8. **TERAPIA FÍSICA:** Al iniciar el tratamiento médico es recomendable evaluación por Fisiatra para definir programa de fisioterapia.

### **EVOLUCIÓN:**

1. Favorable, si se diagnostica tempranamente y se inicia tratamiento inmediato con esteroides e inmunosupresores.
2. Depende de la edad, sexo, raza, la presencia de eritema, niveles de CPK.
3. Signos de mal pronóstico:
  - a. Presencia de Disfagia.
  - b. Debilidad muscular severa y persistente.
  - c. Debilidad de músculos respiratorios.
  - d. Compromiso cardíaco.

### **CRITERIOS DE EGRESO**

Mejoría clínica y de laboratorio.

### **INCAPACIDAD**

1. Temporal de acuerdo a los datos clínicos de fuerza muscular, capacidad de movilizarse por sí solo y resultado de niveles enzimáticos anormales.
2. Permanente, dificultad para movilizarse por pérdida de la fuerza muscular, inestabilidad a la marcha, atrofia muscular, para lo cual el paciente deberá ser



referido a la Oficina Coordinadora de Evaluación de Invalideces (OCEI) del ISSS antes de las 52 semanas continuas de incapacidad temporal.

## **REFERENCIAS**

1. Manejo en consulta de reumatología.
2. Ingreso hospitalario, manejo conjunto de reumatólogo e internista.

## **EDUCACIÓN**

1. Explicación al paciente sobre su enfermedad, las secuelas que puede presentar y la importancia de su fisioterapia.
2. Los medicamentos que toma y los efectos colaterales.
3. Apoyo psicológico por ser una enfermedad crónica.



## 2. ESCLEROSIS SISTÉMICA PROGRESIVA

(CIE-10:M34)

### DEFINICIÓN:

Es una enfermedad generalizada del tejido conjuntivo, caracterizada clínicamente por engrosamiento y fibrosis de la piel (Esclerodermia). Otras manifestaciones incluyen:

1. Anormalidades vasculares (fenómeno de Raynaud).
2. Anormalidades Músculo esqueléticas.
3. Anormalidades Viscerales (tracto gastrointestinal, pulmones, corazón, riñones).

### EPIDEMIOLOGÍA

1. Incidencia de aproximadamente 4-12 pacientes por cada millón de población por año.
2. La mayoría de los casos se presentan entre la cuarta y quinta década de la vida.
3. Es 3 a 4 veces más común en mujeres que en hombres.

### CLASIFICACIÓN

1. Escleroderma cutánea difusa.
2. Escleroderma cutánea limitada.
3. Escleroderma localizada.
4. Síndromes de sobreposición.
5. Enfermedad de tejido conectivo no diferenciada.

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

#### CUADRO CLÍNICO:

1. Fenómeno de Raynaud.
2. Endurecimiento y engrosamiento de la piel.
3. Involucra órganos internos, incluyendo tracto gastrointestinal, pulmón, corazón y riñones, lo cual incrementa la morbilidad de la enfermedad.

El riesgo de afección de órganos internos es proporcional a la extensión y engrosamiento de la piel.

Se considera que una persona tiene esclerodermia si cumple un criterio mayor o dos de los criterios menores siguientes:

1. **Criterio mayor:**

- a. Escleroderma proximal: endurecimiento, engrosamiento e induración de la piel proximal a las articulaciones metacarpofalángicas o metatarsofalángicas. Los cambios pueden afectar la extremidad completa, cara, cuello y tronco.

2. **Criterios menores:**

- a. Esclerodactilia.
- b. Infartos digitales o pérdida de los pulpejos de los dedos.
- c. Fibrosis pulmonar bibasilar por Rayos X.

**LABORATORIO:**

1. Anticuerpos Antinucleares: 90% positivos.
2. Factor Reumatoide: 30-50% positivo.
3. Anti centrómero: 50-96% en forma difusa; < 10% en forma limitada.
4. Anti Scl 70: 20-40% en forma limitada.

**CRITERIOS DE INGRESO**

1. Pacientes con manifestaciones isquémicas permanentes o extensas que pongan en riesgo el tejido distal al sitio de la afección.
2. Pacientes con evidencia de infección pulmonar sobreagregada.
3. Crisis renal asociada a la enfermedad y/o al tratamiento.
4. Gastroparesia asociada a desnutrición del paciente.
5. Episodios de vasculitis importantes.
6. Sospecha clínica de hipertensión pulmonar severa.



## TRATAMIENTO

1. **COLCHICINA:** 0.5-1.0 mg. /día para evitar el endurecimiento de la piel.
2. **D-PENICILAMINA:** 300-600 mg. /día para evitar la fibrosis pulmonar.
3. **VASODILATADORES:** para ayudar a controlar el Fenómeno de Raynaud:
  - a. Calcio antagonistas: Nifedipina o verapamil: las dosis dependen de la presión arterial del paciente.
  - b. Alfa agonistas: Prazosin: las dosis dependen de la presión arterial del paciente.
  - c. Nitroglicerina local: Parche de Nitroderm.
4. **ANÁLOGOS DE PROSTAGLANDINAS** para Fenómeno de Raynaud
5. **AINES** para tratar las manifestaciones músculo esqueléticas.
6. **PREDNISONA** a dosis menores de 20 mg. diarios para la fase edematosa temprana de la enfermedad, así como para artritis refractarias, tenosinovitis, miositis, alveolitis y serositis sintomáticas
7. **ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO** 100 mg/día.
8. **PROCINÉTICOS Y ANTIÁCIDOS** para las manifestaciones gastrointestinales.
9. Manejo de la hipertensión arterial pulmonar: ANTAGONISTAS DEL CALCIO, SILDENAFIL, Análogo de Prostaglandinas o Antagonistas del Receptor de Endotelina.
10. **INTERFERÓN GAMMA:** presenta actividad anti fibrótica in vivo.

## EVOLUCIÓN:

El endurecimiento de la piel es más intenso y con pronóstico menos favorable los cuatro primeros años de la enfermedad, y en aquellos casos en los que la piel recupera su turgencia la sobrevida es mucho mayor.

El compromiso de órganos internos conlleva a un peor pronóstico de la enfermedad.

## **CRITERIOS DE EGRESO**

Evolución satisfactoria del problema que ocasiono el ingreso y condición estable del paciente.

## **INCAPACIDAD**

Temporal, dependiendo de la gravedad de las manifestaciones.

Permanente dependiendo de la evolución de la enfermedad, para lo cual el paciente deberá ser referido a la Oficina Coordinadora de Evaluación de Invalideces (OCEI) del ISSS antes de las 52 semanas continuas de incapacidad temporal.

## **REFERENCIAS**

Manejo preferentemente con médico Reumatólogo y se solicitará interconsulta con otras subespecialidades de acuerdo al compromiso de cada paciente.

## **EDUCACIÓN**

1. Conocimiento total de su enfermedad.
2. Reconocer signos de alarma de su padecimiento.
3. Abstinencia total del cigarro.
4. Evitar la exposición al frío.
5. Evitar duchas con agua muy caliente o fría.
6. Utilización de cremas humectantes en piel.
7. Ejercicios aeróbicos y de estiramiento.
8. Cumplimiento rutinario y periódico de sus medicamentos.

### 3. FIBROMIALGIA

(CIE-10: M62)

#### DEFINICIÓN:

Es un trastorno de la modulación del dolor, de etiología desconocida, que se caracteriza por dolor músculo-esquelético difuso y crónico, rigidez, sueño no reparador y fatiga, que se asocia a cefalea, colon irritable y trastornos menstruales.

#### SINÓNIMOS:

1. Fibrositis.
2. Fibromiositis.
3. Reumatismo muscular.
4. Reumatismo Tensional.

En ningún momento se ha podido comprobar la presencia de un fenómeno inflamatorio, por lo que se prefiere el término de Fibromialgia.

#### EPIDEMIOLOGÍA

1. Prevalencia del 2 a 4 % de población general.
2. Constituye el 7 % de la consulta general.
3. Ocurre del 15 al 20% de la consulta reumatológica.
4. El 80 al 90 % son mujeres.
5. Mayor incidencia entre los 30 a 50 años edad.
6. Solo el 20% de los casos mejoran o remiten.

#### CRITERIOS DE DIAGNÓSTICOS

##### 1- HISTORIA DE DOLOR GENERALIZADO:

Dolor al lado derecho y al lado izquierdo del cuerpo.

Dolor arriba y debajo de la cintura.

Dolor en el esqueleto axial.



(Dolor por lo menos tres meses de duración).

## 2- DOLOR A LA PALPACIÓN DIGITAL:

En 11 de 18 puntos dolorosos (ver figura).

(Una palpación digital de 4 Kg., debe causar dolor, no molestia).

**Para el diagnostico debe de cumplirse ambos criterios.**

## 3- OTRAS MANIFESTACIONES:

- a. Manifestaciones subjetivas de inflamación de manos y masas musculares (Ej. el cuello).
- b. Trastornos del sueño.
- c. Fatiga crónica.
- d. Ausencia de inflamación articular.
- e. Cefalea, colitis, trastornos menstruales (ej. Dismenorrea), parestesia, ansiedad, palpitaciones, depresión.
- f. Fuerza muscular es normal.
- g. Examen neurológico normal.



## **LABORATORIO:**

Los exámenes de laboratorios son completamente normales.

## **GABINETE:**

Los exámenes de gabinete son completamente normales.

## **CRITERIOS DE INGRESO**

La Fibromialgia es de manejo ambulatorio.

## **TRATAMIENTO**

### 1. TERAPIA MEDICAMENTOS A:

- a. Manejo del Dolor:
  - Analgésicos:
  - Acetaminofén 500 - 1000 mg. 2 a 3 veces al día, o



- Acetaminofén-Codeína 1 tab. cada 8 horas, o
  - Anti-inflamatorio no esteroideos en dosis bajas. (ejemplo: Ibuprofeno 200 mg. 3 veces al día).
- b. Medicamentos con acción en el sistema nervioso central (efecto antidepresivo y/o antineurítico):
- Amitriptilina: 25 – 50 mg. Cada noche, o
  - Imipramina: 25 – 50 mg. Cada noche, o
  - Fluoxetina: 20 mg. Después del desayuno, o
  - Gabapentina: iniciar con 300 mg. diarias, dosis escalonadas según respuestas (de uso exclusivo de Reumatólogo), y/o
  - Ansiolíticos: Clobazán, Lorazepam y Clonazepam.

*No está indicado el uso de esteroides orales o parenterales.*

## **2. TERAPIA NO MEDICAMENTOS A:**

- a. Recomendar al paciente realizar ejercicios físicos en forma regular y periódica.

### **EVOLUCIÓN:**

A pesar de ser una enfermedad crónica, un estudio ha demostrado que la cuarta parte de los pacientes entran en remisión.

### **INCAPACIDAD**

Generalmente no procede la incapacidad laboral, excepto casos especiales de acuerdo al criterio del especialista.

### **REFERENCIAS**

Paciente debe ser evaluado y clasificado como tal por el Reumatólogo, quien lo referirá a Fisioterapia, Psiquiatría y al 1º ó 2º nivel de atención para el manejo farmacológico a largo plazo, salvo en circunstancias especiales.

### **EDUCACIÓN**

Hacer énfasis de que el padecimiento no es un trastorno psiquiátrico, deformante o raro; que no pone en peligro su vida, y que a pesar de ser una enfermedad crónica hay tratamiento.

## 4. SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO

(CIE-10: E83.3)

### DEFINICIÓN:

Se produce por anticuerpos dirigidos contra fosfolípidos o proteínas asociadas a fosfolípidos aniónicos, produciéndose un cuadro clínico con diversas manifestaciones, principalmente trombosis arteriales o venosas, pérdida fetal recurrente y trombocitopenia, además, livedo reticularis, migraña, Fenómeno de Raynaud, hipertensión pulmonar, necrosis aséptica e insuficiencia suprarrenal etc.

### EPIDEMIOLOGÍA

1. El 60 – 80% de pacientes afectados por el síndrome son mujeres.
2. La prevalencia de SAF en el embarazo es de hasta el 10%.
3. De 2 al 6% de la población sana puede tener anticuerpos anticardiolipina en títulos bajos, y hasta en un 0.2% se puede encontrar el anticoagulante lúpico positivo.
4. La prevalencia de los anticuerpos antifosfolípidos se incrementa con la edad, encontrándose además asociados a otras enfermedades reumatológicas, principalmente con el lupus (30 – 50%).

### CLASIFICACIÓN

1. PRIMARIO: si ocurre en ausencia de las patologías autoinmunes, infecciones o drogas.
2. SECUNDARIO: si ocurre asociado a otra patología.

### CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN

#### CLÍNICOS:

#### 1. TROMBOSIS VASCULAR:

- a. Uno o mas episodios clínicos de trombosis arterial, venosa o de pequeños vasos en cualquier tejido u órgano. La trombosis que puede ser confirmada por estudios de imagen, Doppler y/o histopatología, con la

excepción de trombosis venosa superficial. Para la confirmación histopatológica, la trombosis debe estar presente sin evidencia significativa de inflamación en las paredes del vaso.

## **2. MORBILIDAD EN EL EMBARAZO:**

- a. Una o más muertes fetales inexplicables a las 10 semanas de gestación o después, con fetos morfológicamente normales documentados por examen directo del producto o a través de ultrasonografía; o
- b. Uno o más nacimientos prematuros de neonatos morfológicamente normales a las 34 semanas de gestación o antes a causa de preeclampsia severa – eclampsia o insuficiencia placentaria severa; o
- c. Tres o más abortos espontáneos inexplicables consecutivos, antes de la 10<sup>o</sup> semana de gestación, en quienes se han descartado anomalías anatómicas u hormonales maternas y causas cromosómicas de los padres.

## **CRITERIOS DE LABORATORIO:**

1. Anticuerpos anticardiolipinas isotipo de IgG o IgM, presentes en sangre en niveles medios o altos, demostrados en dos o más ocasiones separados por un periodo de 6 semanas o más, medidos por una prueba estandarizada de enzimas vinculadas por inmunoabsorción para Beta 2-glicoproteína 1 dependiente de anticuerpos para anticardiolipinas (ELISA).
2. Anticoagulante lúpico presente en plasma en 2 ó más ocasiones separados por un periodo de 6 semanas o más, detectados de acuerdo a los lineamientos dados por la Sociedad Internacional de Trombosis y Hemostasia, en las siguientes pruebas:
  - a. Tiempo de coagulación prolongado, dependiente de fosfolípidos, demostrada por una prueba como tiempo parcial de tromboplastina activado, tiempo de coagulación de Kaolin, tiempo del veneno de víbora de Russell diluido, tiempo diluido de protrombina, tiempo de textarina.
  - b. fracaso para corregir el tiempo prolongado de coagulación en una prueba donde se ha agregado plasma normal pobre en plaquetas.

- c. Acortamiento o corrección de la prolongación del tiempo de coagulación adicionando a la prueba excesos de fosfolípidos.
- d. Exclusión de otras coagulopatías, como inhibición del Factor VIII o heparina.

Además de las manifestaciones anteriormente expuestas, el SAF puede presentar algunas otras manifestaciones como: Trombocitopenia, anemia hemolítica, lívedo reticularis, úlceras de miembros inferiores, mononeuritis múltiples, etc.

Se va a considerar como **SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO DEFINIDO**, si esta presente al menos un criterio clínico y un criterio de laboratorio.

También existe otra variedad clínica conocida como **SÍNDROME ANTIFOSFOLÍPIDO CATASTRÓFICO** que se caracteriza por afección de por lo menos tres diferentes órganos o sistemas, con una mortalidad de 50 - 80%.

#### **CRITERIOS DE INGRESO**

- 1- púrpura trombocitopénica.
- 2- Anemia Hemolítica.
- 3- Cualquier cuadro isquémico secundario a un evento trombo-embólico.
- 4- Morbilidad durante el embarazo.

#### **TRATAMIENTO**

- 1. En presencia de los anticuerpos antifosfolípidos, sin manifestaciones clínicas, debe darse profilácticamente ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 100 mg. diarios.
- 2. En el caso de fenómenos tromboembólicos y presencia de anticuerpos antifosfolípidos persistentemente positivos:
  - a. Anticoagulación con HEPARINA EV, o HEPARINA DE BAJO PESO MOLECULAR (HBPM), y luego WARFARINA SÓDICA, para mantener de por vida, un INR entre 2.5 a 3.5, debido a la recurrencias de trombosis; y
  - b. ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO 100 mg. diarios.
- 3. Púrpura trombocitopénica o Anemia Hemolítica:

- a. PREDNISONA: 1-2 mg. por Kg. /peso diario.
  - b. En casos severos: PULSOS DE METILPREDNISOLONA 1 gr. en 250 c.c. de DW5% o SSN, a pasar en 4 horas al día por 3 a 5 días.
  - c. Si una Púrpura no responde a los pulsos de Metilprednisolona: INMUNOGLOBULINA 400 mg. por Kg. /día por 5 días.
4. Durante el embarazo se recomienda:
- a. Embarazo más anticuerpos antifosfolípidos sin morbilidad: ÁCIDO ACETIL SALICÍLICO, 100 mg/d.
  - b. Embarazo más anticuerpos antifosfolípidos con morbilidad (pérdidas fetales recurrentes, muertes intrauterinas, o toxemia): anticoagulación con HEPARINA sódica o HBPM durante el embarazo.
  - c. Se ha demostrado que la CLOROQUINA, 250 mg cada día o HIDROXICLOROQUINA, 400 mg cada día, tienen efecto antiplaquetarios y pueden utilizarse en casos de intolerancia a aspirina.
5. En el caso del **SAF CATASTRÓFICO** hay necesidad de usar todos los tratamientos mencionados, inclusive PLASMAFÉRESIS.
6. El caso del SAF PRIMARIO NO SE DEBEN DE USAR ESTEROIDES, tampoco se deben de usar durante el embarazo.
7. Queda a criterio del Reumatólogo el uso de INMUNOSUPRESORES.
8. Si la paciente tiene un Lupus Eritematoso Sistémico u otra colagenopatía asociada, y si ésta se encuentra activa, debe de recibir el manejo correspondiente a su actividad ya sea con esteroides u otro medicamento.

El manejo de esta patología debe ser realizada preferentemente por Médico Reumatólogo y a través de un equipo multidisciplinario.

## **EVOLUCIÓN:**

La evolución a largo plazo de este síndrome aun es incierta, su enfoque y mediciones objetivas de respuesta terapéutica en casos asociados a LES es difícil, especialmente en pacientes con compromiso del SNC por su génesis multifactorial y la dificultad real para precisar la causa. Esta complicación ocurre en el 20-30% de

los pacientes con LES; lo puede preceder, ser concurrente o seguir y su presencia agrava el pronóstico del Lupus.

### **CRITERIOS DE EGRESO**

1. Control del trastorno hematológico.
2. Haber resuelto el cuadro agudo de isquemia y logrado un nivel de anticoagulación apropiado con warfarina.

### **INCAPACIDAD**

De acuerdo a la gravedad y secuelas de la enfermedad.

### **REFERENCIAS**

1. El paciente debe ser referido a la consulta externa de reumatología antes de las 4 semanas para continuar su manejo.
2. Referencia a la Clínica de Anticoagulación para la dosificación de la Warfarina (Consultorio de Especialidades).
3. En caso de embarazo debe hacerse un manejo conjunto con Gineco-obstetricia en clínica de alto riesgo.

### **EDUCACIÓN**

1. Se le debe explicar la naturaleza de su enfermedad.
2. Hacer énfasis en el apego al tratamiento.
3. Hacer conciencia sobre la necesidad de estar anticoagulado de por vida; así como también de tomar Ácido Acetil Salicílico de por vida.
4. Explicarle la dieta, pues muchos alimentos contrarrestan el efecto de la Warfarina.

## 5. OSTEOARTRITIS

(CIE-10: M19)

### DEFINICIÓN:

Enfermedad reumática que se caracteriza por degeneración del cartílago articular y la formación de excrecencias óseas (osteofitos) a consecuencia del envejecimiento, sin embargo, puede ser consecuencia de factores agregados como trauma y obesidad.

Sinónimos: Osteoartrosis, artrosis, enfermedad articular degenerativa.

### EPIDEMIOLOGÍA

1. La edad es determinante para el desarrollo de la osteoartrosis.
2. Antes de los 45 años predomina en el sexo masculino, entre los 45 y 55 años es igual en ambos sexos y arriba de los 55 años predomina en las mujeres.
3. Morbimortalidad: La enfermedad per se no la presenta.

### CLASIFICACIÓN

1. Idiopática o Primaria:
  - a. Localizada: Manos, pies, rodillas, cadera y columna vertebral.
  - b. Generalizada: Incluye 3 o más de las áreas mencionadas.
2. Secundaria a otras condiciones o asociadas a factores predisponentes.

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

#### CLÍNICO:

1. Dolor articular con el movimiento.
2. Rigidez articular transitoria de menos de 30 minutos de duración después del reposo o inactividad.
3. Crepitación articular.
4. Articulaciones con deformidades características (manos: nódulos de Heberden y Bouchard; rodillas: Genu-varo).
5. Limitación del movimiento articular.

## **LABORATORIO:**

Normal.

## **GABINETE:**

1. Radiografía simple de articulación afectada:
  - a. Disminución asimétrica del espacio articular.
  - b. Osteofitos.
  - c. Esclerosis subcondral.

## **CRITERIOS DE INGRESO**

La enfermedad per se no amerita ingreso, excepto para procedimientos quirúrgicos.

## **TRATAMIENTO**

1. No farmacológico:
  - a. Uso de dispositivos ortopédicos en caso específicos.
  - b. Terapia física.
  - c. Artroscopia.
  - d. Cirugía.
2. Farmacológico:
  - a. Osteoartritis sin inflamación.
    - ACETAMINOFÉN 500 mg. o 1 gr. cada 8 horas o
    - ACETAMINOFÉN MÁS CODEÍNA 2 veces al día, o
    - CODEÍNA, OXICODONA, PROPOXIFENO en casos de exacerbación del dolor pueden dosificarse dos veces al día.
  - b. Osteoartritis con inflamación:
    - Antiinflamatorios no Esteroideos (AINES) a dosis bajas: Ibuprofeno 200 mg. 3 veces al día.
    - Esteroides Intraarticulares\*: triamcinolona, la dosis varía de acuerdo a la articulación que se infiltre.



- Ácido Hialurónico Intraarticular\* en casos de OA grado 1 y 2 de la rodilla: 1 ampolla intraarticular cada semana por 3 semanas consecutivas, puede repetirse a los seis meses.

\* Son de uso del especialista.

### **EVOLUCIÓN:**

1. Buena, si se controlan los factores predisponentes modificables.
2. Puede producir grados variables de discapacidad.

### **INCAPACIDAD**

1. Temporal, en períodos de mucho dolor e inflamación y de acuerdo a la articulación afectada, sobre todo si son articulaciones que soportan peso.
2. Permanente, si la deformidad de la articulación es severa y no puede corregirse la minusvalía con prótesis.

### **REFERENCIAS**

A médico Reumatólogo para:

1. Infiltración intraarticular.
2. No mejoría con el tratamiento médico después de 6 meses.
3. Duda diagnóstica.

### **EDUCACIÓN**

1. Educar al paciente sobre la naturaleza y cronicidad de su enfermedad.
2. Formación de grupos de pacientes con OA para educación sobre su enfermedad, por un grupo multidisciplinario (reumatólogo, fisiatra, ortopeda y psicólogo).

## 6. LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO (LES)

(CIE-10:M32)

### DEFINICIÓN:

Enfermedad Auto inmune de etiología desconocida que se caracteriza por la producción de anticuerpos contra componentes del núcleo celular. Sus manifestaciones clínicas son muy variadas dependiendo del órgano afectado.

### EPIDEMIOLOGÍA

1. Su prevalencia es de aproximadamente 2.9 a 4 casos por 100.000 personas/año.
2. Afecta principalmente a mujeres con una relación F: M de 6-10:1.
3. Mayor incidencia entre los 15 – 40 años.
4. Sobrevida del 80-90% a los 10 años.

### CLASIFICACIÓN

1. Lupus eritematoso sistémico.
2. Lupus cutáneo.
3. Lupus inducido por drogas.

### CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN

#### CLÍNICOS:

<b>Rash Malar</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Eritema fijo sobre eminencia malar. Respeta pliegues nasolabiales.</li></ul>
<b>Rash Discoide</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Placas eritematosas descamativas, elevadas.</li></ul>
<b>Fotosensibilidad</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Reacción al sol, por historia u observación por médico.</li></ul>
<b>Ulceras orales</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Orales o nasofaríngeas, indoloras.</li></ul>
<b>Artritis</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Artritis no erosiva en 2 ó más articulaciones periféricas.</li></ul>

<b>Serositis</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pleuritis o Pericarditis.</li> </ul>
<b>Alteraciones Renales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proteinuria persistente &gt; 0.5gr/d ó &gt; 3+ en orina al azar.</li> <li>• Cilindros celulares: hemáticos, granulados.</li> </ul>
<b>Alteraciones Neurológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convulsiones en ausencia de causa metabólica o drogas.</li> <li>• Psicosis en ausencia de causa metabólica o drogas.</li> </ul>
<b>Alteraciones Hematológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anemia hemolítica con reticulocitosis, o</li> <li>• Leucopenia &lt; 4000/mm<sup>3</sup>, o</li> <li>• Linfopenia &lt; 1500/mm<sup>3</sup>, o</li> <li>• Trombocitopenia &lt; 100,000/mm<sup>3</sup>.</li> </ul>
<b>Alteraciones Inmunológicas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Anti DNA nativo, o</li> <li>• Anti SM, o</li> <li>• Ac Antifosfolípidos (+): AntiCardiolipina IgG o IgM, Anticoagulante lúpico, VDRL falso positivo.</li> </ul>
<b>ANA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ANA en títulos anormales por IF u otro método equivalente.</li> </ul>

Un paciente puede tener lupus eritematoso sistémico si 4 o más de los 11 criterios están presentes, ya sea en forma simultánea o secuencial durante cualquier intervalo de observación.

### **LABORATORIO:**

1. Hematológicos: Anemia Normocítica Normocrómica, Anemia Hemolítica Coombs directo positivo con reticulocitosis, leucopenia, linfopenia, trombocitopenia.
2. Renales: Hematuria, Piuria, Cilindruria, Proteinuria, elevación de creatinina y disminución de depuración de creatinina.

3. Inmunológicos: Anticuerpos Antinucleares por inmunofluorescencia, anticuerpos AntiDNA nativo, anticuerpos antiSm, hipocomplementemia, VDRL o RPR falso positivo, anticoagulante lúpico, anticuerpos anticardiolipinas, factor reumatoide.
4. Reactantes de fase aguda: Eritrosedimentación elevada, Proteína C reactiva positiva.

## CRITERIOS DE INGRESO

- Anemia Hemolítica severa.
- Trombocitopenia severa.
- Nefropatía lúpica activa.
- Compromiso del Sistema Nervioso Central y Periférico.
- Alteraciones Pulmonares: hemorragia pulmonar, pleuritis moderada a severa, neumonitis.
- Alteraciones cardíacas: miocarditis, pericarditis, tamponada cardíaca.
- Fenómenos Tromboembólicos.
- Procesos infecciosos asociados.
- Presencia de vasculitis.
- Cualquier otra afección que comprometa la vida.

## TRATAMIENTO

1. **AINES:** Se utilizan para el control de síntomas articulares y para tratamiento de serositis (pleuritis y pericarditis):
  - a. Diclofenaco: 150 mg/día dividido en tres dosis.
  - b. Indometacina: 75 a 200 mg/día dividido en tres dosis.
  - c. Ibuprofeno: 400 mg a 2 gr. /día, dividido en tres dosis.
2. **ANTIMALÁRICOS:**
  - a. Efectivos para el control de manifestaciones cutáneas, músculo esqueléticas y manifestaciones sistémicas leves. Las dosis recomendadas son: HIDROXICLOROQUINA 400mg/d o CLOROQUINA 250mg/d.

### 3. GLUCOCORTICOIDES:

- a. Dosis bajas a moderadas de PREDNISONA: de 5 a 30 mg/d.:

Se utilizan para controlar síntomas constitucionales, manifestaciones cutáneas, artritis, serositis.

- b. Dosis altas fraccionadas de PREDNISONA: de 50 a 100 mg./d ó 0.5 – 2 mg/kg./d:

Indicados en pacientes con LES activo y compromiso importante de sistemas /órganos mayores: Sistema Nervioso Central y Periférico, corazón, pulmón riñón, alteraciones hematológicas, musculares y vasculitis.

- c. PULSOS DE METILPREDNISOLONA: 1gr. Diluidos en 250 cc. de Dextrosa al 5% o SSN EV/día por 3 - 5 días:

Indicados en situaciones que ponen en peligro la vida del paciente y en los casos refractarios a las dosis altas de Prednisona; ejemplos: Anemia hemolítica severa, trombocitopenia severa, nefritis lúpica severa, hemorragia pulmonar, vasculitis, etc.

4. **DROGAS INMUNOSUPRESORAS.** (Las dosis y el fármaco a utilizar se prescribirá según criterio del Reumatólogo):

- a. CICLOFOSFAMIDA: 500 a 1 gr. EV cada mes.

- b. AZATIOPRINA: 50 a 150 mg/día.

- c. METOTREXATE: 7.5 a 25 mg cada semana.

- d. CICLOSPORINA: 2.5 a 5 mg/kg/día, vía oral.

- e. MICOFENOLATO: 1 a 2 gr/día.

- f. LEFLUNOMIDA: dosis de carga: 100 mg cada día durante 3 días, luego 20 mg cada día.

5. **AGENTES BIOLÓGICOS:** para la administración de estos medicamentos se deberá manejar como Caso Excepcional y enviar solicitud razonada, junto con el expediente clínico del paciente al Departamento de Farmacoterapia, donde será



discutido el caso y aprobado si lo amerita, por el Comité Central de Farmacoterapia de la institución.

- d. INFLIXIMAB: 3 mg/kg./cada infusión IV, a la 0, 2 y 6 semanas, luego cada 8 semanas.
  - e. ETANERCEPT: 25 mg subcutáneo 2 veces a la semana.
  - a. RITUXIMAB: 500 mg – 1 gr. cada infusión # 2, con intervalo entre cada una de dos semanas; dosis posteriores dependerán de la evolución del paciente, reevaluando nueva dosis luego de la 40 semana.
6. **INMUNOGLOBULINA:** Indicada en trombocitopenia severa asociada a LES. Se han reportado también resultados beneficiosos en pacientes con LES y compromiso del SNC, nefritis lúpica, polirradiculopatía, cardiomiopatía y en pacientes críticamente enfermos que no han respondido a tratamiento con esteroides e inmunosupresores: 400 mg/kg./día, por cinco días, vía endovenosa.
7. **PLASMAFÉRESIS:** Se incluye en el tratamiento de pacientes con LES críticamente enfermos que presentan evidencia de Púrpura Trombocitopénica Trombótica o Síndrome Urémico-Hemolítico.

## CRITERIOS DE EGRESO

Control de la actividad de la enfermedad y/o causa del ingreso.

## INCAPACIDAD

1. Incapacidad temporal durante los períodos de actividad de la enfermedad, de acuerdo al criterio clínico.
2. Incapacidad permanente en los casos de daño crónico a órganos como Riñón, Pulmón, Sistema Nervioso Central para lo cual el paciente deberá ser referido a la Oficina Coordinadora de Evaluación de Invalideces (OCEI) del ISSS antes de las 52 semanas continuas de incapacidad temporal.

## REFERENCIAS

1. Manejo ambulatorio en Consulta Externa de Reumatología.

2. Manejo intrahospitalario en Servicios de Medicina Interna o en Unidad de Cuidados Intensivos según la gravedad del caso, con interconsulta de Reumatólogo.

## **EDUCACIÓN**

1. Educar al paciente acerca de la naturaleza de su enfermedad, su cronicidad y la importancia de tener un seguimiento adecuado para detectar a tiempo las complicaciones.
2. Informar al paciente sobre el tratamiento, probables efectos tóxicos de los medicamentos utilizados.
3. Informar al paciente sobre la importancia de evitar la exposición al sol para protegerse de los rayos ultravioleta.
4. En pacientes del sexo femenino informar acerca de las complicaciones potenciales en caso de embarazo.



## 7. ARTRITIS REUMATOIDE (CIE-10:M05)

### DEFINICIÓN

Es un desorden autoinmune de etiología desconocida, caracterizado por artritis erosiva simétrica y bilateral de articulaciones diartrodiales y en algunos casos compromiso extra articular.

### EPIDEMIOLOGÍA

Distribución mundial, etiología desconocida que afecta aproximadamente 1-1.2% de la población en general. Mas común en mujeres con una relación 3:1 y se presenta con mayor frecuencia entre la cuarta y sexta década de la vida.

### CLASIFICACIÓN

Forma de presentación:

1. Monoarticular.
2. Oligoarticular.
3. Poliarticular.

### CRITERIOS DE CLASIFICACIÓN

CRITERIO	DESCRIPCIÓN
Rigidez Matutina	Rigidez matutina en las articulaciones y alrededor de las mismas por lo menos una hora antes de la mejoría máxima.
Artritis de 3 o más articulaciones	Datos clínicos de inflamación observada por el medico.
Artritis en las manos	Al menos un área inflamada, en muñeca, Metacarpofalángicas o interfalángicas proximales.
Artritis simétrica	Afección simultánea de las mismas áreas articulares en ambos lados del cuerpo.
Nódulos reumatoides	Nódulos subcutáneos sobre las prominencias óseas, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares, observadas por un medico.
Factor Reumatoide	Detectado por un método en el que se encuentra positivo en menos de 5% de los controles normales.
Cambios radiológicos	Típicos en radiografías de manos y muñecas en proyección antero posterior (erosiones, osteopenia yuxtaarticular).



- Los cuatro criterios iniciales deben tener una duración mínima de 6 semanas.
- Se deben reunir al menos cuatro criterios para clasificar la enfermedad (sensibilidad 91.2%; especificidad 81.3%).

### **LABORATORIO:**

Los exámenes de laboratorio son complementarios para el diagnóstico, sin embargo ninguno de ellos es exclusivo para esta enfermedad. No existe ningún test único que confirme el diagnóstico.

1. Factor Reumatoide Positivo (presente hasta en el 75% de los pacientes).
2. Velocidad de Eritrosedimentación alta.
3. Proteína C Reactiva positiva.
4. Anticuerpo contra péptido citrulinado positivo (presentes hasta en el 70% de los pacientes).
5. Hemograma: Anemia Normocítica Normocrómica, leucocitosis y trombocitosis.

### **GABINETE:**

Radiografías: Manos AP-Oblicuas, pies AP y de otras regiones afectadas en forma simétrica, en proyecciones AP y lateral.

### **CRITERIOS DE INGRESO**

La artritis reumatoide generalmente es de manejo ambulatorio.

Ingreso sólo si se presenta:

1. Artritis Reumatoide muy activa: Inflamación articular aguda, severa y generalizada.
2. Morbilidad severa (que arriesgue la vida del paciente) por la Artritis Reumatoide, enfermedades asociadas y/o por efectos adversos de medicamentos.

### **TRATAMIENTO**

Las metas terapéuticas del tratamiento son:

1. Remisión de los síntomas.
2. Recuperación de la capacidad funcional.
3. Mantener la remisión con los fármacos modificadores de la enfermedad.

Idealmente todos los pacientes con Artritis Reumatoide deberían ser evaluados por Reumatólogos dentro de los tres primeros meses de inicio de la enfermedad.

Antes de iniciar un tratamiento, es importante la evaluación basal del paciente, ya que obligatoriamente debemos saber la capacidad funcional, el grado de actividad y severidad de la enfermedad.

## **1. FÁRMACOS QUE ALIVIAN LOS SÍNTOMAS:**

### **a. AINES:**

- Diclofenaco: 150 mg/día dividido en tres dosis.
- Indometacina: 75 a 200 mg/día dividido en tres dosis.
- Ibuprofeno: 400 mg a 2 gr./día, dividido en tres dosis.

### **b. GLUCOCORTICOIDES:**

- Prednisona a dosis bajas o moderadas: 5 a 30 mg/día.
- Prednisona a dosis altas fraccionadas: 50 a 100 mg/día ó 0.5 a 2 mg/kg/día (indicado en pacientes con complicaciones de Pleuritis, Pericarditis, Vasculitis, Uveitis)
- Uso de ESTEROIDES INTRAARTICULARES si fuera necesario (preferentemente a criterio de Médico Reumatólogo):
  1. Triamcinolona: 1 -2 cc + 1 cc de Xilocaina intraarticular.

## **2. FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME).**

### **a. ANTIMALÁRICOS:**

- Hidroxicloroquina: 400 mg/día, vía oral.
- Cloroquina: 250 mg/día, vía oral.

### **b. METOTREXATE: 7.5 – 25 mg una vez por semana, vía oral.**

- c. LEFLUNOMIDA: dosis de carga: 100 mg cada día durante 3 días, luego 20 mg cada día.
- d. SULFASALAZINA: 500 mg - 3 gr. cada día vía oral.
- e. AZATIOPRINA: 0.5 - 3 mg/Kg./día, vía oral.
- f. CICLOSPORINA: 2.5 - 5 mg/Kg./día, vía oral.
- g. CICLOFOSFAMIDA: 0.5 - 2.5 mg/kg./día, vía oral.

2. **AGENTES BIOLÓGICOS:** para la administración de estos medicamentos se deberá manejar como Caso Excepcional y enviar solicitud razonada, junto con el expediente clínico del paciente al Departamento de Farmacoterapia, donde será discutido el caso y aprobado si lo amerita, por el Comité Central de Farmacoterapia de la institución.

- a. INFLIXIMAB: 3 mg/kg./cada infusión IV, a la 0, 2 y 6 semanas, luego cada 8 semanas, total 8 infusiones anuales.
- b. ETANERCEPT: 25 mg subcutáneo 2 veces a la semana.
- c. RITUXIMAB: 500 mg - 1 gr. cada infusión # 2, con intervalo entre cada una de dos semanas; dosis posteriores dependerán de la evolución del paciente, reevaluando nueva dosis luego de la 40 semana.

Las dosis y el fármaco a utilizar de los grupos 2 y 3 se prescribirán por el Médico Reumatólogo.

3. **TRATAMIENTOS ORTOPÉDICOS:** Serán referidos por Reumatólogo cuando el caso lo amerite.

4. **MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN** Temprana y oportuna.

## **EVOLUCIÓN:**

Si bien no es una enfermedad mortal, si debe ser considerada una enfermedad de gravedad, que compromete la calidad de vida del individuo y la vida misma.

Su evolución es diferente en cada individuo y aun en un mismo individuo durante el curso de la enfermedad.

Muchos pacientes son incapaces de trabajar después de los 10 años de evolución de la enfermedad y arriba de un 80% de las personas se encuentran incapacitadas después de 20 años de evolución.

### **CRITERIOS DE EGRESO**

De acuerdo a cada caso.

### **INCAPACIDAD**

1. Incapacidad temporal durante los períodos de actividad de la enfermedad, de acuerdo al criterio clínico.
2. Incapacidad permanente en los casos de daño crónico a órganos como riñón, pulmón, Sistema Nervioso Central para lo cual el paciente deberá ser referido a la Oficina Coordinadora de Evaluación de Invalideces (OCEI) del ISSS antes de las 52 semanas continuas de incapacidad temporal.

### **REFERENCIAS**

Todo paciente con sospecha de Artritis Reumatoide deberá ser referido a la Consulta Externa de Reumatología lo más pronto posible.

### **EDUCACIÓN**

La Artritis Reumatoide no se puede curar, pero se puede tratar por medio de medicamentos y cuidado personal.

1. Haga ejercicios regularmente (consulte con su medico o fisiatra).
2. Mantenga una actitud positiva.
3. Buena disposición para colaborar en su tratamiento, forme parte activa.
4. Adecuada postura.
5. Aprenda a relajarse y descansar.
6. Controle su peso.
7. No sobrecargue sus articulaciones.
8. Aplique calor o frío en sus articulaciones.

## 8. SÍNDROME DE SJÖGREN (CIE-10:M35.0)

### DEFINICIÓN:

- Es una enfermedad autoinmune inflamatoria crónica, de carácter lento y progresivo, que afecta en la gran mayoría de los casos las glándulas exócrinas.
- Existe un infiltrado linfoplasmocitario inflamatorio que reemplaza el epitelio normal y lleva a una disminución en la secreción exócrina de la glándula (exocrinopatía).

Los principales auto anticuerpos que caracterizan la enfermedad son: Anti SSA (Ro) y anti SSB (La).

### EPIDEMIOLOGÍA

Es una enfermedad que puede ocurrir en pacientes de todas las edades, pero afecta principalmente mujeres en la cuarta y quinta década de la vida, con una proporción Hombre: Mujer de 1:9.

La prevalencia de la enfermedad en la población en general es desconocida. Aproximadamente un 30% de los pacientes con Artritis Reumatoidea y Esclerodermia tienen evidencia histológica de Síndrome de Sjögren.

### CLASIFICACIÓN

La enfermedad se puede clasificar en dos:

1. Síndrome de Sjögren primario (SSP).
2. Síndrome de Sjögren secundario (SSS).

La diferencia radica en si está o no asociado a otra enfermedad reumatológica.

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

Se considera que una persona tiene SSP si cumple al menos 4 de los 6 siguientes criterios. En el caso que sospechemos SSS, debe cumplir los criterios 1 ó 2, y 2 de los criterios del 3 al 5:

## **1. SÍNTOMAS OCULARES:**

Una respuesta positiva a alguna de las siguientes preguntas:

- a. ¿Usted ha tenido algún problema de sequedad ocular persistente, por un periodo de 3 meses o más?
- b. ¿Usted tiene la sensación persistente de arena o basura en el ojo?
- c. ¿ha utilizado sustitutos de lágrimas más de 3 veces al día?

## **2. SÍNTOMAS ORALES:**

Una respuesta positiva a alguna de las siguientes preguntas:

- a. ¿Usted ha tenido la sensación de sequedad bucal por un periodo de 3 meses o más?
- b. ¿Ha tenido crecimiento recurrente o persistente de glándulas salivales?
- c. ¿Usted utiliza frecuentemente agua para deglutir los alimentos?

## **3. COMPROMISO OCULAR:**

Evidencia objetiva de compromiso ocular definido como una prueba positiva en alguno de los siguientes dos test:

- a. Test de Schirmer positivo (menor o igual a 5 mm. en 5 minutos).
- b. Score de Rosa de Bengala (mayor o igual a 4 según el Score de Bijsterveld).

## **4. COMPROMISO DE GLÁNDULAS SALIVALES:**

Evidencia objetiva de compromiso de glándula salival definido como un resultado positivo en alguno de los siguientes tres test:

- a. Scintigrafía salival.
- b. Sialografía parotídea.
- c. Producción saliva disminuida (menor o igual a 1.5 ml. en 15 minutos)

## **5. HISTOPATOLOGÍA:**

- a. Un Focus Score mayor o igual que 1 en una biopsia de glándula salival menor (un Focus es definido como un aglomerado de al menos 50 células inflamatorias mononucleares en un área de 4 mm<sup>2</sup> de tejido glandular).

## **6. AUTOANTICUERPOS:**

- a. Presencia en el suero de Anticuerpos anti Ro (SSA), anti La (SSB) o ambos.

Se considera criterios de exclusión: SIDA, linfoma, Sarcoidosis, Sialoadenosis, enfermedad injerto contra huésped, el uso de antidepresivos, antihipertensivos o neurolépticos o drogas parasimpaticolíticas.

Además, es importante mencionar que este padecimiento puede cursar con manifestaciones extraglandulares entre las que podemos mencionar: Vasculitis, Neumonitis, Alteraciones Hematológicas (Leucopenia, Anemia, Trombocitopenia), Alteraciones de Pruebas Hepáticas, etc.

## **CRITERIOS DE INGRESO**

1. Pacientes con manifestaciones glandulares o extraglandulares que ponga en riesgo la vida del paciente.
2. Pacientes con largo tiempo de evolución de su enfermedad en los que se sospeche malignidad.
3. Elevación importante de las pruebas de función hepática asociadas a la enfermedad y en ausencia de un factor desencadenante evidente.
4. Parálisis muscular hipokalémica asociada a acidosis tubular renal distal secundaria a la enfermedad.
5. Episodios de vasculitis importantes.
6. Cuadros de neumonitis intersticial.
7. Alteraciones hematológicas severas.

## **TRATAMIENTO**

1. Educación del paciente e higiene bucal.
2. Sustitutos de lagrimas y/ o saliva artificial.

3. Estimuladores de la producción de lagrimas y saliva (pilocarpina, cevimelina, etc.).
4. AINES, esteroides o algunos inmunosupresores dependiendo de los síntomas del paciente y según evaluación del reumatólogo tratante.

## **EVOLUCIÓN**

Ya que es una enfermedad incurable su progreso es crónico, las complicaciones están relacionados con la destrucción de las glándulas y la sequedad de las mucosas.

Existen estudios que demuestran un incremento del riesgo de desarrollar un Linfoma no Hodking, hasta de 44 veces mas, comparado con la población en general.

## **CRITERIOS DE EGRESO**

Evolución satisfactoria del problema que ocasiono el ingreso y condición estable del paciente.

## **INCAPACIDAD**

Dependiendo del problema que ocasiono el ingreso y la estancia hospitalaria del paciente.

## **REFERENCIAS**

Obligadamente todo paciente que padezca la enfermedad tiene que estar en control con Reumatólogo quien se apoyará con Oftalmólogo y Odontólogo, cuando el caso lo amerite.

## **EDUCACIÓN**

1. Conocimiento total de su enfermedad.
2. Reconocer signos de alarma de su padecimiento.
3. Adecuada higiene bucal.
4. Identificar infecciones coexistentes.
5. Cumplimiento rutinario y periódico de sus medicamentos.



## 9. GOTA E HIPERURICEMIA

(CIE-10: M10)

### DEFINICIÓN:

Es una enfermedad debida a la formación y deposito de cristales de urato monosódico (UMS) en estructuras intraarticulares. La formación de cristales requiere generalmente niveles elevados de ácido úrico en suero y es reversible. Se caracteriza por episodios de artritis aguda y recurrente, en ocasiones puede haber depósitos extra articulares de ácido úrico llamados tofos.

### EPIDEMIOLOGÍA

El 90% de los pacientes con gota primaria son hombres. El pico de edad para el primer ataque de gota es durante la quinta década.

La enfermedad es rara antes de los treinta años. La artritis gotosa rara vez aparece en mujeres antes de la menopausia. En edades avanzadas, el uso de diuréticos es una causa común de hiperuricemia y gota en ambos sexos.

### CLASIFICACIÓN

#### 1. CLASIFICACIÓN DE LA HIPERURICEMIA:

- a. Producción elevada de ácido úrico
- b. Excreción disminuida de ácido úrico
- c. Aumento de la producción y disminución de la excreción

#### 2. CLASIFICACIÓN DE LA GOTA:

##### a. GOTA PRIMARIA:

La hiperuricemia es el resultado de una alteración del metabolismo de las purinas o de una excreción anormal de ácido úrico. La mayoría de pacientes caen dentro de una categoría idiopática. Aproximadamente en el 1% de estos pacientes puede identificarse algún defecto genético o metabólico específico.

##### b. GOTA SECUNDARIA:

Constituye aproximadamente el 10% de todos los casos de gota. Puede ser el resultado de una variedad de enfermedades que producen

hiperuricemia como resultado de sobreproducción o de excreción alterada de ácido úrico.

### FORMAS CLÍNICAS:

1. **Hiperuricemia Asintomática:** se define arbitrariamente como personas asintomáticas con niveles elevados de ácido úrico. Se presenta en aproximadamente en 2.5% de la población. La mayoría de los pacientes están asintomáticos y no desarrollan enfermedad renal o articular.
2. **Gota Aguda:** episodio de inflamación articular aguda, clásicamente se presenta como una monoartritis (aproximadamente 70%), sin embargo un significativo número de pacientes presenta cuadro de poliartritis. Hay signos inflamatorios en el área articular, frecuentemente con eritema, algunos pacientes experimentan escalofríos y fiebre con la presentación aguda. Son factores predisponentes de un ataque agudo, el uso de diuréticos, cirugía reciente, abuso de alcohol, enfermedad renal crónica, reducción rápida de peso e infección.
3. **Gota intercrítica:** Caracterizada por periodos asintomáticos entre los ataques agudos de gota. Algunos pacientes nunca experimentan un segundo ataque. En el 75-80% aparece un segundo ataque entre 6 meses y 2 años.
4. **Gota Crónica:** Episodios recurrentes de oligoartritis o poliartritis, deformidad articular, tofos o urolitiasis.
5. **Gota con situaciones especiales:** Por ejemplo pacientes con gota y sangrado de tubo digestivo, con insuficiencia renal, con infecciones concomitantes, gota asociada otras enfermedades reumáticas.

### CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

#### MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

La gota puede presentarse como artritis monoarticular, las articulaciones más frecuentes son la 1ª Metarsofalángica y puede ser también oligo y poliarticular, durante la fase aguda puede acompañarse de febrículas y en la fase crónica pueden presentarse tofos en codos, rodillas pabellón auricular y en áreas tendinosas (tendón de Aquiles).

## **LABORATORIO:**

1. La identificación de los cristales de urato monosódico en el líquido articular (sinovial) o en una muestra de un tofo es patognomónico de gota y permite un diagnóstico preciso de la enfermedad.
2. Otros datos de laboratorio que ayudan a fundamentar el diagnóstico son:
  - a. Niveles séricos elevados de Acido úrico.
  - b. Acido úrico en orina de 24 horas.
3. Reactantes de fase aguda elevados:
  - a. Eritrosedimentación.
  - b. Proteína C reactiva.
  - c. Leucocitosis con neutrofilia.

## **GABINETE:**

En gota crónica, en una radiografía simple de la zona afectada pueden observarse erosiones en bordes sobrecolgantes y quistes o geodas con desplazamiento de la cortical.

## **CRITERIOS DE INGRESO**

1. Cuadros agudos de artritis acompañados de fiebre en los que se sospeche infección concomitante.
2. Cuadros de poliartritis gotosa refractaria a tratamiento medico habitual y que va ha requerir tratamiento parenteral (por ej.: esteroides intravenosos).

## **TRATAMIENTO**

### **1. HIPERURUCEMIA ASINTOMÁTICA:**

El tratamiento de la Hiperuricemia asintomática es un tema de controversia, no hay evidencia importante de que ésta de lugar a enfermedad articular y renal crónica, los factores en la evaluación de un paciente que podrían conducir a considerar el tratamiento individualizado para descender el nivel de acido úrico, incluyen una historia familiar de litiasis renal y el grado de hiperuricemia. Los pacientes con elevaciones repetidas de acido úrico arriba de 10 mg./dl., tienen un riesgo aumentado para el desarrollo de gota o urolitiasis, entonces el tratamiento puede estar aconsejado. No hay un protocolo de tratamiento establecido para grados

menores de hiperuricemia, debido a que el costo y la toxicidad posible del tratamiento a largo plazo van en contra de su uso rutinario.

- a. ALOPURINOL, 300 a 600 mg. al día y disminución de la dosis en casos de Insuficiencia Renal.

## **2. ATAQUE AGUDO DE GOTA:**

- a. Reposo articular
- b. Aplicación de frío local.
- c. Uso de antiinflamatorios:

- AINES:

- ◆ INDOMETACINA: 50 mg V.O. cada 8 horas por 3 a 5 días, luego 25mg V.O. cada 8 horas hasta que el paciente este asintomático, como tratamiento de elección, o
- ◆ DICLOFENAC: 50mg V. O. cada 8 horas.

El uso de cualquier otro AINE esta indicado a dosis adecuadas, hasta la resolución de los síntomas, siempre que no exista contraindicación para su uso (niveles de creatinina elevados, ulcera gástrica o duodenal, asma o uso de anticoagulantes). Debe evitarse el empleo de acido acetilsalicílico por su efecto hiperuricemiante a dosis bajas y uricosúrico a dosis altas. La duración del tratamiento con AINES dependerá de la evolución clínica del paciente.

- ◆ COLCHICINA: 0.5 a 1 mg V.O. cada 1 ó 2 horas hasta disminuir los síntomas o que aparezcan efectos adversos (gastrointestinales) o alcanzar dosis máxima de 6 mg. en 24 horas, el primer día; luego se disminuye a dosis de mantenimiento de 0.5 a 1.0 mg/día, vía oral hasta la resolución de los síntomas.
- ◆ ESTEROIDES: útiles especialmente en pacientes con contraindicación para uso de AINE, siempre en ausencia de infección activa. Pueden administrarse por vía oral, parenteral e intraarticular:

- ◆ PREDNISONA: 10 a 30 mg V.O. cada día con reducción en 7 a 10 días. **La administración de esteroides intraarticular exige un diagnostico de gota con certeza, ausencia de infección local o a distancia y pericia en la técnica;** puede usarse cualquier esteroide de uso intraarticular disponible.
- d. HORMONA CORTICOTROPA (ACTH): si esta disponible se usa a 40-80 UI por vía I.M. cada 8 horas con reducción posterior cada 12-24 horas ó 40 UI. en dosis única hasta resolver el ataque.

**NOTA:** No debe usarse Alopurinol u otro hipouricemiente durante el episodio agudo de gota, debido a que la reducción del nivel sérico de ácido úrico puede asociarse con la prolongación del ataque.

### 3. PROFILAXIS DE LOS ATAQUES:

- a. COLCHICINA: Dosis de 0.5 a 1 mg V.O. cada día. Deberá evitarse en pacientes con disfunción hepática y/o renal grave, o con enfermedades que cursen con depresión de medula ósea. Ante contraindicaciones los expertos recomiendan emplear AINES en dosis bajas o una alternativa a la Colchicina y los AINES es usar esteroides en dosis bajas (prescripción por reumatólogo).

### 4. TRATAMIENTO DE GOTA INTERCRÍTICA:

- a. COLCHICINA: Dosis de 0.5 a 1 mg V.O. cada día.
- b. ALOPURINOL, 150 - 900 mg/día, dosis escalonadas según valores de Ácido Úrico y disminución de la dosis en casos de Insuficiencia Renal. El tratamiento con este medicamento deberá ser de por vida.

### 5. TRATAMIENTO DE LA GOTA CRÓNICA:

Colchicina y Alopurinol en dosis recomendadas y el tratamiento según lo establecido de los episodios agudos.

## EVOLUCIÓN

El pronóstico y evolución de la gota adecuadamente manejada es excelente, y la mayoría de pacientes tienen una esperanza de vida normal. La artritis deformante crónica y la periartrosis pueden aparecer en los casos no tratados de larga duración, provocando grados variables de limitación funcional.

## **CRITERIOS DE EGRESO**

Se indicara el alta hospitalaria cuando el cuadro agudo articular este controlado sintomáticamente y cuando se ha descartado infección en aquellos casos que lo ameritan.

Los exámenes para el control y seguimiento de un paciente, consistirán en niveles séricos de ácido úrico en sangre, bioquímica con pruebas de función renal, depuraciones de creatinina y ácido úrico en orina de 24 horas.

## **INCAPACIDAD**

La gota puede generar incapacidades en los periodos de brotes articulares intensos, o asociados a fiebre por sospecha de infección o que no responden al tratamiento farmacológico convencional.

## **REFERENCIAS**

La hiperuricemia asintomática puede ser manejada en primer y segundo nivel y referir a Reumatología a pacientes con:

1. Niveles persistentes de ácido úrico mayores de 10 mg/dl. a pesar de tratamiento adecuado.
2. Pacientes con enfermedades asociadas.

En estos casos la gota preferentemente deberá ser tratada por medico reumatólogo.

## **EDUCACIÓN**

Es importante que el paciente se de cuenta que la gota es una enfermedad crónica y que ciertas modificaciones en el estilo de vida son beneficiosas para su control:

1. Evitar el sobrepeso u obesidad.
2. Evitar el consumo de alcohol.
3. Evitar fármacos que producen hiperuricemia.
4. Dieta restringida en purinas (carne, mariscos, vísceras, etc.).
5. Ingestión de al menos 2 litros de agua al día.

## **10. ESPONDILOARTROPATÍAS SERONEGATIVAS** **(CIE-10:M00-M99)**

### **DEFINICIÓN:**

El término Espondiloartropatías es utilizado para referirse a un espectro de enfermedades que presentan manifestaciones clínicas parecidas y que tienen predilección por inflamación del esqueleto axial (columna vertebral y/o articulaciones sacro ilíacas), artritis periférica asimétrica, entesitis, lesiones genitales y/o en la piel, inflamación ocular, intestinal o proceso infeccioso asociado (reciente o actual) y fuerte asociación con HLA-B27.

La familia de las Espondiloartropatías consta de las siguientes entidades:

1. Espondiloartropatía Indiferenciada.
2. Espondilitis Anquilosante.
3. Artritis Reactivas.
4. Síndrome de Reiter.
5. Artritis Psoriática.
6. Artropatía asociada a enfermedad inflamatoria intestinal (Crohn´s o Colitis Ulcerativa).
7. Espondilitis Anquilosante de Inicio Juvenil.

### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

#### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS PARA ESPONDILOARTROPATÍAS (Grupo de Estudio Europeo):**

1. Dolor de espalda de tipo inflamatorio que cumpla con cuatro de los siguientes criterios:
  - a. Inicio del dolor antes de los 40 años de edad.
  - b. Inicio insidioso.
  - c. Persistente por al menos tres meses.
  - d. Asociado a rigidez matutina.
  - e. Mejoría con el ejercicio.
2. Si el paciente cumple con uno o dos de los criterios anteriores, se evaluarán si uno o más de los siguientes criterios está presente:

- a. Historia Familiar positiva.
- b. Psoriasis.
- c. Enfermedad inflamatoria intestinal.
- d. Uretritis, cervicitis, o diarrea aguda al menos un mes antes de la artritis.
- e. Dolor a nivel de articulaciones sacro ilíacas (glúteos) que puede ser alternante.
- f. Entesopatías.
- g. Sacroilitis.

Se realiza el diagnóstico con uno o dos criterios del Item 1, mas uno de los criterios del item 2.

A continuación se presentan las guías de manejo de dos de las entidades clínicas de este grupo de patologías:

## **A - ARTRITIS REACTIVAS**

**(CIE-10:M02)**

### **DEFINICIÓN:**

Una forma de artritis que se desarrolla de una a cuatro semanas posterior a una infección clínica o subclínica a nivel genito-urinaria o gastrointestinal; se manifiesta por oligoartritis asimétrica de grandes o pequeñas articulaciones, preferentemente de extremidades inferiores y en la que pueden detectarse a nivel sinovial antígenos microbianos, material genético de microorganismos o formas viables no replicativas de éstos.

### **EPIDEMIOLOGÍA**

Se dispone de pocos estudios sobre la frecuencia, incidencia y prevalencia de las artritis reactivas.

Generalmente se asocia a infecciones por microorganismos como: Clamidia, Yersinia, Salmonella, Shigella y Campilobacter.

Es más frecuente en hombres jóvenes entre los 20 a 40 años de edad. Aunque actualmente en algunas series no se reportan diferencias con respecto al sexo.





## **CLASIFICACIÓN**

No existe un esquema oficial de clasificación.

En algunos artículos se puede observar separación en dos grandes grupos:

1. Artritis de etiología reconocida que a su vez se subdivide en urogenital y gastrointestinal.
2. Artritis de individualidad discutible como algunos cuadros articulares post estreptocócicos, artritis reactiva gonocócica, meningocócica y por brucelosis.

## **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS**

### **CLÍNICOS:**

1. Compromiso inflamatorio oligoarticular, de distribución asimétrica, que afecta de preferencia las extremidades inferiores.
2. Sinovitis posterior a infección por Clamydia, Yersinia, Salmonella, Shigella o Campylobacter, en un intervalo no mayor de 6 semanas, principalmente si hubieron episodios de disentería o de Uretritis.
3. Líquido sinovial bacteriológicamente estéril.
4. Ausencia de nódulos subcutáneos.
5. Frecuente compromiso axial, afectando articulaciones sacro ilíacas y/o columna vertebral.
6. Frecuente inflamación de vainas y tendones o sitios de inserción de tendones (entesitis).
7. Compromiso extrarticular, afectando especialmente la piel, mucosas, ojos, corazón.
8. Resolución habitual dentro de pocas semanas o algunos meses, aunque 10 a 20% de los casos persisten sintomáticos luego de un año de evolución.
9. Evolución en brotes en 20 a 40% de los casos.
10. Predisposición genética.

## **LABORATORIO:**

1. Factor reumatoide negativo.
2. Líquido sinovial estéril (Gram, Cultivo, recuento celular, búsqueda de cristales).
3. Presencia de HLA B-27 positivo.
4. otros estudios:
  - a. Estudio bacteriológico (coprocultivo, cultivo secreción uretral, frotis faríngeo, urocultivo, hemocultivo).
  - b. Detección de antígeno para Chlamidia Trachomatis (raspado endocervical en mujeres y endouretral en hombres).

## **GABINETE:**

1. Ultrasonografía de tejidos blandos (tendones).
2. Centellografía ósea de la región afectada.
3. Resonancia magnética nuclear.

## **CRITERIOS DE INGRESO**

Para establecer diagnóstico y tratamiento inicial de las manifestaciones clínicas.

## **TRATAMIENTO**

El tratamiento debe ser individualizado de acuerdo a la intensidad del cuadro clínico, los objetivos son:

- Manejo del dolor.
- Inducción a la remisión.
- Evitar secuelas.

### 1. AINES:

- a. INDOMETACINA, 75 a 200 mg/día dividida en tres dosis.
- b. DICLOFENACO, 150 mg/día dividida en tres dosis.

Si los AINES demuestran ser eficaces, es necesario mantenerlos, habitualmente por algunas semanas, antes de un retiro gradual, bajo vigilancia clínica.

2. INFILTRACIÓN INTRALESIONAL CON ESTEROIDES según criterio de medico reumatólogo, descartando previamente proceso infeccioso u otra contraindicación.
3. Si con lo anterior no se logra un buen control de la enfermedad, es recomendable usar PREDNISONA oral en dosis de 40 mg/día, con reducción gradual de la dosis según evolución clínica.
4. Si después de un período de 4 a 8 semanas no es posible el retiro de la prednisona o se requieren altas dosis de antiinflamatorios no esteroidales, puede ser necesario usar DROGAS MODIFICADORAS DE LA ENFERMEDAD; sin embargo, existen pocos ensayos que demuestren objetivamente su utilidad:
  - a. SULFASALAZINA 2 o 3 gramos al día.
  - b. METOTREXATO 7.5mg/semana (según respuesta).
  - c. AZATIOPRINA 50-75mg/día.

Los medicamentos y dosis a utilizar dependerán de la condición clínica del paciente y del criterio del medico reumatólogo.

5. Tratamiento antibiótico, en la actualidad se puede afirmar que su uso se justifica más por evitar contagios que por la verdadera eficacia en controlar la artritis. Existe cierta evidencia de su utilidad en casos de artritis inducidas por infección debida a Chlamidia Trachomatis, pero no en las asociadas a gérmenes entéricos.

## **EVOLUCIÓN:**

1. Pronostico favorable, la mayoría de pacientes recupera totalmente su función y es capaz de retornar a sus actividades regulares y la gravedad inicial no significa por sí misma un mal pronóstico.
2. Entre un 5 a 18% de los casos persisten clínicamente activos al cabo de un año de la crisis inicial. La tasa de recurrencias varía entre 15 a 20% en el caso de infecciones enterales, pero llega a casi el 50% en las infecciones sexualmente adquiridas, lo que posiblemente esté condicionado por promiscuidad sexual.
3. La tasa de recurrencias, sin embargo, también depende de la presencia de HLA B27, que determina mayor riesgo de manifestación extraarticular.

## **CRITERIOS DE EGRESO**

Según evolución y causa de ingreso.

## **INCAPACIDAD**

De acuerdo a estado clínico del paciente.

## **REFERENCIAS**

Manejo por reumatólogo con apoyo de fisioterapia para rehabilitación precoz.

## **EDUCACIÓN**

1. No debe omitirse instruir al paciente acerca de la naturaleza de su enfermedad, a fin de que evite las recurrencias infecciosas. Esto incluye medidas de tipo higiénico-dietéticas y las destinadas a evitar la adquisición en enfermedades de transmisión sexual.
2. Es aconsejable el reposo articular durante el periodo de actividad.
3. Debe tenerse presente evitar posturas inadecuadas en la fijación de las articulaciones, por las potenciales secuelas.
4. El uso de compresas frías puede mitigar el dolor.

## **B- ESPONDILITIS ANQUILOSANTE**

**(CIE-10:M45)**

### **DEFINICIÓN:**

Es una enfermedad reumática inflamatoria de evolución crónica que afecta en forma predominante el esqueleto axial, pelvis, columna vertebral y tórax. Las articulaciones sacro iliacas se afectan de manera constante y característica. También puede afectar a las articulaciones periféricas y dar manifestaciones extra articulares. Una característica distintiva de la enfermedad es la tendencia a la fibrosis y osificación secundaria con anquilosis de las articulaciones afectadas.

### **EPIDEMIOLOGÍA**

Los varones se afectan con mayor frecuencia que las mujeres, en proporción de 3-4:1, la edad en que se presenta con mayor frecuencia es entre los 15 y 40 años de

edad. Su prevalencia varía en función de la frecuencia del antígeno HLA-B27 en la población analizada. Una historia familiar positiva puede encontrarse en 15 a 20% de los casos. En un familiar HLA-B27 positivo el riesgo de desarrollar Espondilitis Anquilosante (EA) es del 20%.

Existe un leve aumento en la tasa de mortalidad que esta determinado por complicaciones propias de la enfermedad (neurológicas, insuficiencia aórtica) y especialmente amiloidosis renal secundaria, a esta última pueden atribuirse un 13% de las muertes.

Los casos con inicio de los síntomas antes de los 16 años y artritis periférica, en especial de la cadera, tienen peor pronóstico, con importantes grados de discapacidad e invalidez, sobretodo en edades importantes de actividad laboral.

## **CLASIFICACIÓN**

1. Espondilitis anquilosante clásica.
2. Espondilitis Anquilosante Juvenil.
3. Espondilitis Anquilosante femenina.
4. Espondilitis de inicio tardío.
5. Espondilitis Anquilosante B27 Negativa.
6. Espondilitis Anquilosante Asociada o Secundaria.

## **MANIFESTACIONES CLÍNICA:**

La espondilitis clásica se presenta con dolor axial tipo inflamatorio, con patrón nocturno de dolor. En ocasiones se presenta con dolor torácico y rigidez de columna torácica. Además puede haber artritis periférica especialmente de grandes articulaciones proximales (caderas y hombros), acompañadas de importante discapacidad. Formas variables de entesopatía y talalgia.

## **MANIFESTACIONES EXTRA ARTICULARES:**

1. Uveítis, 25-40% de los pacientes experimentan episodios de iritis aguda.
2. Enfermedad Pulmonar: Fibrosis Pulmonar Apical, alteraciones restrictivas.
3. Cardiopatías, insuficiencia valvular.

4. Neuropatías.
5. Enfermedad Intestinal.
6. Nefropatía.
7. Osteoporosis.
8. Amiloidosis Secundaria.

### **CRITERIOS DIAGNÓSTICOS:**

(Los utilizados en la actualidad son los de New York, modificados en 1984.)

### **CLÍNICOS:**

1. Dolor lumbar y rigidez de más de 3 meses de duración que mejora con ejercicio y no se alivia en reposo.
2. Limitación de movilidad de columna lumbar en ambos planos, frontal y sagital.
3. Limitación de expansión torácica corregido por edad y sexo.
4. Sacroilitis bilateral grado II o superior o unilateral grado III y IV.

### **LABORATORIO:**

1. El HLA-B27 esta presente en 95% de pacientes de raza blanca con EA.
2. Eritrosedimentación esta elevada en muchos casos pero no correlaciona bien con actividad de enfermedad.
3. En el hemograma puede haber anemia, leucocitos normales.
4. Proteína C reactiva elevada.
5. El factor reumatoide es **negativo**.
6. El liquido articular es inflamatorio con pleocitosis variable y predominio de polimorfonucleares.

### **GABINETE:**

1. La lesión radiológica mas precoz y característica es la sacroilitis, típicamente bilateral y simétrica, puede ser unilateral, en caso de dudas es de utilidad el TAC o RMN, esta ultima al utilizar medio de contraste

(gadolinio) puede dar información sobre el grado de inflamación sacroilíaca o vertebral, al detectar edema óseo.

2. En la columna vertebral la lesión inicial característica es la erosión de los extremos anteriores de las plataformas vertebrales por entesitis en la zona de inserción del anillo fibroso discal (Signo de Romanus). La periostitis del cuerpo vertebral conduce a la cuadratura (squaring). Con la osificación progresiva aparecen sindesmofitos, en fases avanzadas estos se aprecian a lo largo de toda la columna adoptando un contorno ondulado (columna salomónica o en caña de bambú).
3. En articulaciones periféricas suele diferir de la artritis reumatoide. Puede haber osificación secundaria a inflamación en uniones ligamento-hueso (ligamento sacrotuberoso y sacroespinal, trocánter mayor del fémur, etc.).

Se considera EA definida si el criterio radiológico se asocia como mínimo a uno de los criterios clínicos. Se considera EA probable cuando existen los tres criterios clínicos o bien el criterio radiológico sin criterios clínicos siempre excluyendo otras causas de sacroilitis.

### **CRITERIOS DE INGRESO**

1. Episodios de dolor axial incapacitantes que no cedan a tratamiento antiinflamatorio convencional.
2. Cuadro de artritis periférica poliarticular intensa, sobre todo afectación de caderas.
3. Sospecha de infección severa.
4. Espondilitis anquilosante con manifestaciones extra articulares y/o complicaciones.
5. Para aplicación de tratamientos especiales (terapia biológica).

### **TRATAMIENTO**

Los objetivos del manejo en la EA son controlar el dolor, mantener la máxima movilidad, prevenir anquilosis y deformidades, y en definitiva mantener al paciente con una buena capacidad y calidad de vida.

1. AINES:

a. INDOMETACINA 75 a 200 mg./día V.O. dosis dividida cada 6 - 8 horas, ó

b. DICLOFENAC 50 a 150 mg./día dosis dividida cada 8 h.

2. SULFASALAZINA: 2-3 gr. v.o. al día.

3. METOTREXATE: 7.5 hasta 20 mg. v.o. 1v/semana, puede ser útil sobre todo en la enfermedad periférica.

4. AGENTES BIOLÓGICOS: para la administración de estos medicamentos se deberá manejar como Caso Excepcional y enviar solicitud razonada, junto con el expediente clínico del paciente al Departamento de Farmacoterapia, donde será discutido el caso y aprobado si lo amerita, por el Comité Central de Farmacoterapia de la institución.

Han demostrado ser altamente eficaces en el tratamiento de la EA resistente a la terapia con AINE u otros inmunosupresores, y se ha constituido en el principal avance terapéutico actual, su uso debe ser estrictamente bajo prescripción y supervisión de especialista reumatólogo y según protocolos respectivos.

a. INFLIXIMAB: 5 mg/kg./por infusión IV, cada 6 semanas, a 8 semanas.

b. ETANERCEPT: 25 mg subcutáneo 2 veces a la semana.

Ambos tratamientos se mantendrán de forma indefinida según evolución del paciente.

5. ESTEROIDES: Los esteroides sistémicos no deben utilizarse salvo circunstancias excepcionales y específicas, ejemplo: brote articular periférico grave. Las infiltraciones locales pueden ser útiles en caso de artritis o entesitis persistente.

6. OTRAS MEDIDAS: Fisioterapia, ejercicio físico (ejemplo: natación).

7. CIRUGÍA: Reservada habitualmente para pacientes con enfermedad avanzada, especialmente el uso de Artroplastía (cadera).

8. MANEJO ESPECÍFICO DE LAS MANIFESTACIONES EXTRAARTICULARES.



## **EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO:**

El curso clínico e historia natural es variable, en algunos pacientes la enfermedad es progresiva e implacable, de forma mas o menos rápida lleva a la anquilosis; en otros la anquilosis ósea puede desarrollarse gradualmente con escaso dolor o molestias; en otros, aun la afectación puede limitarse solo a una sacroileitis leve y nunca progresan a enfermedad anquilosante. La enfermedad suele cursar con exacerbaciones y remisiones espontáneas. Aunque la EA no es curable el tratamiento permite llevar una vida relativamente normal y activa con ajustes menores en el estilo de vida. La enfermedad incapacitante se desarrolla en menos del 10%. La curva de supervivencia en algunos estudios se aproxima a la de la población general.

## **CRITERIOS DE EGRESO**

Al lograr el control adecuado de los síntomas, mejorar o controlar las complicaciones o manifestaciones extra articulares graves.

## **INCAPACIDAD**

Esta enfermedad amerita incapacidad temporal durante los periodos de mayor actividad o brotes de artritis intensa que varía dependiendo de la gravedad e intensidad de los mismos.

En la medida que la enfermedad avanza y provoca limitación funcional puede ser motivo para otorgar incapacidad laboral permanente, para lo cual el paciente deberá ser referido a la Oficina Coordinadora de Evaluación de Invalideces (OCEI) del ISSS antes de las 52 semanas continuas de incapacidad temporal.

## **REFERENCIAS**

La EA es un tipo de enfermedad inflamatoria que debe ser manejada en tercer nivel por medico reumatólogo, con apoyo de otras especialidades según condición del paciente (fisiatría, psiquiatría, gastroenterología y otras).

## **EDUCACIÓN**

Se debe brindar al paciente los conocimientos fundamentales y básicos sobre la enfermedad, tratamientos, evolución y pronostico adecuados.

## **11. VASCULITIS**

### **(CIE-10: M30 – M31)**

#### **DEFINICIÓN:**

La vasculitis es un proceso clínico patológico caracterizado por inflamación y necrosis de los vasos sanguíneos, que provoca isquemia distal a la lesión en los órganos y territorios irrigados por estos vasos. Puede afectar vasos de cualquier calibre: capilares, vénulas y arteriolas; así como arterias musculares de pequeño, mediano y gran calibre.

#### **CLASIFICACIÓN**

No existe la clasificación ideal, sin embargo las más aceptadas se basan en:

1. El tamaño del vaso lesionado.
2. Etiológica:
  - a. Primaria.
    - Vasculitis de grandes vasos (aorta y sus ramas principales):
      - ◆ Arteritis de células gigantes.
      - ◆ Arteritis de Takayasu.
    - Vasculitis de vasos de mediano calibre (arterias viscerales principales):
      - ◆ Poliarteritis nodosa clásica (Enfermedad asociada a ANCA).
      - ◆ Enfermedad de Kawasaki.
    - Vasculitis de vasos pequeños (vénulas, capilares y arteriolas):
      - ◆ Asociadas con anticuerpos anticitoplasma de neutrófilo (ANCA):
        - a. Granulomatosis de Wegener.
        - b. Síndrome de Churg – Strauss.
        - c. Poliangeitis microscópica.
      - ◆ Vasculitis cutánea leucocitoclástica.
      - ◆ Púrpura de Schönlein – Henoch.

- ◆ Crioglobulinemia mixta esencial.
- Otras vasculitis:
  - ◆ Tromboangeitis obliterante (Enfermedad de Buerger).
  - ◆ Enfermedad de Cogan.
  - ◆ Vasculitis aisladas del Sistema Nervioso Central.
  - ◆ Enfermedad de Behcet.

b. Secundaria.

- Arterias de gran calibre:
  - ◆ Aortitis asociada a Artritis Reumatoide e Infecciones (Tuberculosis y Sífilis).
- Arterias de mediano calibre:
  - ◆ Poliarteritis asociada a virus de Hepatitis B.
- Vasos de pequeño calibre y arterias de mediano calibre:
  - ◆ Asociadas a LES, Artritis Reumatoide y Síndrome de Sjögren.
  - ◆ Asociadas a infecciones (VIH).
- Vasos de pequeño calibre:
  - ◆ Asociada a fármacos: Sulfas, Penicilinas y Tiazidas.
  - ◆ Asociada a Hepatitis C.
  - ◆ Asociada a LES, Síndrome de Sjögren e infecciones.

## CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

### CLÍNICOS:

Las vasculitis son enfermedades diversas en su presentación y curso, sin embargo para fines prácticos se pueden dividir en aquellas que afectan la piel exclusivamente y aquellas que además de la piel o mucosas, afectan otros órganos (pulmón, riñón, gastrointestinal, hematológico, tracto respiratorio superior, ojos y sistema nervioso).

Las vasculitis se deben considerar cuando presentan algunas de las siguientes manifestaciones:

1. Síntomas constitucionales: Fiebre, pérdida de peso, fatiga, astenia.
2. Exantema cutáneo.
3. Artritis.
4. Neuropatía.
5. Infiltrados o nódulos pulmonares.
6. Sinusitis.
7. Nefropatía.
8. Alteración gastrointestinal o hepática.

En el siguiente cuadro se presenta en forma sintetizada algunas de las características que ayudan a orientar al clínico hacia el diagnóstico de entidades específicas.

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS ORIENTADORAS EN LA DIFERENCIACIÓN DE ALGUNAS DE LAS VASCULITIS:**

ENFERMEDAD	CARACTERÍSTICA IMPORTANTE
Arteritis de Takayasu	Claudicación de brazos o piernas, disminución de pulsos y soplos subclavia y aórtico
Arteritis de Células Gigantes	Pacientes mayores de 50 años, cefalea, diplopía y asociación con Polimialgia Reumática
Poliarteritis Nodosa	Ausencia de glomerulonefritis, pérdida de peso, neuropatías, livedo reticularis, hipertensión y asociación con virus de hepatitis B o C.
Enfermedad de Kawasaki	Afecta niños < 5 años, afección cutánea, ganglios linfáticos y coronarias.
Granulomatosis de Wegener	Afección de vías aéreas superiores, sinusitis, otitis, positividad para PR3-ANCA y granulomas en la biopsia
Poliangeítis microscópica	Muy común la glomerulonefritis, presencia de MPO-ANCA (no exclusivo).



Síndrome de Churg-Strauss	Asma, eosinofilia, granulomas eosinofílicos en las biopsias.
Púrpura de Schölein-Henoch	Artralgias, artritis, afección intestinal, cutánea, renal, depósitos de IgA.
Vasculitis Crioglobulinémica	Crioglobulinas en suero, asociación con infecciones.
Vasculitis Leucocitoclástica	Piel sin afección de otros órganos.

### **LABORATORIO:**

En forma general, hay varios estudios que sirven de ayuda en el diagnóstico de vasculitis; por ejemplo:

1. Hemograma: anemia normocítica normocrómica, leucocitosis, trombocitosis.
2. Eritrosedimentación elevada.
3. Proteína C reactiva elevada.
4. Examen general de orina: proteinuria, eritrocituria y cilindruria.
5. Cifras de complemento elevado o disminuidos.
6. Anticuerpos Anticitoplasma de neutrófilos (ANCA). Indicado por Reumatólogo.

### **GABINETE:**

1. Arteriografía: utilidad en Arteritis de Takayasu, Poliarteritis Nodosa y Vasculitis Primaria del Sistema Nervioso Central.
2. Biopsia de los tejidos afectados: Es la clave fundamental para el diagnóstico de una vasculitis. La biopsia se debe realizar en lugares clínicamente afectados; por ejemplo: piel, riñón, nervio sural, pulmón, arteria temporal y cerebral.
3. Electromiografía: Es útil en casos de sospecha de vasculitis sistémica con síntomas neuromusculares como la Mononeuritis Múltiple.
4. Estudios de Imágenes: TAC, RMN, ANGIORESONANCIA, DOPPLER de acuerdo a criterio médico.

El diagnóstico de Vasculitis está basado en la combinación de manifestaciones clínicas, datos de laboratorio, histología y parámetros angiográficos.

Sin duda, el elemento fundamental en el diagnóstico es la sospecha clínica y la acuciosidad en el abordaje diagnóstico. Sin embargo, se requiere confirmación histológica y/o angiográfica de la lesión vascular para documentar el diagnóstico de vasculitis.

Cabe mencionar que cada una de las vasculitis primarias tiene criterios diagnósticos de clasificación; que por lo extenso del tema no son incluidos en esta guía, por lo tanto el lector debe recurrir a la referencia bibliográfica para ampliar este tema.

## **CRITERIOS DE INGRESO**

1. Vasculitis progresiva con compromiso sistémico.
2. Glomerulonefritis rápidamente progresiva.
3. Hemorragia pulmonar.
4. Vasculitis cutánea con afección sistémica.
5. Manejo de Infecciones asociadas.
6. Alteraciones cardíacas: ICC, Isquémica, Aneurismas y disección aórtica.
7. Alteraciones en el SNC y/o periférico: Ceguera, ECV y neuropatías.

## **TRATAMIENTO**

### **1. GLUCOCORTICOIDES:**

- a. PREDNISONA: 1- 2 mg/Kg. peso/día fraccionado o su equivalente en Hidrocortisona o Metilprednisolona en los casos necesarios.
- b. PULSOS DE METILPREDNISOLONA: 1gr diluido en 500 cc SSN por 3-5 días. Indicados en situaciones que ponen en peligro la vida del paciente y en casos refractarios a dosis de prednisona descritas anteriormente.

### **2. INMUNOSUPRESORES:**

- a. CICLOFOSFAMIDA.
- b. AZATIOPRINA

- c. METOTREXATE
- d. CICLOSPORINA
- e. INMUNOGLOBULINAS HUMANAS INTRAVENOSAS.

**3. AGENTES BIOLÓGICOS:** para la administración de estos medicamentos se deberá manejar como Caso Excepcional y enviar solicitud razonada, junto con el expediente clínico del paciente al Departamento de Farmacoterapia, donde será discutido el caso y aprobado si lo amerita.

- a. INFLIXIMAB: 3 mg/kg./cada infusión IV, a la 0, 2 y 6 semanas, luego cada 8 semanas.
- b. ETANERCEPT: 25 mg subcutáneo 2 veces a la semana.
- c. RITUXIMAB: 500 mg – 1 gr. cada infusión # 2, con intervalo entre cada una de dos semanas; dosis posteriores dependerán de la evolución del paciente, reevaluando nueva dosis luego de la 40 semana. Antiinflamatorios no Esteroides.

**4. PLASMAFÉRESIS:** El tratamiento de las Vasculitis es de exclusiva responsabilidad del Médico Reumatólogo y las dosis y el fármaco de los grupos 2 y 3 se prescribirán según su criterio.

#### **EVOLUCIÓN:**

El pronóstico depende del tipo de vasculitis, de la presencia y extensión del compromiso sistémico. Sin embargo es favorable con un tratamiento oportuno y adecuado.

Una vez superado el proceso vasculítico, la enfermedad tiene escasa tendencia a las recidivas, a diferencia de la poliangeítis microscópica que sí tiene un alto índice de recurrencias. Por lo anterior el Médico Especialista decidirá frecuencia de controles.

#### **CRITERIOS DE EGRESO**

Resolución de las causas de ingreso.



## **INCAPACIDAD**

Durante el proceso de actividad de la vasculitis, la cual debe ser de acuerdo al diagnóstico y criterio de Médico Especialista.

## **REFERENCIAS**

Las vasculitis deben ser de manejo multidisciplinario.

## **EDUCACIÓN**

1. Explicarle su diagnóstico
2. Conocimientos de la enfermedad.
3. Apego al tratamiento
4. Confianza en su Reumatólogo
5. No recurrir a terapia alternativa o "Naturales"
6. Enseñarle datos indirectos de recidiva o actividad de la enfermedad.





## BIBLIOGRAFÍA

1. Abu Shakra M & Lee P. Mortality in systemic sclerosis: a comparison with the general population: *Journal of Rheumatology* 1995; 22:2100-2102.
2. Amor B, Dougados M, Mijiyawa M, et al. Criteres de classification des spondylarthropaties. *Rev Rhum* 1990; 57:85-89.
3. Andonopoulos AP, Drosos AA, Skopouli FN, Moutsopoulos HM. Sjögren's syndrome in rheumatoid arthritis and progressive systemic sclerosis. A comparative study. *Clin Exp Rheumatol.* 1989;7:203-5.
4. Cash JN, Klippel JH: Second line drug therapy for Rheumatoid Arthritis. *N Eng. J Med* 1994; 330:1368-75.
5. Denton Christopher & Black Carol. Scleroderma and related disorders: therapeutic aspects. *Bailliere`s clinical rheumatology* Vol 14. No pp17-35, 2000.
6. Dougados M, van der Linden S, Juhlin R, et al. The European Spondylarthropathy study group preliminary criteria for the classification of spondylarthropathy. *Arth Rheum* 1991; 34:1218-1227.
7. Drosos AA, Andonopoulos AP, Costopoulos JS, Papadimitriou C, Moutsopoulos HM. Prevalence of primary Sjögren's syndrome in an elderly population. *Br J Rheumatol.* 1988;27:123-7.
8. E. Pascual, Rodriguez V. Vicente, Carbonell Abello J., Gomez Reyno J.J. *Tratado de Reumatología Española.* 2000.
9. E-MEDICINE.
10. Felson DT, Anderson JJ, Boers M, Bombardier C et al. The American College of Rheumatology preliminary core set of disease activity measures for rheumatoid arthritis clinical trials. *Arth Rheum* 1993; 36:729-40.
11. Felson DT, Anderson JJ, Meenan RF: The comparative efficacy and toxicity of second-line drug in Rheumatoid Arthritis: results of two metaanalysis. *Arthritis Rheum* 1990: 33: 1449-61.



12. Francisco Ramos Niembro. Enfermedades Reumáticas Criterios y Diagnóstico. Texto 1999; 1o edición capítulo 32: 432-434.
13. Huges RA, Keat AC: Reiter's syndrome and reactive arthritis: a current view. Semin Arth Rheum 1994;24:190-210.
14. Kelleys Textbook of Rheumatology. 6ª. Edición, 2003.
15. Khan M.A. Update on Spondyloarthropathies. Ann Int Med 2002; 136:896-907.
16. Klippel John H. Primer on the rheumatic diseases. Pags 247-96. 11<sup>th</sup> edition. 1997.
17. Manual de enfermedades reumáticas.
18. Manual de la Sociedad Española de Reumatología de las Enfermedades Reumáticas, 4ª. Edición 2004.
19. Medscape-Rheumatology.
20. New England Journal of Medicine 333:665, 1995 .
21. New England Journal of Medicine 337:154, 1997.
22. New England Journal of Medicine 346: 752, 2002.
23. New England Journal of Medicine 349:1133, 2003.
24. Pascual E. Gout Update, Current Opinion Rheumatology, 2004.
25. Pavlidis NA, Karsh J, Moutsopoulos HM. The clinical picture of primary Sjögren's syndrome: a retrospective study. J Rheumatol. 1982; 9:685-90.
26. Pinals SR, Masi AT, Larsen RA and the subcommittee for criteria of remission in rheumatoid arthritis of the American Rheumatism Association Diagnostic and Therapeutic Criteria committee. Preliminary criteria remission in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1981; 24:1308-15.
27. Primer on the Rheumatic Diseases. Edición 12. 2001, John H. Klippel.
28. Rheumatologic Secrets Second Edition.
29. Rheumatology in Primary Care. 1997. Juan J. Canoso.



30. Ruddy Shaun, Harris Edward and Sledge Clement. Kelleys` s textbook of Rheumatology 2001. Pags 1211-60.
31. Special Article. Guidelines for the management of Rheumatoid Arthritis 2002. Arth & Rheum 2002 46 (2):328-346.
32. Subcommittee for Scleroderma Criteria of the American Rheumatism Association Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee. Preliminary criteria for the classification of systemic sclerosis (scleroderma). Arthritis Rheum. 1980; 23:581-90.
33. Systemic Lupus Erythematosus. 4ª. Edición. 2004, Robert Lahita.
34. Up to date. Version 13.2
35. Up To date 13.1 Reumatología, 2005.
36. Willkens RF, Arnett FC, Bitter T, et al. Reiter´ s syndrome: evaluation of preliminary criteria for definite disease. Arthr Rheum 1981; 24: 844-849.



## OBSERVANCIA DE LAS GUÍAS

La vigilancia del cumplimiento de las Guías de Manejo de las Enfermedades Reumáticas en el ISSS, corresponde a las Direcciones de los Centros de Atención en el ámbito de sus competencias.

## DISPOSICIONES GENERALES



Las disposiciones no contempladas en estas guías serán consideradas por la Unidad Técnica Normativa y Planificación en Salud y aprobadas por la Subdirección de salud.

## VIGENCIA DE LA NORMA

Las Guías de Manejo de las Enfermedades Reumáticas entrarán en vigencia a partir de la fecha de implantación y sustituye a todas los instructivos que han sido elaborados previamente.

San Salvador, febrero 2006.

## AUTORIZACIÓN



**Dr. Guillermo José Valdés F.**  
Jefe Depto. Normalización y Estandarización



**Dr. Simón Baltazar Agreda C.**  
Jefe División Técnica Normativa



**Dra. Marjorie Fortin**  
Subdirectora de Salud ISSS.



UNIDAD TÉCNICA NORMATIVA Y PLANIFICACIÓN EN SALUD  
DEPARTAMENTO DE NORMALIZACIÓN Y ESTANDARIZACIÓN  
2006.