

**EFFECTOS DE UN TRATAMIENTO NUTRICIONAL Y DE
REHABILITACIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA
DE LA CIUDAD DE CARTAGENA. JUNIO DEL 2000 A JUNIO DEL
2001**

**MARIA TERESA BENEDETTI ROMERO
MÓNICA GUERRERO AHUMEDO
NOVIS JIMÉNEZ MORA
MARGARITA ROSA PUELLO VILLA
LILIANA PATRICIA RODRÍGUEZ ÁNGULO
INGRID CECILIA VILLAFANE BERMÚDEZ**

**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
BARRANQUILLA
2001**



**EFFECTOS DE UN TRATAMIENTO NUTRICIONAL Y DE
REHABILITACIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA
DE LA CIUDAD DE CARTAGENA. JUNIO DEL 2000 A JUNIO DEL
2001**

**EFFECTOS DE UN TRATAMIENTO NUTRICIONAL Y DE
REHABILITACIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA
DE LA CIUDAD DE CARTAGENA. JUNIO DEL 2000 A JUNIO DEL
2001**

**MARIA TERESA BENEDETTI ROMERO
MÓNICA GUERRERO AHUMEDO
NOVIS JIMÉNEZ MORA
MARGARITA ROSA PUELLO VILLA
LILIANA PATRICIA RODRÍGUEZ ÁNGULO
ENGRID CECILIA VILLAFANE BERMÚDEZ**

**Asesora de Contenido
EILEEN CHEWING CÁRDENAS**

**Asesora Metodológica
ELOINA GOENAGA**

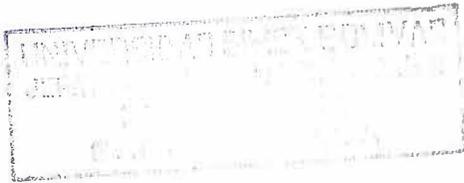
**CORPORACIÓN EDUCATIVA MAYOR DEL DESARROLLO SIMÓN BOLÍVAR
FACULTAD DE FISIOTERAPIA
BARRANQUILLA
2001**

Nota de aceptación

Trebozo D. Quintero.

Francisco J. Quintero.

Presidente del Jurado



Silvana Gutierrez Alvarado.

Jurado

Francisco J.

Jurado

Barranquilla, 23 de julio del 2001

A Dios por permitimos lograr nuestras metas.
Y con todo nuestro amor a cada uno de
nuestros padres.

AGRADECIMIENTOS

Las estudiantes de VIII semestre de Fisioterapia de la Universidad Simón Bolívar, expresan sus agradecimientos a:

Doctora Estela Crissien de Pérez, Fisioterapeuta y Decana de la Facultad de Fisioterapia de la Universidad Simón Bolívar, por sus valiosas orientaciones.

Silvana Bretón, Psicóloga y Jefe de Investigación de la Facultad de Fisioterapia de la Universidad Simón Bolívar, por su constante apoyo y motivación.

Doctora Eloína Goenaga, Médico Cirujano, Asesora Metodológica de la investigación, por su constancia, guía y apoyo en este proyecto.

Doctora Eileen Chewing, Fisioterapeuta, Asesora de Contenido de la investigación, por su empeño, contribución y apoyo en este proyecto.

CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCIÓN	1
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	3
2. PREGUNTA DEL PROBLEMA	5
3. JUSTIFICACIÓN	6
4. HIPÓTESIS	9
5. OBJETIVOS	10
5.1 Objetivo general	10
5.2 Objetivos específicos	10
6. PROPÓSITO	11
7. MARCO TEÓRICO	12
7.1 Definición de la Artritis Reumatoidea Degenerativa	12
7.2 Síntomas de la Artritis Reumatoidea Degenerativa	13
7.3 Grupo “O” de old, el más antiguo	17
7.4 Plan del grupo “O”	19
7.5 Alimentos que favorecen el aumento de peso	19
7.6 Grupo “A” de agrario	23
7.7 Complicaciones extraarticulares de la Artritis Reumatoidea Degenerativa	30
7.7.1 Nódulo subcutáneo	30
7.7.2 Nódulo de Herberden	30
7.7.3 Nódulo de Bouchard	30
7.7.4 Vasculitis	30
7.7.4.1 Vasculitis hialinizante segmentada	30
7.7.4.2 Vasculitis necrotizante	30
7.7.5 Proteinuria	30

7.7.6 Pannus	31
7.7.7 Síndrome de Felty	31
7.7.8 Pleuresia	31
7.7.9 Pericarditis	31
7.7.10 Afección pulmonar	31
7.7.11 Afectación cardiaca	31
7.7.12 Afectación renal	32
7.7.13 Afectación oftalmológica	32
7.7.14 Afectación hematológica	32
7.7.15 Afectación articular	32
7.8 Fisiopatología	32
7.9 Curso y pronóstico de la Artritis Reumatoidea Degenerativa	33
7.10 Pronóstico de la artritis reumatoidea degenerativa	34
7.11 Diagnóstico diferencial de la Artritis Reumatoidea Degenerativa	34
7.11.1 Artrosis y osteoartritis	34
7.11.2 Espondilitis anquilosante	35
7.11.3 Osteoartritis	35
7.12 Clasificación de la Artritis Reumatoidea Degenerativa	35
7.12.1 Artritis séptica	35
7.12.2 Artritis piógena aguda	35
7.12.3 Artritis por Yersina	35
7.12.4 Artritis bacteriana	36
7.12.5 Artritis viral	36
7.13 Tratamiento	36
7.13.1 Fármacos, embarazos y Artritis Reumatoide	44
7.13.2 Dieta	45
7.14 Ejercicios, fisioterapia y medidas ortopédicas	46
7.14.1 Aspectos generales	46
7.15 Hidroterapia	56
7.15.1 Definición	56
7.15.2 Antecedentes	56

7.15.3 Efectos del tratamiento	57
7.15.4 Otros tipos de tratamiento	57
7.15.5 Recomendaciones	58
7.15.6 Técnicas de aplicación	58
7.15.7 La hidrogimnasia	61
7.15.8 Ejercicios de precalentamiento	62
7.15.9 Primeros movimientos	64
8. DISEÑO METODOLÓGICO	68
8.1 Tipo de estudio	68
8.2 Población y muestra	68
8.3 Fuentes de información	68
8.4 Variables de estudio	69
8.4.1 Variable dependiente	69
8.4.2 Variables independientes	69
8.4.3 Otras variables	69
8.5 Método de recolección de la información	69
8.6 Tabulación o elaboración de la información	70
8.7 Presentación y análisis de los resultados	71
9. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS	84
9.1 Recursos humanos	84
9.2 Recursos financieros	85
9.3 Recursos materiales	86
10. CONCLUSIONES	87
BIBLIOGRAFÍA	88
ANEXOS	89

GLOSARIO

ALBÚMINA: Proteína hidrosoluble compuesta por carbono, hidrógeno, oxígeno, nitrógeno y azufre, capaz de coagular por la acción del calor.

ARTRALGIAS: Dolor en las articulaciones.

ANQUILOSIS: Es la fijación de una articulación frecuentemente en posición anormal, por lo general a consecuencia de la destrucción del cartilago articular y del hueso subcondral, como sucede en la artritis reumatoidea.

ARTICULACIÓN: Zona de unión entre uno o más huesos.

ARTRITIS: Inflamación de una articulación.

AUTOINMUNOLOGÍA: Estado de inmunización de un sujeto con respecto a sus propios constituyentes antigénicos. Fenómeno por el cual un organismo segrega anticuerpos dirigidos contra algunos de sus propios componentes.

BIOPSIA: Estudio diagnóstico por lo común microscópico de una porción extraído de un cuerpo.

BURSITIS: Inflamación de la bolsa serosa de una articulación.

CARTÍLAGO: Tejido resistente y elástico que forma el esqueleto del embrión; antes de la aparición del hueso y que persiste en el adulto en la oreja y en las terminaciones de los huesos.

CONTRACTURA: Contracción muscular duradera e involuntaria acompañada con rigidez.

CORTICOIDE: Hormona natural o sintética, relacionada con la corteza adrenal, que interviene en la regulación de procesos orgánicos claves como son el metabolismo de carbohidratos, proteínas y el equilibrio hidroeléctrico.

CREPITACIONES: Se produce en una articulación por rozamiento a las superficies sinoviales secas.

DEBILIDAD: Falta o pérdida de fuerza.

DISLOCACIÓN: Acción y efecto de dislocar, separación de las partes de un todo.

ENFERMEDAD: Alteración de la salud del cuerpo, anomalía dañosa o del funcionamiento orgánico.

ERITEMA: Enrojecimiento en manchas o difuso en la piel producido por la congestión de los capilares que desaparece momentáneamente por la presión.

ESCLEROSIS: Trastorno caracterizado por el endurecimiento de los tejidos debido a distintas causas como inflamación, depósitos de sales minerales e infiltración en las fibras conjuntivas.

ESPLENOMEGALIA: Aumento del tamaño del bazo que se asocia con hipertensión portal, anemia hemolítica, enfermedad de Niemann – dic, paludismo y muchas otras enfermedades.

FATIGA: Estado y sensación de las partes del cuerpo después de la exagerada actividad de las mismas.

FIBROSIS: Proliferación del tejido conectivo fibroso, el proceso es normal durante la formación de la cicatriz para sustituir el tejido que se perdió por traumatismo o infección.

FACTOR REUMATOIDEO: Examen de laboratorio que detectan anticuerpos característicos en la sangre.

INCAPACIDAD: Falta de potencia para el trabajo especialmente.

INFLAMACIÓN. Reacción patológica que aparece por consecuencia de una lesión traumática o microbiana al organismo, que se caracteriza por calor, enrojecimiento, dolor y tumefacción.

INMUNOGLOBULINA: Agente inmunizante pasivo obtenido del plasma humano conservado, denominada también globulina inmune.

LEUCOCITOSIS: Aumento Anormal del número de leucocitos circulantes, este aumento se suele acompañar de infección bacteriana pero no vírica.

MIALGIAS: Dolor en los músculos.

NECROSIS: Muerte de una porción de tejido consecutiva a enfermedad o lesión.

NECROTIZANTE: Factor que desencadena una necrosis.

NEFRITIS: Amplio grupo de enfermedades renales caracterizada por la inflamación y alteración de la función renal.

- **NÓDULOS:** Denominación de determinadas estructuras normales o patológicas que aparecen en el organismo, nudocidad o congregación de poco tamaño.

PERIARTERITIS: Trastorno inflamatorio de la cubierta externa de una o más arteras y de los tejidos circundantes.

PERICARDITIS: Inflamación Del pericardio.

PLEURESÍA: Inflamación de la pleura.

RIGIDEZ: Inflexibilidad, tiesura, especialmente normal.

SUBLUXACIÓN: Luxación parcial o incompleta.

SINOVITIS: Inflamación de la membrana sinovial de una articulación.

TIFOIDEA: Infección bacteriana producida por salmonella, transmitida por leche contaminada, agua o alimentos; se caracteriza por cefalea, delirios, tos, diarrea acuosa, erupción cutánea y fiebre elevada.

TUMORACIÓN: hinchazón o aumento de tamaño propio de los procesos inflamatorios, crecimiento hístico caracterizado por proliferación celular descontrolada y progresiva, puede ser localizada o invasivo, benigno o maligno.

ULCERAS: Pérdida de sustancias de revestimiento epitelial cutáneo o mucoso que se acompaña de lesión en los tejidos.

VASCULITIS: Inflamación de los vasos sanguíneos.

RESUMEN EJECUTIVO

Al realizar una brigada de salud en agosto de 1999 se pudo encontrar que la Artritis Reumatoidea Degerativa es una enfermedad muy frecuente en mujeres y se desarrolla generalmente entre los 20 y 50 años de edad. Los pacientes presentaron predominio de sintomatología como es el dolor, tumefacción, edema, deformidad de dedos, codos y pies.

A partir de allí nació la idea de crear un tratamiento de rehabilitación física y nutricional en los pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa en el Barrio Loma Fresca de la ciudad de Cartagena, diseñando un programa de rehabilitación física para proporcionar apoyo fisioterapéutico a los pacientes manteniendo así la función articular por medio del mismo plan que se realizó durante 2 meses y 3 veces por semana en el que se incluían ejercicios libres, activos asistidos e isométricos acompañándolos con trabajo en piscina (Hidroterapia ver anexo vídeo) en donde se tenía en cuenta las fases de calentamiento, estiramiento, actividad física o reposo.

Como fue mencionado anteriormente en los pacientes se observaron diversas limitaciones que afectaban su vida social, económica y laboral acompañada de diferentes compromisos articulares. Existen diversos factores que pueden conllevar a la aparición de ARD, como es la edad, sexo, carencia de la vitamina "D", herencia, grupo sanguíneo A+ y O+ y la dieta, que según los autores Peter ADAMO y Catherine WITHNEY anuncian que la mayoría de las lectinas que se encuentran en el cuerpo humano no son tan perjudiciales para la salud pero puede causar un tipo de trastorno en un tipo de sangre en particular, puesto que un 95% de ellas es eliminada por el organismo y el 5% restante se quedan en el torrente sanguíneo produciendo obstrucción de los glóbulos rojos y blancos.

Se han presentado teorías que se relaciona con la ADD con dieta, ya que existieran ciertos alimentos que son favorables y otras que van a contribuir con el desarrollo de otras enfermedades entre ellas la "Artritis Reumatoidea Degenerativa", el hecho clave de esta enfermedad es la poliartritis simétricas de articulaciones periféricas, con dolor, hiperestesia y tumefacción de las Acc, es frecuente la rigidez matutina a menudo en las interfalángicas proximal y metacarpofalángicas. La Artritis Reumatoidea Degenerativa se presenta en todos los climas y razas y se escogió esta temática de investigación para dar beneficio a la comunidad aportándole alternativas de manejo, basados en objetivos que buscan alcanzar el mejor estado funcional, independencia en sus actividades y mayor utilidad dentro de su medio laboral y familiar.

El tipo de estudio cuasiexperimental de tipo pre-test – y post-test en el período 1999-2001,

la población se escogió en el sector de Loma Fresca en el norte de Cartagena con un número aproximado de 10.000 habitantes de la comunidad 2, conformando una muestra de 11 personas con Artritis Reumatoidea Degenerativa mediante la toma de muestra de laboratorio y valoraciones clínicas como son las médicas, fisioterapeuta y nutricionales, esta población se escogió intencionalmente teniendo en cuenta que todos los pacientes cumplieron con el perfil de la enfermedad, los cuales fueron buscados a través de los exámenes que se mencionó anteriormente.

Hay que resaltar la disposición e interés de colaboración de los pacientes para la realización y cumplimiento total del proyecto de tesis que se llevó a cabo durante 2 meses 3 veces por semanas, en él se incluyeron ejercicios activos asistidos, activos libres, isométricos (ver anexo M) y trabajo en piscina (Hidroterapia), en donde se incluye una actividad teniendo en cuenta las fases de calentamiento, estiramiento, actividad física y enfriamiento o reposo (ver anexo vídeo), siendo para ellos de gran satisfacción hacer movimientos que en el medio no pueden realizar, por ende el paciente se le mantiene y mejora la movilidad articular y a su vez la calidad de vida.

LISTA DE TABLAS Y GRAFICOS

- TABLA No. 1, GRAFICO No. 1: Distribución por edad.
- TABLA No. 2, GRAFICO No. 2: Distribución según el sexo.
- TABLA No. 3, GRAFICO No. 3: Distribución por ocupación.
- TABLA No. 4, GRAFICO No. 4: Distribución por inspección.
- TABLA No. 5, GRAFICO No. 5: Distribución por dolor a la palpación.
- TABLA No. 6, GRAFICO No. 6: Distribución por dolor al movimiento.
- TABLA No. 7, GRAFICO No. 7: Distribución por sensibilidad.
- TABLA No. 8, GRAFICO No. 8: Distribución por movilidad articular.
- TABLA No. 9, GRAFICO No. 9: Distribución por postura.
- TABLA No. 10, GRAFICO No. 10: Distribución por marcha.
- TABLA No. 11, GRAFICO No. 11: Distribución por actividades de la vida diaria.
- TABLA No. 12, GRAFICO No. 12: Distribución por edema.
- TABLA No. 13, GRAFICO No. 13: Distribución por atrofia.

LISTA DE SIGLAS

- O⁺**: Grupo sanguíneo O Rh positivo.
- A⁺**: Grupo sanguíneo A Rh positivo.
- IFP**: Interfalángica proximal.
- MCF**: Metacarpofalángica.
- FIRI**: Fundación Instituto de Reumatología e Inmunología.
- MTF**: Metatarsofalángica.
- a.C**: Antes de Cristo.
- M.I**: Miembro inferior.
- mg**: Miligramo.
- AR**: Artritis reumatoide.
- AINE**: Antiinflamatorios no esteroideos.
- TA**: Tensión arterial.

LISTA DE ANEXOS

- Anexo A: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
- Anexo B: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES
- Anexo C: HOJA DE EVALUACIÓN
- Anexo D: PLAN NUTRICIONAL PARA PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE
LA CIUDAD DE CARTAGENA
- Anexo E: FOLLETOS
- Anexo H: MUESTRAS DE LABORATORIO DEL FACTOR REUMATOIDEO
- Anexo J: HOJAS EVALUATIVAS ORIGINALES
- Anexo K: FOTOS
- Anexo L: VÍDEO
- Anexo M: PROGRAMA DE REHABILITACIÓN FÍSICA EN PACIENTE CON
ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA

INTRODUCCIÓN

A partir de este trabajo se plasma la inquietud nacida de una visita realizada en el Barrio Loma Fresca, ubicado en la ciudad de Cartagena (Mercado Santa Rita parte alta). Siendo la Artritis Reumatoidea Degenerativa una enfermedad más frecuente en mujeres y se desarrolla generalmente entre los 20 y 50 años de edad. Los problemas ocasionados por estos procedimientos no sólo afectan a las articulaciones sino los tejidos.

Al realizar valoraciones se observó un gran número de casos de Artritis Reumatoidea Degenerativa, presentándose predominio en sintomatología, característica de la enfermedad como: dolor, edema, deformidad en articulaciones de dedos, muñecas, codos, rodillas y pie. (Anexo fotos de referencia). La sintomatología presentada en estos pacientes no sólo afecta la articulación sino también a las que las rodean como tendones, cartílagos y músculos entre otros, llevando así limitaciones de movilidad y actividad de la vida diaria.

Según investigaciones realizadas “los grupos sanguíneos tienen diferentes dietas alimenticias para que el organismo no sea afectado, ya que hay alimentos que son alérgicos produciendo inflamaciones y deterioro del organismo”¹. Algunos alimentos tienen características muy análogas a ciertos antígenos de la sangre, lo cual las convierte en adversarios entre sí.

Dentro de estos grupos están el O+ y A+ que son los más propensos a desarrollar la enfermedad conocida como Artritis Reumatoidea Degenerativa.

¹ HARRINSON. Principios de Medicina Interna. México: Mc Graw Hill. p. 1135. V. 2.

Para comprobar lo anteriormente mencionado, a los pacientes ubicados en el barrio Loma Fresca de la ciudad de Cartagena, se llevó a cabo la toma de muestras de laboratorio verificando factor reumatoideo y dando inicio al desarrollo del trabajo que a continuación se desarrolla en proyecto. El tipo de estudio es cuasiexperimental tipo pre-test y pos-test sin grupo control ya que se realizaron valoraciones fisioterapéuticas antes de la aplicación del tratamiento y una valoración posterior en pacientes con una edad promedio de 40 a 80 años con Artritis Reumatoidea Degenerativa del Barrio Loma Fresca de la ciudad de Cartagena.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Esta investigación nació a través de una brigada de salud llevada a cabo el día 8 de agosto de 1999, realizada en el barrio Loma Fresca de la ciudad de Cartagena (Bolívar). Se realizaron valoraciones a un número aproximado de 50 personas dentro de los cuales se encontraron 11 casos de Artritis Reumatoidea Degenerativa en mujeres y hombres entre los 40 y 79 años de edad.

Al ver estos resultados se decidió buscar información referente a la patología para investigar el por qué de esta incidencia. En estos pacientes se encontraron diversas limitaciones que afectan la vida social, económica y laboral. Se observó compromiso en manos, rodillas y pies, acompañado de edema estabilizado; dolor y tumefacción.

Se han descrito diferentes factores que influyen en la aparición de la Artritis Reumatoidea Degenerativa como la herencia, grupos sanguíneos A+, la edad, carencia de vitamina D, factores climáticos y la dieta. Existen teorías como las planteadas por los doctores Peter J.D. Adamo y Catherine Whitney, dicen:

Afortunadamente, la mayoría de las lectinas que se encuentran en la dieta humana no son tan peligrosas para la salud, sin bien pueden causar una serie de trastornos, especialmente si son específicas para un tipo de sangre en particular.

Por lo general, nuestro sistema inmune nos protege de las lectinas, el 95% de las lectinas que observamos en nuestra dieta típica son desechadas por el organismo. Pero al menos un 5% de las que ingerimos se infiltran en el torrente sanguíneo, donde reaccionan y destruyen los glóbulos rojos y blancos².

Se han encontrado teorías donde se mencionan la relación de la Artritis Reumatoidea

² D[^]ADAMO, Peter y WHITNEY, Catherine. Los grupos sanguíneos y la alimentación. Argentina: Grupo Zeta, s.f. p. 2.

Degenerativa y la dieta, ya que hay ciertos alimentos que son favorables para nuestra vida y otros que contribuyen al desarrollo de ciertas enfermedades entre ellas la Artritis Reumatoidea Degenerativa.

Por eso ante esta teoría se decide ir a Loma Fresca conformando un grupo de trabajo interdisciplinario constituido por: Fisioterapeuta, Enfermero, Nutricionista, Médico General, Reumatólogo, Ortopedista, Trabajador Social, Bacteriólogo y Psicólogo; para que los pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa se puedan beneficiar de un programa nutricional además de la rehabilitación física. Se emplearon medios físicos (calor húmedo, parafina), electroterapia (tens ultrasonido), hidroterapia y ejercicios (activos – activos asistidos – libres), con el fin de tratar las secuelas de Artritis Reumatoidea Degenerativa, como son las deformidades y las posturas antálgicas adoptadas por los pacientes, previniendo que las mismas progresen al punto de comprometer sus actividades de la vida diaria dentro de las limitaciones en cada paciente.

Conforme a lo anterior se formula la siguiente pregunta problema:

2. PREGUNTA PROBLEMA

¿CUÁLES SON LOS EFECTOS DE UN TRATAMIENTO NUTRICIONAL Y DE REHABILITACIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA?

3. JUSTIFICACIÓN

La Artritis Reumatoidea Degenerativa es una enfermedad crónica difusa del tejido conectivo, caracterizada primordialmente por lesiones inflamatorias articulares. Es una patología de origen desconocido que en la actualidad se considera multifactorial que comprende una causa iniciadora, posiblemente infecciosa que activa una respuesta inmune en un huésped genéticamente susceptible.

“Los virus también han sido incriminados como posibles agentes desencadenantes y aunque no hay pruebas definitivas se piensa que la incorporación del genoma viral en el ácido nucleico de la célula del huésped genéticamente susceptible, puede explicar las alteraciones encontradas en el ácido ribonucleico.”³

El hecho clave es la poliartritis simétrica de articulaciones periféricas con dolor, hiperestesia y tumefacción de las articulaciones afectadas, es frecuente la rigidez matutina, a menudo se afectan las articulaciones interfalángicas (IFP) y metacarpofalángicas (MCF).

“Tras la inflamación permanente aparecen deformaciones articulares según la mayoría de estudios publicados, su epidemiología es de 1% para caucásicos mayores de 18 años.”⁴

“La enfermedad más frecuente en la mujer es entre los 35 y 45 años y alcanza en todas las edades una cifra 2 ó 3 veces mayor que en los hombres. En la consulta externa de la Fundación Santafé de Bogotá, la Artritis Reumatoidea constituyó un 17.5% de todas las enfermedades isomáticas y 58% de las enfermedades difusas de tejido conectivo.”⁵

³ SOTO JIMÉNEZ, Diego. Tratado de ortopedia y fractura. Tomo 1. Celsus. p. 962, 963.

⁴ HARRISON. Op. cit., p. 1132.

⁵ Ibid., p. 1132 - 1138

“En 200 historias de Artritis Reumatoidea definida o clásica, revisada en la Fundación Instituto de Reumatología e Inmunología (FIRI), en Bogotá se encontraron 164 mujeres (82%) y 36 hombres (18%); la edad en comienzo osciló entre los 18 y 79 años con picos en la tercera, cuarta y quinta décadas que en suma constituyeron el 76.4%.”⁶

Dentro de las complicaciones que presentan los individuos que sufren de Artritis Reumatoidea se encuentran la tumefacción articular que se debe a la acumulación de líquido sinovial, hipertrofia de la membrana sinovial y el engrosamiento de la cápsula articular, fibrosis y anquilosis ósea o bien las contracturas de partes blandas que originan deformidades de carácter fijo, compresiones nerviosas y de la médula espinal, subluxación de la articulación atloaxoidea y daños a nivel respiratorio por la anquilosis del tórax disminuyendo la función respiratoria y a nivel óseo por presentación de osteoporosis, secundaria a la afectación reumatoide, la cual se puede agravar por el tratamiento corticoideo⁷.

La Artritis Reumatoidea es una patología que no se puede prevenir, ya que su causa es desconocida y su evolución es muy variada y difícil de evitar en cada paciente. La prevención en éstos consiste más que todo en que las alteraciones clínicas de cada individuo, es decir, sus complicaciones tengan una evolución lenta, logrando esto por medio del tratamiento que implica un enfoque interdisciplinario con el que se intenta superar los diferentes problemas que presentan estos pacientes, tanto en la esfera funcional como en el plano psicosocial.

La enfermedad se presenta en todos los climas y razas. Se escogió esta temática de investigación, luego de realizar una brigada de salud, la cual arrojó datos en los cuales se notó una sucesión de casos de artritis reumatoidea, es de suma importancia conocer la incidencia de la enfermedad, por qué se da con tanta frecuencia en este sector, ya que si se logra confirmar estos dos factores importantes, va a ser de gran beneficio para la comunidad ya que se darán alternativas de manejo de la enfermedad basada en objetivos que buscan alcanzar el mejor estado funcional del paciente, independencia de sus actividades y poder obtener la mayor utilidad en términos de sí mismo, su familia y la comunidad; de tal forma que nos conlleva a lograr una mejora en la calidad de vida de estas personas por medio de la ejecución de objetivos planteados por el grupo interdisciplinario. A través de un tratamiento nutricional y de rehabilitación física se emplearon ejercicios de

⁶ Ibid., p. 1132

⁷ Ibid., p. 1131.

hidroterapia donde los pacientes experimentaron mayor movilidad y destreza en sus movimientos, actividades que la mayoría de éstos en sus actividades de la vida diaria no pueden realizar con igual agilidad, significando para ello un gran logro y mayor motivación.

4. HIPÓTESIS

Al aplicar el tratamiento de rehabilitación física y nutricional, en los pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa del barrio Loma Fresca de la Ciudad de Cartagena se espera obtener los siguientes resultados: disminución del dolor en todas las articulaciones, disminución del edema a nivel de miembros superiores e inferiores, retracciones y aumento de la movilidad articular.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Determinar los efectos de un tratamiento nutricional y de rehabilitación física en pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa en el barrio Loma Fresca de la ciudad de Cartagena.

5.2 Objetivos específicos

- Diseñar un programa de rehabilitación física en pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa del Barrio Loma Fresca de la ciudad de Cartagena.
 - Proporcionar apoyo fisioterapéutico a los pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa del Barrio Loma Fresca de la ciudad de Cartagena.
 - Mantener la función articular en los pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa del Barrio Loma Fresca de la ciudad de Cartagena.
 - Diseñar en los pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa del Barrio Loma Fresca de la ciudad de Cartagena un plan nutricional acorde a los grupos sanguíneos.
-

6. PROPÓSITO

Este estudio se llevó a cabo para:

- Mejorar la calidad de vida de los pacientes.
 - Dar pautas para que se establezcan programas de prevención y promoción.
 - Incluir en el tratamiento una guía nutricional para el manejo de pacientes con artritis reumatoidea degenerativa.
 - Ampliar nuestros conocimientos.
 - Adquirir más experiencia profesional.
 - Ayudar a comprender la naturaleza de su enfermedad con la participación de otras disciplinas.
-

7. MARCO TEÓRICO

Para lograr un enfoque sobre el proyecto es necesario abordar la temática en cuanto se refiere a la definición de la Artritis Reumatoidea Degenerativa, el grupo sanguíneo O, el grupo sanguíneo A, complicaciones extraarticulares, fisiopatología, clasificación de la Artritis Reumatoidea Degenerativa y tratamiento para mayor claridad de los objetivos planteados en esta investigación. Los textos tratados son los grupos sanguíneos y la alimentación, fisioterapia - ortopedia y traumatología de los autores ADAMO Peter y SERNA Gabriel.

7.1 Definición de la Artritis Reumatoidea Degenerativa

“La Artritis Reumatoidea es una enfermedad autoinmune en la que se inflaman simétricamente las articulaciones, incluyendo habitualmente las de manos y pies, dando lugar a hinchazón, dolor y a menudo llevando a la destrucción definitiva del interior de la articulación.”⁸

La Artritis Reumatoidea puede también producir una variedad de síntomas en todo el cuerpo. Se desconoce su causa exacta, aunque son mucho los diferentes factores (incluso la predisposición genética) que puede influir en la reacción autoinmunológica.

Alrededor del uno por ciento de la población padece esta enfermedad que afecta a las mujeres dos o tres veces más frecuente que a los varones. La Artritis Reumatoidea se

⁸ www.mdlatina.com.co

presenta en primer lugar en individuos entre 25 y 50 años de edad, pero puede aparecer a cualquier edad.

En algunos casos, la enfermedad se resuelve de forma espontánea y el tratamiento alivia los síntomas en tres de cada cuatro personas, sin embargo, al menos 1 de cada 10 personas queda discapacitada.

En esta enfermedad, el sistema inmunitario ataca el propio tejido que reviste y protege las articulaciones, provocando la formación de cicatrices dentro de la articulación que se deteriora a un ritmo muy variable.

7.2 Síntomas

“La Artritis Reumatoidea puede iniciarse de forma súbita con la inflamación de muchas articulaciones a la vez, pero con mayor frecuencia empieza de forma sutil, afectando a distintas articulaciones gradualmente.”⁹

La inflamación es por lo general simétrica, es decir, cuando afecta a una articulación de un lado del cuerpo, la correspondiente del otro lado del cuerpo también resulta afectada.

Las pequeñas articulaciones de los dedos de las manos, de los pies, las muñecas, los codos y los tobillos suelen inflamarse en primer lugar. Las articulaciones inflamadas son generalmente dolorosas y con frecuencia rígidas, sobre todo justo después de levantarse o tras un período de inactividad prolongado.

Algunas personas se sienten cansadas y débiles, especialmente durante las primeras horas de la tarde. Las articulaciones afectadas se agrandan y pueden deformarse rápidamente, también pueden quedarse rígidas en una posición (contracturas), lo que impide que se extiendan o abran por completo. Los dedos tienden a doblarse hacia el meñique, causando la dislocación de los tendones de éstos. Las muñecas hinchadas pueden ocasionar el

⁹ www.mdlatina.com.co

síndrome del túnel carpiano. Los quistes que se desarrollan detrás de las rodillas afectadas pueden reventarse causando dolor e hinchazón de las piernas.

Alrededor del 30 al 40% de las personas que padecen artritis reumatoidea presentan tumefacciones duras (nódulos debajo de la piel, con frecuencia cerca de las zonas enfermas).

La Artritis Reumatoidea puede producir algo de fiebre y en ocasiones una inflamación de los vasos sanguíneos (vasculitis) que provoca lesiones de los nervios o llagas en las piernas (úlceras).

La inflamación de las membranas que envuelven los pulmones (pleuresia) o de la envoltura del corazón (pericarditis) puede producir dolor torácico, dificultad respiratoria y una función cardíaca anormal.

Algunas personas desarrollan ganglios linfáticos inflamados, el síndrome de Sjögren o una inflamación ocular.

La enfermedad de Still: Es una variante de las artritis reumatoideas en la que aparecen en primer lugar fiebre alta y otros síntomas generalizados.

Diagnóstico: Puede ser difícil distinguir la artritis reumatoidea de las otras muchas enfermedades que pueden ocasionar artritis. Las enfermedades que se parecen en algunos aspectos a la artritis reumatoidea son: La fiebre reumática aguda, la artritis producida por gonococos, Enfermedad de Lyme, El síndrome de Reitera, la artritis psoriásica, la espondilitis anquilosante, la gota, la pseudogota y la artrosis.

La artritis reumatoidea puede producir unos síntomas característicos; sin embargo puede ser necesario un análisis de líquidos que se extraen de la articulación con una aguja o bien una biopsia (extracción de una muestra de tejido que se examina al microscopio) de los nódulos para establecer el diagnóstico.

Los cambios característicos en las articulaciones pueden detectarse en radiografías.

Algunas de las características típicas de la artritis reumatoide se aprecian en los resultados de laboratorio, por ejemplo, nueve de cada diez personas que padecen artritis reumatoide presentan una velocidad de sedimentación de los glóbulos rojos elevada.

La mayoría tiene una anemia leve: en raras ocasiones el valor de glóbulos blancos es anormalmente bajo. En este último caso, si el individuo presenta además un bazo agrandado y padece artritis reumatoide, se dice que padece la enfermedad denominada síndrome de Flety.

La mayoría de las personas con artritis reumatoide tienen anticuerpos característicos en la sangre; siete de cada diez individuos tiene un anticuerpo llamado Factor Reumatoide.

Este factor también se presenta en otras enfermedades, (como en enfermedades crónicas del hígado y algunas infecciones) aunque en algunos casos este factor aparece sin ninguna otra evidencia de enfermedad, por lo general, cuanto más alto es el valor del factor reumatoide en sangre, más grave será la artritis reumatoide y peor el pronóstico. El valor reumatoide puede descender cuando las articulaciones están menos inflamadas y aumentar al producirse el acceso inflamatorio.

Los individuos con cuatro de las siguientes características son propensos a sufrir artritis reumatoide: Rigidez por las mañanas, que dura más de una hora (durante seis semanas por lo menos), inflamación en tres o más articulaciones (durante seis semanas por lo menos), Artritis en la mano, muñeca o articulaciones de los dedos (durante seis semanas por lo menos), factor reumatoide en sangre y cambios característicos en las radiografías.

Manifestaciones clínicas: Existen diferentes formas de inicio, pero la más común es el comienzo insidioso con artralgias mal localizadas, malestar, fatiga, mialgias y estos síntomas puede durar semanas o meses.

“Las articulaciones que se comprometen con mayor frecuencia, inicialmente son las metacarpofalángicas (MCF), las muñecas, interfalángicas proximales y metatarsofalángicas.”¹⁰

El curso puede ser rápido o lento; la enfermedad progresiva lleva a la destrucción articular e incapacidades parciales o completas. Una pequeña proporción de enfermos puede presentar manifestaciones clínicas prolongadas de varios años de duración.

La artritis reumatoidea se presenta con debilidad muscular, rigidez matutina, dolor e hinchazón articular, manifestaciones extra articulares y compromiso general de la salud. Los signos más importantes son el dolor a la palpación, la hinchazón, la limitación de los movimientos tanto activos como pasivos, encontrándose también crepitaciones finas o gruesas, inestabilidad, deformidad, cambios musculares y manifestaciones de piel a nivel de las articulaciones inflamadas.

En la mano el compromiso es múltiple, casi siempre simétrico de iniciación gradual, en forma temprana el paciente nota el dolor, rigidez matinal y pérdida de la fuerza. Al examen se encuentra hiperhidrosis, eritema palmar, disminución de la fuerza de presión, hinchazón simétrica de las IFP de las MCF, especialmente, la segunda y la tercera, desviación cubital de los dedos y subluxación de la MTF. Son frecuentes las deformaciones de la IFP en “Bootonier” y en “cuello de cisne”. En la muñeca se observa sinovitis, especialmente al extremo distal del cúbito e inflamación del tendón extensor carpiuln aris. En el codo el compromiso es generalmente bilateral, con frecuencia hay deformidad de flexión y a veces subluxación e inestabilidad, en ocasiones se presentan bursitis olecraneanas. En el hombro además de afectar la articulación glenohumeral, la artritis reumatoide compromete el tercio distal de la clavícula, las bursas, el manguito rotador y los músculos.

El compromiso de la cadera se localiza más en la región inguinal, produciendo disminución de la rotación interna y deformidad en flexión, a nivel de rodilla la inflamación y

¹⁰ www.mdlatina.com.co

proliferación se observa claramente en el signo de choque rotuliano; la contractura en flexión es la deformidad más frecuente y se puede presentar *Geno valgo*; el compromiso del tobillo y pies es múltiple, simétrico y de iniciación gradual.

Las deformidades difieren porque se trata de articulaciones que soportan peso y se produce con frecuencia bursitis dolorosa que se ulceran e infectan secundariamente. En los casos avanzados son comunes la *rófaca peronea*, los dedos en martillo, *halluz valgus*, la profusión plantar de la cabeza de los metatarsianos, inestabilidad del tobillo, colapso del arco longitudinal y el pie en valgo. En ocasiones la deformidad es tan marcada que el maléolo interno llega a soportar el peso del MI correspondiente.

7.3 Grupo “o” de old, el más antiguo

“Significa antiguo, viejo, la aparición de nuestros antepasados, de cromagnon, aproximadamente cuarenta mil años a.C., impulsó a la especie humana a la cúspide de la cadena alimentaria haciendo de ellos los depredadores más peligrosos de la tierra.”¹¹

Comenzaron a cazar en grupos organizados, en un breve período fueron capaces de fabricar armas y utilizar herramientas, cazadores diestros y formidables, los hombres de Cromagnon pronto perdieron el temor a sus rivales animales.

Sin otros depredadores animales que ellos mismos, la población tuvo un incremento explosivo, la proteína de la carne era su combustible y fue en ese momento que los atributos digestivos del grupo sanguíneo O alcanzaron su máxima expresión. Los seres humanos se alimentaban con carne y requería un tiempo notablemente breve cobrar las grandes presas dentro de un ámbito de caza.

Había cada vez más gente que alimentar, por eso la competencia de la carne llegó a ser

¹¹ ADAMO, Peter y WHITNEY, Catherine. Los grupos sanguíneos y la alimentación. Argentina: Grupo Zeta, s.f. p. 26

intensa. Los cazadores comenzaron a atacar y matar a otros que se habían inmiscuido en las que ellos consideraban sus territorios de caza exclusivos. Las buenas áreas de caza llegaron a ser escasas, comenzando la migración de la raza humana. Aproximadamente treinta mil años a.C., las bandas de cazadores se desplazaban cada vez más lejos en busca de carne.

Cuando un cambio en los vientos alisios refrescó lo que había sido un territorio de caza fértil en el Sahara africano, y cuando las regiones del norte anteriormente heladas comenzaron a calentarse, los cazadores se desplazaron del África hacia Europa y Asia. Este desplazamiento sembró el planeta con una población básica que era del grupo sanguíneo "O", el tipo de sangre predominante aún hoy. Veinte mil años antes de Cristo, los hombres de Cromagnon se habían diseminado ampliamente en Europa y Asia, diezmando las manadas de grandes presas hasta tal punto que tuvieron que buscar otros alimentos.

Es probable que en la búsqueda de algo comestible en cada nueva región, los humanos carnívoros se hayan convertido rápidamente en omnívoros, con una dieta variada de bayas, larvas, nueces, raíces y animales pequeños.

Las poblaciones también prosperaron a lo largo de las líneas costeras y de los prolíficos lagos y ríos, donde el pescado y otros alimentos eran abundantes. Hacia los años diez mil a. C. los seres humanos ocupaban toda la tierra, excepto la Antártida. El desplazamiento de los humanos, diferenciaciones raciales, pieles más claras, estructuras óseas más macizas y pelos más uniformes.

A través del tiempo la naturaleza lo fue adaptando a las regiones de la tierra que habitaban. Los pueblos que se desplazaban hacia el norte desarrollaban una piel clara, mejor protegida contra la congelación que la piel oscura. La piel clara también era más apta para metabolizar la vitamina "D" en una región en que los días eran más cortos y las noches más largas.

El tipo “O” es el tipo de sangre más antiguo y el más básico, superviviente en la cima de la cadena alimentaria, con un sistema inmune resistente e ingobernable, dispuesto y capaz de destruir a cualquier amigo o enemigo.

7.4 Plan del grupo “o”

Tipo O: El Cazador

- Consumidor de carne
- Tubos digestivos resistentes
- Sistema inmune muy activo
- Intolerancia a las adaptaciones ambientales y dietéticas
- Responde mejor al estrés con un actividad intensa.
- Requiere un metabolismo eficiente para mantenerse delgado y enérgico.

7.5 Alimentos que favorecen el aumento de peso

- Gluten de trigo: Interfiere con la eficiencia de la insulina, retarda el ritmo metabólico.
- Maíz: Interfiere con la eficiencia de la insulina, retarda el ritmo metabólico.
- Fríjoles: Perjudican la utilización de calorías.
- Lentejas: Inhiben el adecuado metabolismo de los nutrientes.
- Repollo: Inhiben la producción de hormonas tiroides.
- Coliflor: Inhiben la producción de hormonas tiroides.
- **Carnes**

Beneficiosas: Búfalo, carne de res, carne de venado, carne picada, carnero, corazón,

cordero, hígado, ternera.

Neutras. Conejo, gallina, pato, pavo, pollo, perdiz.

No aconsejables: Cerdo, ganso, jamón, tocino.

Pescados: Arenque, lenguado, merluza, trucha, sábalo, bacalao, sardina, liza, pez espada.

Neutros: Atún, tortuga marina, langostinos, carpa, gambas, cangrejo, anguila, trucha, ostras, róbalo, langosta, caracoles, merluza, calamares, trucha.

No aconsejables: Arenque ahumado, salmón ahumado, pulpo, barracuda, bagre, caviar.

- **Legumbres**

Muy beneficiosas: Borjój.

Neutras: Alubias, germen de soya, arvejas, haba, garbanzos.

No aconsejables: Lentejas rojas, lentejas verdes.

Cereales: Arroz cocido, cebada, crema de arroz, mijo cocido, salvado de arroz.

No aconsejables. Cereales surtidos, harina de maíz, crema de trigo, hojuelas de maíz, harina de avena, fécula, salvado de trigo, salvado de avena, trigo.

- **Panes**

Neutros. Biscochos de arroz, pan de arroz no refinado, tostadas de centeno, pan de mijo.

No aconsejables. Pan de trigo, pan integral, panecillos de salvado, panecillos ingleses.

- **Granos y pastas**

Neutros: Arroz blanco, harina de arroz, arroz no refinado, harina de cebada.

No aconsejables: Espinacas en pasta fideos, harina de avena, harina blanca, harina de trigo duro.

Vegetales: Acelga, col, cebolla roja, alcachofa, ajo, remolacha, batata, perejil, rábano, lechuga, calabaza, brócoli, pimientos rojos.

Neutras. Aceitunas verdes, apio, berro, espárragos, hongos, lechuga común, pepinos, pimientos verdes, remolachas, tomates, zanahorias.

No aconsejables. Aceitunas negras, berenjena, maíz amarillo, coliflor, maíz blanco, repollo colorado, papas, repollo.

Frutas. Ciruelas moradas, ciruelas rojas.

Neutras: Piña, limones, durazno, pera, kiwi, melones, albaricoque, papaya, granada, cerezas, manzanas, uvas, guayaba, bananos / platanito, mangos, frambuesas, sandías.

No aconsejables: Mandarinas, naranja, mora.

- **Zumos y líquidos**

Muy beneficiosos: Zumo de piña, zumo de cereza.

Neutros: Zumo de ajo, zumo de pepino, zumo de uva, zumo de zanahoria, zumo de papaya, zumo de tomate.

No aconsejable: Zumo de manzana, zumo de naranja.

- **Espicias**

Neutras: Anís, azúcar moreno, menta, mostaza, chocolate, gelatina, hoja de laurel, tomillo, comino, romero, tamarindo, clavo, pimienta.

No aconsejable: Alcaparras, vainilla, nuez moscada, canela, Maizena, vinagre.

- **Condimentos**

Neutros: Aderezos para ensalada, mermelada, mostaza, salsa inglesa.

No aconsejables: Salsa de tomate.

- **Bebidas**

Muy beneficiosas: Agua mineral.

Neutras. Cerveza, té, vino blanco, vino tinto.

No aconsejables: Café descafeinado, gaseosas, cola, gaseosas dietéticas, licores destilados, té negro descafeinado, té negro regular.

Segmentación para el tipo “O”

“El papel de la segmentación ya se trate de vitaminas, minerales o hierbas es agregar nutrientes que faltan en su dieta y suministrar una protección extra donde usted lo necesita.

El objetivo de la suplementación para el grupo sanguíneo O”¹² es:

- Acelerar el metabolismo.
- Incrementar la actividad coagulante de la sangre.

¹² ADAMO. Op. cit., p. 35

- Evitar la inflamación o hinchazón.
- Estabilizar el funcionamiento de la tiroides.

Pautas de ejercicios para el tóxico “O”

Los tres componentes de un programa de ejercicios de alta intensidad son el período de calentamiento, el período de ejercicios aeróbicos y el período de enfriamiento. El calentamiento es muy importante para prevenir lesiones porque favorece la afluencia de sangre en los músculos, preparándolos para el ejercicio, ya sea caminar, correr, andar en bicicleta, nadar o jugar un partido.

Personalidad del grupo “O”

Todas las personas del grupo sanguíneo “O” llevan en su sangre una memoria genética de fuerza, resistencia, osadía, intuición, confianza en sí mismo y un optimismo innato. Si usted pertenece a este grupo, puede ser capaz de apreciar esta herencia, porque las cosas que lo inspiran, lo hacen sentir saludable y le dan energía.

Son muy parecidos a los que influyeron sobre sus antepasados, alimentado en una dieta rica en proteína, usted es fuerte y vigoroso, responde mejor al ejercicio físico intenso, de hecho, usted se deprime, se desalienta y aumenta de peso cuando se priva de ella. Quizá también haya heredado la tendencia al éxito y las cualidades de liderazgo del tipo “O”: fuerte, seguro y vigoroso, que prospera con la buena salud y el optimismo.

7.6 Grupo “A” de agrario

“El grupo sanguíneo “A” apareció inicialmente en un lugar de Asia o del oriente medio, entre los años 25.000 y 15.000 a.C., en respuesta a las nuevas condiciones ambientales”¹³.

Surgió en el punto culminante del período o de la nueva edad de piedra, que siguió a la vieja edad de piedra o período Paleolítico de los cazadores de Cromagnon.

¹³ Ibid., p. 38

Las características solventes de su cultura fueron la agricultura y la domesticación de animales. El cultivo de granos y la ganadería modificaron todo, posibilitando vivir al día y capaces de sostenerse así mismo por primera vez, los seres humanos establecieron comunidades estables y estructuras de subsistencia permanentes. Esta forma de vida radicalmente diferente y un camino importante en la dieta y el medio ambiente originaron una mutación completamente nueva en los sistemas inmunes y digestivo de los pueblos neolíticos; esta mutación les permitió ingerir y tolerar mejor los granos cultivados y otros productos agrícolas. Había nacido el grupo "A". Pero el hecho de establecerse en comunidades necesarias para la caza en grupo ahora cedían paso a un tipo diferente de sociedad cooperativa. Por primera vez, una habilidad específica dependía estrechamente de las habilidades de los otros para hacer algo más.

El gen del grupo "A" se extendió desde Asia y el Oriente Medio hacia Europa Occidental, transportado por los indoeuropeos que penetraron profundamente en las poblaciones preneolíticas. Hoy la sangre del tipo "A" todavía se puede encontrar en más alta concentración entre los europeos occidentales. La sangre del tipo "A" había mutado a partir del tipo "O" en respuesta a un sinnúmero de infecciones provocadas por el incremento poblacional y los cambios en la dieta.

Plan del grupo A

Tipo A: El Agricultor

- El primer vegetariano.
 - Cosecha lo que siembra.
 - Tubo digestivo sensible.
 - Sistema inmune tolerante
 - Se adapta bien a las condiciones ambientales y alimenticias.
 - Responde mejor al estrés con una acción sedativa.
 - Necesita una dieta vegetariana para mantenerse delgado y conductivo.
-

Alimentos que favorecen el aumento de peso

- **Carne:** Digerida almacenada como grasa.
- **Alimentos lácteos:** Inhiben el metabolismo de los nutrientes.
- **Habas:** Intervienen con las enzimas digestivas, retrasan el ritmo metabólico.
- **Trigo:** Inhiben la eficiencia insulínica, empeora la utilización de las calorías.

- **Carnes**

Neutros: Gallina, pollo, pavo.

No aconsejables. Carne de pato, carne de picada, carnero, cerdo, conejo, corazón, cordero, hígado, jamón, ternera, tocino, venado.

- **Pescados**

Muy beneficiosos. Bacalao, caracol, sardina, mero, salmón, trucha, dorado.

Neutros: Albacora (atún), róbalo, cubera.

No aconsejables. Almeja, pulpo, merluza, langosta, arenque, anchoas, sábalo, ostras, camarón, bagre, anguila, tortuga, liza, cangrejo, calamares.

- **Aceites y grasas**

Muy beneficiosas: Aceite de oliva.

Neutras: Aceite de hígado de bacalao.

No aconsejables: Aceite de maíz, aceite de sésamo.

- **Frutos y semillas**

Muy beneficiosos: Maní, mantequilla de maní, semillas de calabaza.

Neutros: Almendras, nueces, avellanas, mantequilla de almendras.

No aconsejables. Nuez de Acajú, pistachos.

- **Legumbres**

Muy beneficiosas: Arvejas, lentejas rojas o moradas, lentejas verdes.

Neutros: Habas.

No aconsejables: Garbanzo, habas.

- **Cereales**

Muy beneficiosos. Amaranto.

Neutros: Arroz cocido, cebada, crema de arroz, harina de avena, harina de maíz, hojuelas de maíz, mijo cocido, salvado de arroz, salvado de avena.

No aconsejables: Cereales, crema de trigo, fécula, granola.

Panes y panecillos: Pan de harina de soya, torta de arroz.

Neutros: Pan de mijo, tostadas de centeno.

No aconsejables: Pan de trigo integral.

- **Granos y pastas**

Muy beneficiosos: Pastas, fideos de soba, harina de trigo, harina de arroz.

Neutros: Arroz cocido, arroz blanco, harina de trigo, arroz no refinado.

No aconsejables: Fideos, pastas de espinacas, harina blanca, harina de trigo integral.

- **Vegetales**

Muy beneficiosos: Acelga, lechuga, ajo, perejil, brócoli, cebolla, espinacas, puerro, rábano, zanahoria.

Neutros: Aceitunas verdes, apio, berro, coliflor, espárragos, lechuga, maíz amarillo, maíz blanco, aguacate, pepino, remolacha.

No aconsejables: Aceitunas griegas, pimientos verdes, tomates, pimientos rojos, hongo oriental, batata, papa.

- **Frutas**

Muy beneficiosas: Piña, mora, ciruelas, limón, cereza, uvas, arándanos, pomelo.

Neutras: Durazno, pera, melón, kiwi, granada, frambuesa, sandía, pasas, manzana, guayaba, fresas, uvas.

No aconsejables: Banano, coco, naranja, mango, melón, papaya, mandarina.

- **Zumos y líquidos**

Muy beneficiosos: Agua de limón, zanahoria, pomelo, apio, piña.

Neutros: Manzana, uvas, zumo de pepino.

No aconsejables: Naranja, papaya, tomate.

- **Espicias**

Muy beneficiosas: Ajo, malta de cebada, salsa de soya.

Neutras: Ají, miel, anís, albahaca, clavos, azúcar blanca, comino, azúcar morena, Maizena, orégano, romero, tamarindo, mostaza, chocolates, canela, perejil, sal, tomillo, algarrobo, nuez moscada, menta, pimienta, salvia, vainilla.

No aconsejables: Alcaparras, pimienta blanca, pimienta en grano, vinagre blanco, pimentón.

- **Condimentos**

Muy beneficiosos: Mostaza.

Neutros: Aderezos de ensaladas, jaleas, encurtidos ácidos, encurtidos dulces, mermeladas.

No aconsejables: Salsa de tomate, mayonesa, salsa inglesa.

Bebidas muy beneficiosas: Café corriente, té verde, café descafeinado, vino tinto.

Neutras: Vino blanco.

No aconsejables: Cerveza, gaseosa cola, gaseosa dietética, licores destilados, otras gaseosas, té negro corriente.

Suplementación para el tipo “A”

El rol de la suplementación ya se trate de vitaminas, minerales o hierbas, es agregar los nutrientes que faltan en su dieta o suministrar una protección adicional donde usted la necesita. El objetivo de la suplementación para el grupo sanguíneo A es:

- Fortalecer el sistema inmune.
- Proporcionar antioxidantes para combatir el cáncer.
- Prevenir infecciones.
- Fortalecer el corazón.

Pautas de ejercicio para el tipo “A”

El taichichuan o taichin, es un ejercicio que mejora la flexibilidad del movimiento corporal; el yoga también es eficaz para mitigar estrés en el grupo sanguíneo “A”. Estos tipos de ejercicios combinan la integridad interna con el control de la respiración y las posturas destinadas a permitir una concentración completa, sin la destrucción de las preocupaciones mundanas.

Personalidad del grupo “A”

“El tipo de sangre “A”, fue una adaptación original a las concentraciones de población y a las tensiones de un estilo de vida urbana más sedentaria pero intensa. Probablemente la cualidad más importante que una persona debía tener en ese medio era una naturaleza cooperativa.”¹⁴ El tipo “A” original tenía que ser gentil, disciplinado y respetuoso de la ley, y tenía que mostrar un control de sí mismo. Las personas solitarias no se adaptan bien en las situaciones grupales.

¹⁴ Ibid., p. 38

7.7 Complicaciones extra articulares

7.7.1 Nódulo subcutáneo. Tumoración pequeña y sólida situada por debajo de la piel que puede detectarse mediante el tacto, los más frecuentes son los nódulos de ASHOFF, que se dan en la fiebre reumática. En la tifoidea se forman nódulos subcutáneos diminutos por inflamación perivascular de células mononucleares.

7.7.2 Nódulo de Herberden. Aumento de tamaño del tejido cartilaginoso y óseo de una articulación interfalángica distal que suele producirse en enfermedades degenerativas de las articulaciones.

7.7.3 Nódulo de Bouchard. Crecimiento cartilaginoso u óseo anormal que asienta en una articulación interfalángica proximal de un dedo de la mano y que suele verse en enfermedades degenerativas de las articulaciones.

7.7.4 Vasculitis. Trastorno de los vasos sanguíneos, característico de ciertas enfermedades sistémicas y reacciones alérgicas.

7.7.4.1 Vasculitis hialinizante segmentada. Trastorno inflamatorio crónico y recidivantes de los vasos sanguíneos de las piernas que se asocian con la aparición de lesiones cutáneas nodulares o purpúricas que pueden ulcerarse dejando cicatrices, también se llaman livedo vasculítica.

7.7.4.2 Vasculitis necrotizante. Proceso inflamatorio de los vasos sanguíneos caracterizado por necrosis, fibrosis y proliferación de la artritis reumatoide, siendo común en el lupus eritematoso diseminado.

7.7.5 Proteinuria. Presencia de cantidades excesivas de proteína generalmente albúmina. En la orina un adulto sano elimina menos de 250 mg. de proteína al día. La proteinuria persistente suele ser signo de enfermedad renal o complicación renal de un trastorno de otro

origen, como la hipertensión y la insuficiencia cardiaca; también puede deberse a ejercicio forzado o a fiebre denominada también albuminuria.

7.7.6 Pannus. Ganglio linfático inflamado no supurante.

7.7.7 Síndrome de Felty. Hiperesplenismo que aparece en la artritis reumatoide de adulto caracterizado por esplenomegalia, leucopenia e infecciones frecuentes. Se desconoce la etiología del síndrome, ofrece mejora temporal en aproximadamente la mitad de los casos.

7.7.8 Pleuresía. Inflamación de la pleura parietal de los pulmones, caracterizado por disnea y dolor punzante que determina la restricción de la respiración normal con espasmo muscular del hemitórax afecto en la auscultación puede detectarse un roce.

7.7.9 Pericarditis. Inflamación del pericardio por traumatismo, neoplasia maligna e infección, urenia, infarto del miocardio, colágenos o por causas idiopáticas.

7.7.10 Afección pulmonar. Las manifestaciones pulmonares en la artritis reumatoidea son frecuentes y tienen mayor incidencia en el sexo masculino. Clínicamente se presenta en forma de pleuritis con derrame, fibrosis intersticial difusa, nódulos reumatoides que se localizan en el parénquima pulmonar y obstrucción de pequeñas vías aéreas.

La afección pulmonar podrá revestir signos de gravedad, siendo necesario tratamientos de fisioterapia para mejorar la ventilación. Miocarditis, y la afectación valvular (mitral, aorta). Aunque el paciente no presenta síntomas de afectación respiratoria se incluirán en el programa de ejercicios de ventilación torácica y abdominal como prevención de posibles complicaciones respiratorias.

7.7.11 Afectación cardiaca. Suele tener una discreta manifestación clínica, por lo que muchas veces pasará desapercibida, confirmándose solamente en la necropsia. Las afectaciones severas a veces causan la muerte. Las distintas manifestaciones cardiacas que pueden presentarse son la pericarditis, tricúspide o pulmonar.

7.7.12 Afectación renal. Las manifestaciones de afectación renal más frecuentes son la glomerulonefritis, nefritis, amiloidosis y la vasculitis; todas ellas podrán conducir a la insuficiencia renal progresiva e irreversible. A las manifestaciones de la patología reumática pueden sumarse los efectos y iatrogénicos de los antiinflamatorios y analgésicos que pueden producir lesiones irreversibles en el parénquima renal.

7.7.13 Afectación oftalmológica. Se pueden diferenciar dos manifestaciones como son la queratoconjuntivitis seca y la escleritis. La queratoconjuntivitis seca es producida por disminución de la secreción lacrimal.

La escleritis es una manifestación de la esclerótica que cursará con dolor intenso y pérdida de visión, produciendo incluso perforaciones en la misma.

7.7.14 Afectación hematológica. La anemia es quizás la manifestación más frecuente y tiene relación directa con la actividad inflamatoria de la enfermedad, siendo también responsable del agotamiento que refieren los pacientes en estos procesos inflamatorios.

7.7.15 Afectación articular. La artritis reumatoidea como su nombre lo indica tendrá su afectación preferible a nivel articular. La fase inicial será la inflamación que podrá evolucionar hacia la destrucción articular; este proceso inflamatorio podrá seguir dos caminos: uno hacia la inestabilidad y la luxación articular y el otro hacia la rigidez y anquilosis.

7.8 Fisiopatología

“La fisiopatología básica de la entidad se desconoce, pero se han propuesto gran cantidad de teorías que tratan de explicar la causa o las causas del desorden”¹⁵. Las principales son:

- **Alteraciones inmunológicas:** El hallazgo de diversos tipos de inmunoglobulinas en la membrana sinovial, lo mismo que el factor reumatoide, la infiltración de la membrana

¹⁵ ocampos@impsatl.com.ar

sinovial por células plasmáticas y por linfocitos, además de la persistente disminución de los componentes en el líquido sinovial.

- **Alteraciones metabólicas:** Las alteraciones metabólicas de las células del tejido conectivo es una de las teorías con la cual se ha tratado de explicar la artritis reumatoide, ya que independientemente de la causa productora, el causante principal de la enfermedad lo constituyen las células del tejido colágeno.
- **Teoría infecciosa:** La teoría infecciosa ha sido sostenida en los últimos tiempos basada en varios hechos como son el de la lesión producida en la membrana sinovial por la inyección de estreptolisina, lo mismo que por los cuadros de artritis espontáneos en animales que han sido infectados con organismos.

7.9 Curso y pronóstico de la artritis reumatoide (incidencia)

Dado la gran variedad de cuadros clínicos que representa la artritis reumatoide, se han descrito secuencias representativas del curso de la enfermedad, independientemente de la extensión del compromiso articular y otros órganos, estos son:

- a). Intermittente con períodos de exacerbación y remisión, los cuales tienen unas características, pueden llegar a durar hasta 21 meses.
 - b). Intermittente con remisión total: En este ocurre el mismo proceso anterior, pero llega un momento en el cual la sintomatología desaparece por completo con permanencia de la enfermedad.
 - c). Lentamente progresivo: En el cual los síntomas pueden ser moderados, pero no hay ninguna tendencia a la remisión. En ningún período puede permanecer así durante años.
-

- d). **Bajo nivel de actividad con curso estable:** Son los pacientes que permanecen con síntomas tan modestos durante todo el curso de la enfermedad, que casi nunca consultan por ella, parece que puede permanecer siempre en este estado.
- e). **Curso agudo y corto:** Representado por los pacientes que tienen un curso muy agudo de corta duración con remisión al parecer total.
- f). **Progreso rápido:** Por último están los cuadros más escasos de la artritis reumatoide rápidamente progresiva que pueden conducir a la muerte del paciente.

7.10 Pronóstico

Es difícil un pronóstico de esta enfermedad, pero se tienen algunas pautas que ayudan en ellos y así se considera de mejor pronóstico los pacientes que tienen una enfermedad de comienzo agudo, severo, con un año o menos de evolución sin nódulos subcutáneos, sin cambios radiológicos de erosión o estrechamiento del espacio articular y con pruebas serológicas negativas para artritis reumatoidea.

Finalmente debe recordarse que algunos casos que cursan durante muchos años como artritis reumatoide clásica, pueden “finalizar” en otros tipos de entidades como las llamadas “enfermedades de la cadena pesada” y en otros cuadros de inflamación difusa del tejido conectivo.

7.11 Diagnóstico diferencial

7.11.1 Artrosis y osteoartritis. Proceso degenerativo que sufren las articulaciones. Los cambios empiezan en el cartilago que sufre reblandecimiento y deterioro, llegando incluso a desaparecer en fases avanzadas.

El hueso subcondral también sufre cambios que se traducen en un aumento de densidad o esclerosis y en la formación ocasional de quistes o geodas. En los márgenes articulares

aparecen prolongaciones óseas del hueso subcondral, de forma irregular y tamaño variable, denominadas osteofitos, que constituyen el signo más característico de la artrosis.

7.11.2 Espondilitis anquilosante. Artropatía inflamatoria de origen desconocido, asimétrico, que afecta mayoritariamente el sexo masculino, y cuyo inicio se sitúa por término medio entre los veinte y cuarenta años. Al igual que la artritis reumatoidea es progresiva y cursa con brotes inflamatorios, a los que siguen períodos más o menos largos de remisión.

7.11.3 Osteoartritis. Forma de artritis en la que una o más articulaciones sufren cambios degenerativos que comprenden esclerosis ósea subcondral, pérdida de cartílago articular y proliferación de hueso y cartílago en la articulación, conformación de osteofitos y posterior inflamación de la membrana sinovial de la articulación. Es la forma más frecuente de artritis; su causa es desconocida, pero pueden estar implicados factores químicos, mecánicos, genéticos, metabólicos y endocrinos.

7.12 Clasificación de artritis reumatoidea

7.12.1 Artritis séptica. Forma aguda de artritis por inflamación bacteriana de una articulación producida por la diseminación de bacteria a través de la corriente sanguínea desde una infección en cualquier punto del organismo o por contaminación de la articulación en el curso de un traumatismo o de una intervención quirúrgica, la articulación presenta rigidez, dolor, hipersensibilidad, calor localizado e hinchazón.

7.12.2 Artritis piógena aguda. Infección bacteriana que afecta a una o más articulaciones, que está producida por un traumatismo o una herida penetrante. Afecta sobretudo a niños y sus signos propios son: Dolor, enrojecimiento, hinchazón de la articulación enferma con espasmos musculares en la zona, escalofríos, fiebre, sudoración y leucocitosis.

7.12.3 Artritis por yersina. Inflamación poliarticular que se produce después de un

periodo de varios días a un mes, tras el comienzo de una infección por yersinia enterolítica y/o pseudotuberculosis, y que por lo general tarda en resolverse más de cuatro semanas. Las articulaciones que más se afectan son: rodillas, tobillos, dedos, pies, manos y muñecas.

7.12.4 Artritis bacteriana. La mayor parte de los casos de artritis bacteriana son resultados de la dimensión hematógena de infecciones. Con menos frecuencia, la infección se origina por aspiración o inyección de una articulación o por dispersión de una osteomielitis continua. La mayor parte de los casos en adultos son causados por cocos gram positivos.

7.12.5 Artritis viral. Las teorías prevaletentes en relación a la patogenia de la AR, lupus erimatoso generalizados y otros síndromes relacionados implican infecciones microbacterianas atípicas. Existen infecciones virales comunes bien caracterizadas, asociadas a poliartritis especialmente, rubéola y hepatitis por virus.

Otros síndromes virales asociados a artritis reumatoides, incluye parotiditis, mononucleósicos, infecciosa y diversas infecciones por arbovirus. La poliartritis, simulando fiebre reumática aguda o AR aguda, que se presenta aproximadamente en un tercio de mujeres infectadas de forma natural o vacunas con un virus de rubéola.

7.13 Tratamiento

“Antes de iniciar la descripción de los diferentes tipos de tratamiento hay que volver a incidir sobre la idea de que la AR, aún tratándose de una misma enfermedad, tiene muy diferentes grados de aceptación, desde pacientes con mínima afectación, sin deformidades y escasa o nula incapacidad, hasta pacientes con enfermedad severa causante de deformidades articulares importantes e incapacidad funcional severa.”¹⁶

Por lo tanto, es fácil comprender que el tratamiento va a tener niveles muy distintos de intensidad dependiendo del paciente, y de la fase de la enfermedad.

¹⁶ mimedico.net/dr-enfermedades/reumato/artritis.htm

Hoy día se dispone de datos que permiten pensar que la enfermedad es más agresiva durante los primeros años de evolución, especialmente en el sentido del daño sobre el hueso que se puede detectar en las radiografías. Se piensa, además, que el curso de la enfermedad es mucho más influenciable (responde mejor a las medicinas) en esas fases iniciales, siendo éste el momento idóneo para intentar, sino detener, enlentecer o modificar favorablemente el curso de la artritis.

De este modo cada vez se tiende a utilizar tratamientos más complejos y “agresivos” en esas fases más tempranas, prácticamente desde el momento del diagnóstico, antes de que aparezcan las lesiones más avanzadas.

Actualmente se suelen utilizar combinaciones de varios fármacos a la vez, con distintos mecanismos de acción. Esto permite un mejor control de la enfermedad, reduciendo además la posibilidad de efectos secundarios porque la combinación, usualmente, permite reducir la dosis necesaria de cada fármaco empleado.

No existe ningún fármaco que cure definitivamente la Artritis Reumatoide, por tanto los principales objetivos del tratamiento serán: Aliviar el dolor, reducir o suprimir la inflamación, reducir o enlentecer el daño de las articulaciones, preservar la función muscular y articular, minimizar los efectos secundarios de las medicaciones y las complicaciones de la enfermedad y mejorar la calidad de vida.

Existe un amplio arsenal de fármacos que van desde los analgésicos y antiinflamatorios, los corticoides y los fármacos inmunosupresores.

“Como complemento se añade el uso de otras medidas como la inyección de corticoides dentro de la articulación, medidas de fisioterapia y rehabilitación, dieta y cirugía.”¹⁷

Esta patología debe ser tratada por un equipo interdisciplinario: Reumatólogos, cirujanos ortopeda, psicólogos, etc. Normalmente ha de ser el reumatólogo el que haga el seguimiento más directo del tratamiento, de modo que la acción de los demás profesionales

¹⁷ www.ugr.es/farma/guion35.htm

Las recomendaciones y advertencias a tener en cuenta para su uso, que pueden prevenir o disminuir la presencia de efectos secundarios indeseables, son:

- Los modernos AINE no son más seguros, todos pueden producir los mismos efectos secundarios.
- No utilizar más de un AINE al mismo tiempo, ya que empleando más de uno no se aumenta la eficacia, pero si la toxicidad.
- No utilizarlos cuando sólo se pretenda obtener un efecto analgésico, pues para ellos ya hay fármacos específicos con menor riesgo, como el paracetamol.
- Emplearlos a las dosis y durante el tiempo indicado por el especialista.
- Utilizar los protectores gástricos de forma sistemática cuando el especialista los indique, y no sólo cuando aparezca alguna molestia.
- En personas de edad avanzada o con problemas renales, hepáticos o cardiacos se deben utilizar con moderación y con estrecho seguimiento por parte del especialista.

b. Corticoides

Los corticoides son fármacos obtenidos de forma sintética y son análogos a unas hormonas que normalmente se producen en el organismo. El primero de ellos y más conocido es la Cortisona. Hay diversos preparados que varían según la duración de su efecto con: Hidrocortisona, Prednisona, Prednisolona, Metilprednisolona, Deflazacort, Triamzinolona, Betametasona y Dexametasona.

Las propiedades fundamentales por las cuales se utilizan para el tratamiento en procesos reumáticos, son su capacidad antiinflamatoria e inmunosupresora (suprime las respuestas inmunitarias) que son las que están desarrollando la enfermedad. A dosis altas son muy potentes y eficaces, pero la frecuencia de sus efectos secundarios, a veces graves, han

hecho reducir de forma importante su utilización en la AR, por la necesidad de su uso crónico en esta enfermedad. Se utilizan por vía oral, intramuscular, intravenosa y, cuando está indicado, de forma intraarticular.

Los corticoides tienen una multitud de efectos secundarios, como son: oculares (catarata, glaucoma), cardiovasculares (hipertensión), gastrointestinales (úlceras, pancreatitis), hormonales y metabólicos (obesidad, acné, hirsutismo, hiperglicemia, hiperlipidemia) y óseos (descalcificación de los huesos, infecciones... aunque parece que al utilizarlos en dosis bajas la probabilidad de aparición de estos efectos es mucho menor).

Para intentar prevenir estos efectos secundarios se suele seguir ciertas normas:

- Se suelen utilizar cuando los AINE o los fármacos modificadores de la enfermedad no controlan satisfactoriamente la enfermedad, utilizándolos entonces como coadyuvantes. También se utilizan de forma transitoria hasta que los fármacos modificadores que se hayan indicado comiencen a hacer efecto.
- Cuando se tengan que utilizar hay que tender a hacerlo con la dosis mínima que se demuestre eficaz.

Dosis mínima eficaz:

- Generalmente se comienza con una dosis más o menos elevada, según el caso, que se van reduciendo progresivamente hasta alcanzar esa dosis mínima eficaz.
- Para uso crónico no es aconsejable sobrepasar la dosis de 7,5 mg. por día, de Prednisona o su equivalente de otros preparados.
- Es deseable llegar a establecer un esquema de administración de días alternos, administrando, si es necesario, AINE en los días que no se administre el corticoide.

- La inyección intramuscular se utiliza cuando estén más afectadas uno o dos articulaciones que no responden al tratamiento general.
- Por su efecto de descalcificación de los huesos se debe hacer una evaluación periódica de la masa ósea, así como administrar suplementos de calcio.
- Hay que tener también cuidado con el control de la glucosa en los pacientes diabéticos, incrementando la dosis de insulina si es necesario. Nunca se deben suspender o reducir la dosis de forma brusca, especialmente cuando se lleva mucho tiempo con ellos.

c. Fármacos de acción lenta o modificadores de la enfermedad

Grupo de fármacos que son conocidos como modificadores de la enfermedad, porque parecen tener la capacidad de modificar la evolución de la AR, aunque todavía se requieren muchos estudios en esta área. Todos ellos comparten varias características en sus acciones. Éstas son:

- Producen mínimos e inespecíficos efectos directos de tipo antiinflamatorio o analgésico y, por lo tanto, durante su administración se debe continuar con la administración conjunta de AINE, excepto en los pocos casos que se consiguen remisiones (curaciones) verdaderas.
 - Se conocen también como fármacos de acción lenta porque su efecto tarda en aparecer semanas o meses. Además de mejorar los síntomas, cuando ya han hecho efecto, también producen una mejoría en los análisis (Factor Reumatoide, Velocidad de Sedimentación).
 - Entre los fármacos modificadores no se ha podido demostrar que ninguno de ellos tenga ventaja sobre los demás, por lo tanto la elección del que se va a administrar en primer lugar va a depender de la toxicidad de cada uno de ellos. La falta de respuesta o
-

la aparición de toxicidad frente a alguno de ellos impide que se produzca una respuesta beneficiosa frente a los demás.

- Cada uno de ellos tiene toxicidad considerable y, por tanto, se necesita una cuidadosa vigilancia del paciente. Esta toxicidad comprende molestias gastrointestinales, alteraciones de la función del hígado, alteración de las células de la sangre (anemia, disminución de defensas, hemorragias), alteraciones cutáneas, daño del riñón, alteraciones neurológicas e incluso mayor predisposición para la aparición de tumores.

Aunque la toxicidad es más frecuente en los primeros meses de uso, es obligada una vigilancia médica y analítica continuadas. Dentro de este grupo de fármacos de acción lenta o modificadores de la enfermedad encontramos los siguientes, que se describen a continuación:

- Metrotexato (Metotrexato R.). Probablemente sea el fármaco de acción lenta más utilizado para el tratamiento de la AR en la actualidad. Constituye el fármaco de primera elección en la mayoría de los casos. Y en muchas ocasiones se utilizan combinaciones de Metotrexato con otros fármacos. Se administra una vez a la semana por vía oral o intramuscular, y suele ser efectivo en el plazo de 6-8 semanas. Es un fármaco con un perfil de seguridad razonable, aunque debe evitarse, siempre a juicio del especialista, en personas con problemas de hígado, riñón, corazón o pulmón. Se debe evitar el consumo de bebidas alcohólicas, puesto que su toxicidad más importante es sobre el hígado. Por esto se deben realizar controles de función hepática cada 4-6 semanas. Otros efectos adversos comunes puede ser:

Inflamación de la mucosa de la boca, náuseas y molestias digestivas, disminución de plaquetas y aumento de las enzimas del hígado en la sangre. Más raramente: Inflamación del pulmón, fibrosis hepática y aplasia medular (con disminución de los glóbulos de la sangre).

- Sales de oro / Aurotiomalato, Auranofin, Miocrin R., son fármacos que se han utilizado mucho durante las décadas pasadas, y todavía son considerados dentro de los fármacos más efectivos por muchos reumatólogos. Incluso determinados pacientes han obtenido una mejoría muy importante y duradera con su uso. El problema es que no todos los pacientes responden de igual forma y que pierden eficacia con el tiempo. Se utilizan por vía oral e inyectados. Como efectos adversos comunes se pueden presentar: Diarrea, erupciones en la piel, picor, inflamación de mucosa bucal y pérdida de proteínas en la orina.

Más raramente: Disminución del número de glóbulos blancos y plaquetas, o inflamación renal. Por tanto se deben hacer controles de hemograma y orina aproximadamente cada 4-6 semanas, sobre todo al inicio del tratamiento.

- Antipalúdicos (Resochin R.). Son fármacos que originalmente se desarrollaron para tratar la Malaria o Paludismo, de ahí su nombre. Son fármacos bastante seguros aunque quizá con menos eficacia. Como efectos adversos comunes se pueden presentar: molestias gastrointestinales, erupciones en la piel y cefalea. Más raramente, aunque es lo que hay que vigilar: alteraciones en la retina y la cornea, alteraciones en los glóbulos de la sangre. En este caso se recomiendan controles de oftalmología cada 6-12 meses y de hemograma cada 3 meses.
- Ciclosporina (Sandimmun Neoral R.). Es un fármaco que se ha comenzado a utilizar en los últimos años en AR. Se ha mostrado especialmente eficaz en el tratamiento de aquellos pacientes con insuficiente respuesta al Metotrexato, en terapia combinada con este mismo fármaco. Se ha utilizado durante mucho tiempo en los pacientes para evitar el rechazo por sus propiedades inmunosupresoras. Lo que hace es modular la inmunidad (las defensas) para disminuir la inflamación. Los efectos secundarios más frecuentes con este fármaco son: molestias gastrointestinales, hinchazón de las encías, aumento del vello, cefalea, temblores y aumento reversible de la tensión arterial y la creatinina en sangre (que supone una disminución reversible de la función del riñón). Más raramente insuficiencia renal, anemia o toxicidad hepática. Para su seguimiento

hay que realizar un control estricto de la TA y de la creatinina en sangre, inicialmente cada 2 y después cada 4 semanas.

- Azatioprina (Imurel R.). También es un fármaco inmunosupresor, que se suele utilizar solamente en los casos en que otros fármacos como Metotrexato o Ciclosporina no sean efectivos o que el paciente presente efectos adversos con ellos. Como efectos adversos más frecuentes se pueden presentar: Trastornos gastrointestinales y disminución del número de glóbulos blancos (lo que predispone a las infecciones) y plaquetas. En casos más raros puede inducir hepatotoxicidad. Por tanto, se deben hacer controles de hemograma cada 4 semanas y de función hepática cada 2-3 meses.

En resumen se ha de decir que los fármacos de acción lenta son tremendamente útiles para el tratamiento de la AR y son, en general bien tolerados aunque los efectos adversos pueden ser importantes. La correcta vigilancia resulta fundamental para la detección precoz de estos efectos.

7.13.1 Fármacos, embarazo y Artritis Reumatoide

¿Qué efecto tiene el embarazo sobre la AR? El 70% de las mujeres tienen cierta mejoría durante el embarazo; especialmente durante los tres primeros meses. Aunque es muy probable que después del parto sufran una recaída en sus síntomas, por lo general en las primeras ocho semanas. Estas recurrencias no están influenciadas por la lactancia ni por el regreso de la regla. Así mismo, no hay evidencia que surgiera que la AR por sí misma pueda tener un efecto adverso sobre el desarrollo del embarazo.

En general no se han demostrado efectos teratogénicos consistentes (esto es, alteraciones en el desarrollo del feto). Aunque sí se ha descrito alteraciones tales como gestaciones prolongadas, trabajo del parto prolongado, hemorragias posparto y cierre prematuro del ductus arterioso en el niño. Desde el punto de vista sería razonable continuar la toma de AINE, si son requeridos, a lo largo del embarazo, pero restringir su uso máximo que se pueda en el último mes, utilizando fármacos que tengan una vida media corta.

En la lactancia, solo se han demostrado que la Indometacina puede producir reacciones adversas. Ya que la mayoría de los AINE tienen la propiedad de poder pasar a la leche materna, el objetivo debe ser la utilización de fármacos que lo hagan en concentraciones muy bajas. Lo ideal sería la administración del fármaco en el momento inicial de cada toma, asegurándose que la siguiente toma no sea antes de las siguientes 4 horas, de esta forma conseguiremos que la exposición del recién nacido al fármaco a través de la leche materna sea mínima.

En cuanto a las drogas modificadoras de enfermedad no se han demostrado los efectos adversos con la toma de corticoides o Sulfasaladina; la cloroquina y la D-penicilina pasan en muy bajas concentraciones a la leche.

En conclusión, cuando sea posible debe retirarse toda medicación durante el embarazo y evitarlas durante el período postparto. Aunque de forma frecuente se requiere el uso de alguna de las drogas modificadoras o AINE.

7.1.3.2 Dietas

Respecto a la dieta hay que tener dos aspectos en cuenta: Uno, el estado nutritivo del paciente y en segundo lugar la posible influencia de determinados alimentos sobre la enfermedad.

En lo que se refiere al estado nutritivo se sabe hoy en día que un 26% de pacientes con AR están mal nutridos. Ello se debe en primer lugar al aumento del gasto de nutrientes que es inducido por el estado de inflamación y en segundo lugar a la falta de apetito que este estado provoca. El paciente artrítico debe hacer una dieta lo suficientemente rica en hidratos de carbono y proteínas como para mantenerse dentro del peso ideal para su edad y sexo. Y con suplementos de calcio para contrarrestar la pérdida que se produce por la propia enfermedad y por la toma de corticoides. Es importante que el paciente tenga el adecuado aporte calórico, especialmente durante los brotes de enfermedad. Por otra parte, evitar el tabaco y el alcohol puede ser también importante.

La obesidad es otro problema que puede añadirse en algunos pacientes con AR, aunque este es un problema mucho menos frecuente en el paciente artrítico. De todas formas cuando se dé el caso es importante reducir peso, aunque nunca se debe hacer llevando a cabo dieta demasiado estrictas que supongan un déficit nutritivo que pueda suponer un problema para la evolución de la enfermedad.

En cuanto a la influencia de la dieta sobre la enfermedad hemos de decir que en pocas enfermedades se ha ensayado tantos tipos de dietas diferentes con en la AR, sin embargo, ninguna de ellas se ha demostrado claramente eficaz. Muchas de ellas pueden llevar a una mal nutrición y a un gasto de dinero innecesario por parte del paciente.

Las dietas vegetarianas, macrobióticas, naturistas, etc., pueden llegar a ser incluso perjudiciales por llevar a una nutrición desequilibrada.

No está aún totalmente aclarado el papel de los aceites de pescado en la actividad de la enfermedad, pero al parecer algunos pacientes mejoran, la mayoría sólo ligeramente, cuando se les añade en la dieta. Un mayor consumo pero sin excesos, de pescados tales como las sardinas, atún, salmón y aceite de hígado de bacalao.

Algunos estudios demuestran que algunos pacientes mejoran tras eliminar ciertos alimentos de la dieta, como por ejemplo: maíz, trigo, bacón, naranjas, leche, avena, ternera y café.

Cada paciente puede experimentar por sí mismo y averiguar si tal en su caso. Deben mejorar tras eliminar el alimento en cuestión de un plazo de 2 a 4 semanas y empeorar tras reintroducir el alimento en la dieta.

7.14 Ejercicios, fisioterapia y medidas ortopédicas

7.14.1 Aspectos generales. Toda persona con AR debe descansar entre 8 y 10 horas en la cama por la noche y entre 30 minutos y 1 hora en la siesta. Hay que evitar una vida con una

gran actividad física o con exceso de preocupaciones. La actividad física moderada es beneficiosa, siempre que no produzca fatiga o dolor.

En el trabajo se deben evitar los grandes esfuerzos físicos o mentales, no se debe estar mucho tiempo en pie, ni realizar movimientos repetitivos, sobre todo con las manos.

Hay que tener una postura correcta mientras se trabaja: sentarse con la espalda recta, evitando el cuello o la espalda doblados hacia delante durante mucho tiempo.

En las labores de la casa hay que evitar hacer fuerza con las manos. No es bueno retorcer la ropa, abrir tapaderas de roscas, apretar fuertemente mangos de cubiertos o de fregonas. Todo ellos puede contribuir a agravar las deformidades.

Reposo

El reposo es importante en el tratamiento de la AR. Durante las fases en las que está activa la enfermedad el dejar el trabajo físico ayuda a aliviar los dolores y disminuye la hinchazón articular. Es por ello que en estas fases está justificada la baja laboral. Pero no es conveniente un reposo total prolongado, es decir, quedarse todo el día en la cama o el sillón, ya que esta actitud tiende a producir a la larga disminución de la movilidad articular, debilidades en los músculos y descalcificación en los huesos (osteoporosis).

El reposo total en cama sólo está indicado en situaciones especiales, como son brotes de hinchazón articular que se acompaña de manifestaciones generales (fiebre, pérdida de peso y cansancio severo), afectación de órganos vitales (corazón, pulmón, vasos sanguíneos), alteraciones destructivas importantes de articulaciones de las piernas, o simplemente en casos de hinchazón articular generalizada en espera de que remita con la medicación. Este tipo de reposo no debe superar las dos semanas y se deben hacer ejercicios intermitentemente.

Durante el reposo hay que mantener una postura adecuada con los brazos y las piernas

estirados. No se deben poner almohadas debajo de las rodillas en la cama, ya que aunque puede aliviar el dolor, producirá a la larga deformidades en rodilla y caderas.

Tampoco es bueno estar mucho tiempo en el sillón, ya que al estar sentados se doblan las caderas y rodillas. Podemos, no obstante, mantener estiradas las rodillas si colocamos un taburete de apoyo en los pies, o mejor un sillón con apoyo para las piernas y pies. Los codos deben alternar posiciones de doblado y estirados. La cama debe ser plana, con un somier rígido debajo del colchón. O en su defecto, colocando una tabla entre el colchón y el somier.

Se debe usar una almohada baja, de tal manera que el cuello quede recto.

La cama debe ser lo suficientemente alta por poder levantarse sin forzar las rodillas. Para evitar el roce o el peso de la ropa de la cama sobre los pies se puede colocar un arco de alambre debajo de la sábana, o apoyar la planta de los pies en una tabla. Cuando se lee en la cama no debe doblarse la espalda utilizando almohadones, sino que debe doblarse desde las caderas y subiendo toda la espalda como en las camas de los hospitales.

Hay supletorios simples para subir la parte de arriba de las camas normales.

Ejercicios

Son necesarios para mantener y mejorar la función articular, para evitar la pérdida de fuerza y prevenir la descalcificación que produce el reposo. En general se debe hacer ejercicios con las articulaciones que no estén hinchadas, y no hacerlos con las que sí estén. Hay varias clases de ejercicios:

Ejercicios pasivos: Son los que realiza otra persona al mover las articulaciones del enfermo. Son necesarios en los casos muy graves o en los que se busca la movilidad de una determinada articulación. Se necesita un fisioterapeuta que conozca la AR o se dedique especialmente a enfermedades reumáticas inflamatorias.

Ejercicios isométricos: Son útiles para aumentar la fuerza muscular. Consiste en contraer un determinado músculo durante seis segundos sin mover la articulación inflamada. Se hacen intermitentemente durante 2-3 minutos cada hora del día.

Ejercicios activos: Son los que entendemos como ejercicios físicos y los más utilizados. Los realiza cada paciente bajo la supervisión del Fisioterapeuta que le indicara cuáles son los que puede hacer y los que debe evitar. Es importante realizarlos diariamente, y es preferible el hacer un poco de ejercicio todos los días o mucho ejercicio un solo día de la semana. Deben hacerse suavemente, buscando la máxima amplitud de movimiento; los enfermos en cama deben hacerlos 3 veces al día. El resto de los enfermos es suficiente hacerlos 1 ó 2 veces al día. Se pueden practicar sobre una cama plana, aunque es mejor sobre una alfombra, ya que permite mejor apoyo.

Hay diferentes movimientos para cada articulación. Al principio se repite cada movimiento 10 veces y luego se aumenta poco a poco hasta 20 veces, en sesiones de unos 15 minutos.

Cuando aparezca dolor persistente durante el día se disminuirá el número de repeticiones, o se suspende ese movimiento durante unos días. Los dolores pasajeros, que pueden aparecer al realizar los ejercicios, no son motivo para suspenderlos.

Deporte

Hay que evitar deportes extenuantes, los que requieran cargar en los brazos objetos pesados, los que mantengan largo tiempo posiciones articulares fijas y los que originen impactos articulares fuertes (deportes de contacto, saltos).

La natación, bicicleta común o estática, y caminar, son los ejercicios más recomendados. En los periodos de poca inflamación es muy recomendable practicar algún ejercicio físico de forma habitual, pero sin cansarse.

Calzado y ropa

Es importante usar un zapato adecuado. Debe ser elástico pero firme. Es mejor no usar zapatos de plástico o material sintético. Es bueno que el talón esté sujeto, por lo que se recomienda zapatos tipo botín con un refuerzo posterior. La puntera debe ser ancha, y el empeine alto para que no se produzcan rozaduras en los dedos.

Hay que consultar al Reumatólogo la conveniencia de usar plantillas.

Se pueden usar zapatos ortopédicos a medida cuando se produzcan rozaduras o dolor con el zapato normal. Los cordones y lazos pueden sustituirse por elásticos. La vestimenta debe ser cómoda, ligera y fácil de poner y quitar.

Los botones pequeños pueden ser difíciles de abrochar: los cierres de Velcro son más manejables. Las ropas con cierre en la parte delantera son las sencillas de usar.

Férulas de reposo

Las férulas de reposo son unas estructuras rígidas (escayola o plástico duro) que mantienen una o varias de las articulaciones en reposo. Ayudan a que disminuya la inflamación y el dolor, y evitan en parte determinadas deformidades articulares (sobre todo las producidas por una inadecuada posición de reposo).

- Las más utilizadas son: las de muñecas, manos, rodillas y tobillos.
 - Se usan en articulaciones en las que a pesar del tratamiento persiste la inflamación, o cuando se inician determinadas deformidades, o en caso, de dolor localizado fuerte que dificulte las actividades diarias.
 - En caso de dolor cervical puede ser fácil el uso de un collarín cervical.
-

Modalidades fisioterapéuticas

Son técnicas que no duran, pero que pueden aliviar el dolor o disminuir la hinchazón articular temporalmente. Hay muchas clases, las más importantes son:

- **Calor húmedo.** En este apartado están los ejercicios realizados en piscina de agua caliente (35°). Permite hacer ejercicios variados sin cargar sobre las articulaciones de las piernas. La forma más simple de calor húmedo es mediante baños de agua caliente en casa, que se deben hacer por la mañana al levantarse, ya que ayudan a disminuir el agarrotamiento matutino y permiten a continuación realizar más fácilmente los ejercicios. En los balnearios se aplican calor húmedo de distintas maneras.

- **Calor seco:** Produce calor profundo favoreciendo la circulación de la sangre en la zona y ayuda a la relajación de los músculos. Utilizan este calor los infrarrojos, la onda corta y los ultrasonidos.

Los más utilizados son los baños de parafina. Son muy útiles ya que se pueden hacer en casa. Se utilizan sobre todo para manos y pies. Después del baño de parafina se deben hacer los ejercicios correspondientes.

- **Frío:** En determinados casos, como inflamaciones agudas o golpes, alivia el colocar compresas frías o bolsas de hielo en la articulación afectada.

- **Masaje:** Mejora la tensión muscular y el dolor producido por ella.

Ayudas

Se utilizan para superar las limitaciones que produce la enfermedad:

- **Ayudas para caminar:** Se recomienda el uso de bastón o muleta para descargar una pierna que esté afectada y que dificulte la marcha.

Además de ayudar a caminar mejor evitan caídas que pueden fracturar los huesos debilitados por la AR. Hay bastones especiales con una plataforma horizontal acanalada para el antebrazo de modo que se carga el peso en el codo y el hombro en vez de la muñeca.

- **Ayudas para el vestido.** Velcro para sustituir botones y cierres. Cierres elásticos en los zapatos. Calzadores con mango largo. Sacador de medias.
- **Ayudas para el aseo.** Escalones de baño que facilitan la entrada y salida del baño. Sillas o tarimas de baño. Aparatos de aseo con mangos largos (esponjas, cepillos). Suplementos para subir la altura del retrete y así poder sentarse y levantarse más fácilmente. Barandillas y asideros para agarrarse en la ducha.
- **Ayudas para las tareas domésticas:** Cepillos y escobas con mangos largos. Llaves con mangos largos. Varillas extensibles para aumentar el alcance. Carretillas para transportar diferentes objetos. Tijeras y tenazas con mango largo. Enchufes con empuñadura. Fregonas, cubiertos con mangos anchos que permitan un mejor agarre.
- **Ayudas para el coche.** Asientos de coche, que facilitan la entrada y salida del auto. Pedal de acelerador agrandado. Mandos del vehículo con alargaderas que acerquen los mismos a la mano del conductor.

Hay otros muchos tipos de ayuda que se pueden buscar pensando en cada problema concreto. En las ortopedias se pueden ver diferentes ideas y con la ayuda de la imaginación y de algún familiar o amigo “manitas” se pueden hacer muchas ayudas caseras que mejorarán la vida diaria. Lo importante es no decir: “Esto no lo puedo hacer”, sino pensar “Cómo puedo conseguir hacerlo?”

Cirugía - consideraciones generales

El tratamiento quirúrgico, salvo en casos muy especiales, se aplica en las fases tardías de la

enfermedad. Los objetivos realistas de los procedimientos quirúrgicos son el alivio del dolor, la corrección de la deformidad y el mantenimiento o recuperación de la función física.

Puesto que la mejoría del dolor es el efecto más consistente que se puede obtener de la cirugía reconstructora, el dolor es, por tanto, la indicación primaria para la realización de muchas intervenciones. El restablecimiento de la movilidad y la función, distintos de la mejoría del dolor, es menos predecible y requiere una valoración cuidadosa de la discapacidad de cada paciente, antes de anticipar los posibles resultados de la intervención.

Procedimientos

- **Sinovectomía:** Este procedimiento consiste en extirpar la membrana sinovial inflamada. Se suele realizar en las fases iniciales de la enfermedad. No es un procedimiento definido, y suele requerir su repetición en otras ocasiones, hasta que finalmente pueda requerirse la sustitución protésica si es una articulación indicada para ello.
 - **Osteotomías.** Consiste en la extracción de cuñas de hueso, y se utilizan con la finalidad de mejorar el alineamiento de algunas articulaciones de forma que las fuerzas de carga actúen de forma correcta sobre articulaciones previamente deformadas, mejorando así la función y el dolor.
 - **Atrodesis:** Es otro de los procedimientos disponibles, y que consiste en la fijación de una articulación (anquilosis terapéutica) en una posición lo más funcional posible, evitando de esta forma cualquier movilidad de la misma, pero permitiendo una mejor función debido a la posición en que se fija la articulación. De esta forma mejora el dolor y la función de la articulación.
 - **Intervenciones de liberación de nervios.** Que se pueden haber quedado comprimidos a causa del estrechamiento que produce el proceso inflamatorio, a nivel de canales ya de
-

por sí muy estrechos, como es el caso del nervio mediano a su paso por la muñeca o el nervio tibial anterior a su paso por el tobillo, lo que va a ocasionar dolor y sensación de acorchamiento, que puede mejorar con estas intervenciones de liberación.

- **Reparación de tendones:** Que pueden haberse roto a causa de la inflamación persistente, contribuyendo a la deformidad articular.
- **Sustitución protésica o artroplastia de reemplazo:** Se puede decir que el mayor avance aislado respecto al tratamiento de los pacientes con artritis en las últimas tres décadas ha sido el desarrollo de la sustitución articular total por prótesis artificiales.

Las articulaciones sobre las que más se ha trabajado y mejores resultados han dado en cuanto a la mejoría del dolor, capacidad funcional y movilidad, con la sustitución protésica, han sido cadera y rodilla. Se han desarrollado y se han ido mejorando cada vez más toda una serie de nuevos diseños y de nuevos materiales para la construcción de las prótesis, de forma que han permitido que se puedan obtener los resultados actuales de este procedimiento quirúrgico.

Menos experiencia se tiene con articulaciones como codo y hombro, en cuanto a la situación protésica, que son articulaciones en las que se plantea menos a menudo la necesidad de artroplastia. Aunque se han comunicado series con excelentes resultados en cuanto a la mejoría del dolor tras la sustitución articular total del hombro. Menos con el codo, en el que una buena actitud puede ser la realización inicial de sinovectomía.

En la muñeca posiblemente la mejor opción puede ser la artrodesis de la articulación. En los dedos de la manos la artrodesis es todavía el procedimiento de elección para las articulaciones distales. En las proximales y metacarpofalángicas se están realizando sustituciones protésicas, aunque en algunos casos lo más indicado es la artrodesis.

Finalmente decir que el cirujano que debe operar a un paciente con artritis debería estar familiarizado con los requerimientos especiales del paciente con múltiples articulaciones

afectadas y debería formar parte de un equipo compuesto por reumatólogos, enfermeras, fisioterapeutas, rehabilitadores, trabajadores sociales así como incluyendo al propio paciente. El paciente debe participar en la planificación de las intervenciones quirúrgicas de forma que pueda comprender mejor la duración del tratamiento, la necesidad de fisioterapia prolongada y desarrollar o crearse metas reales para los resultados del procedimiento quirúrgico.

Las revisiones del enfermo con artritis reumatoidea degenerativa: eficacia y seguridad

La AR es una enfermedad de carácter crónico para la que no existe un tratamiento definitivo que sea capaz de conseguir la curación. Por lo tanto se trata de una enfermedad que requiere un estrecho seguimiento, el cual va a estar condicionado por la naturaleza progresiva del proceso y por la presencia más o menos frecuente de los brotes de la actividad, durante los que dicho seguimiento ha de ser más intenso si cabe.

Por tanto, queda claro que la función del Reumatólogo no acaba tras diagnosticar la enfermedad e indicar un tratamiento para las manifestaciones iniciales de la misma. El paciente artrítico ha de ser sometido a revisiones más o menos frecuentes en las que una serie de parámetros han de ser valorados, y que serán los que no hagan tener conciencia del estado, evolución y persecución funcional de la enfermedad. Los parámetros o medidas que han de valorarse de forma deseable en cada revisión son los que siguen:

- Número de articulaciones dolorosas.
 - Número de articulaciones hinchadas.
 - Rigidez matutina medida en minutos.
 - Valoración global por parte del paciente en una escala que puede ir desde “mucho mejor”, respecto a visitas previas, a “mucho peor”.
 - Valoración global por parte del médico.
 - Manifestaciones extraarticulares, tales como la presencia de nódulos, lesiones cutáneas o cualquier manifestación de otra enfermedad.
-

- Datos de analíticas y, en ocasiones radiografías.
- Valoración del estado funcional del paciente, es decir, de la capacidad para poder realizar actividades normales de la vida diaria.
- Grado de cumplimiento del tratamiento prescrito.
- Tratamientos nuevos añadidos por cualquier otro proceso o enfermedad. Y, finalmente, la presencia de efectos secundarios causados por la medicación, tales como sangrado digestivo, dolor de estómago, infecciones, somnolencia...

Para que el paciente puede ser revisado de forma rápida y eficaz, debe familiarizarse en la “valoración de su propio estado de salud, en la detección de efectos secundarios de los fármacos” y en la complementación de cuestiones acerca de actividades de la vida diaria que pueden ser afectadas por la artritis.

7.15 Hidroterapia

7.15.1 Definición. La hidroterapia es el proceso terapéutico que consiste en el tratamiento de todo el cuerpo o partes del cuerpo con agua a temperaturas variadas. Puede contribuir al alivio y hasta la curación de las enfermedades más diversas a través de la presión ejercida sobre el cuerpo, de los baños simples o con la adición de determinados productos, del efecto de propulsión de arriba hacia abajo y de acciones localizadas. Esto es porque actúan sobre el metabolismo, el sistema nervioso y la circulación sanguínea. La hidroterapia (una de las revoluciones en la medicina, especialmente en la rama de la rehabilitación física) es un reactivador y puede emplearse tanto para primeros auxilios como para muchos problemas cotidianos, ya que al establecer el flujo de energía contribuye a que el organismo se cure por sí mismo y evita la aparición de muchos otros problemas de salud. (Ver anexos).

7.15.2 Antecedentes. La enorme variedad de técnicas y unos terapéuticos que incluyen agua se conoce con el nombre general de HIDROTERAPIA y parte de un enfoque general de la buena salud conocida como medicina holística. Uno de los principales objetivos de

esta medicina, que no usa medicamentos, pone de relieve la interacción entre mente, cuerpo y nutrición, superándose así los bloques de energía. Desde tiempos ancestrales, el agua ha sido una medicina natural que beneficia a todo el cuerpo, es de muy bajo costo y fácil de autoaplicar.

“Puede utilizarse de formas polifacéticas y en efectos secundarios para ayudar a controlar y curar problemas agudos – desde la diarrea, pasando por un resfrío hasta las migrañas – así como la mala salud crónica.”¹⁸

7.15.3 Efectos del tratamiento. El agua puede equilibrar la temperatura del organismo, retirar el material tóxico o extraño y estimular o serenar la totalidad del sistema nervioso. Aplicación breve de agua fría actúa como tónico, aplicación prolongada de agua fría actúa como sedante. El hielo o agua congelada es muy útil para reducir el dolor de las quemaduras no profundas, aminorar la hemorragia en heridas y reducir las inflamaciones. El agua tibia es cedante y relaja el cuerpo. El agua caliente, en aplicaciones breves, seda y descongiona el organismo y el tono muscular, logrando que el cuerpo se sienta más relajado. Aplicación prolongada de agua caliente descongiona el cuerpo relajándolo en su totalidad.

Otra de las formas de tratamientos con agua es a través de vapor. Éste aumenta la actividad de la piel y provoca la transpiración que, a su vez, limpia el cuerpo desde su interior. Por ejemplo, el vapor caliente de un vaporizador, en cual hemos aplicado gotas de aceite esenciales, alivia la congestión pectoral, agrega aire húmedo a las habitaciones evitando enfermedades nasales y de las mucosas de los senos del cráneo, además de aliviar muchos problemas alérgicos transmitidos por el aire.

7.15.4 Otros tipos de tratamiento

Frotaciones y lavados: Estimulan el metabolismo, la circulación, la respiración, además de fortalecer y robustecer. compresas, vendajes y cataplasmas hacen bajar la fiebre,

¹⁸ www.contusalud.com

estimulan la irrigación cutánea, calman el sistema nervioso cuando son fríos; compresas y vendajes alivian los dolores y eliminan espasmos, cuando son calientes; duchas – de cuerpo entero o localizadas; calientes o frías; baños de inmersión fríos para estimular el sistema nervioso y circulatorio o calientes para relajar, calmar, combatir el insomnio; baños localizados para resolver problemas específicos en los brazos, ojos, cara, pies etc.; estimulan la irrigación de la región abdominal y de la pelvis, cuando son fríos; baños de vapor – sudoríferos, y adelgazantes; técnicas diversas – inhalación, lavados, clisteres, gárgaras, etc.

7.15.5 Recomendaciones. Las aplicaciones de agua fría, que se hacen generalmente sobre un cuerpo que se haya calentado previamente y en un ambiente también calefaccionado estimula el metabolismo y la producción activa de calor. También se efectúan de agua caliente, siendo estas más recomendadas cuando se deben efectuar sobre una persona debilitada, con el cuerpo frío o deprimido, estos baños relajan y disminuyen la presión arterial, se recomienda siempre terminarlos con una ducha de agua fría, en todos los casos después de aplicar el baño, sólo deben secarse los cabellos y la cara, dejando el resto del cuerpo húmedo envuelto en una manta o frazada y acostado en cama y con abrigo.

El agua es un elemento esencial para el organismo, pues ya sea en forma de linfa o de sangre transporta, disuelve, distribuye los alimentos por las células, remueve residuos, etc. tanto su ingestión (agua pura, preferentemente de fuente mineral, o en forma de infusión) y su uso en baño de limpieza diario, como su aplicación a través de métodos específicos, constituyen una manera segura de utilizar la naturaleza para conseguir el equilibrio del cuerpo. A los efectos medicinales que ejerce el agua sobre el organismo se le suman ahora ejercicios para el tratamiento de personas con discapacidad.

7.15.6 Técnicas de aplicación. El manejo de las aguas se confiere a la técnica y su actuación. La piel es una gran zona reflectógena, por su íntima relación con mecanismos nerviosos y endocrinos. La hidroterapia es la suma de estímulos cutáneos hidroterápicos de orden térmico, mecánico, táctiles, hidrostáticos y dinámicos. De ahí la importancia de la técnica, de su aplicación y la complejidad de sus efectos. La misma agua, termal o no,

tiene distintos efectos según actúe en grandes o pequeñas masas, según se la use en bañera o duchas, según sea la caliente o fría. Todos estos estímulos no actúan aisladamente, sino en combinación.

El dosaje (en tiempo o en temperatura) del estímulo es muy importante: el tiempo más o menos prolongado del mismo modifica sus efectos. También lo modifica el área de aplicación: local o general. Los estímulos de orden térmico, operan en función de la temperatura de las aguas, siendo el elemento más favorable, controlable y regulable.

El termómetro no lo es todo: Existe la sensibilidad personal, nacida de los mecanismos vasculonerviosos y condiciones de la piel, de la raza, del temperamento, de la constitución, del entrenamiento, de la forma clínica de la enfermedad, de la edad.

Los baños no son un campeonato de resistencia al calor, inversa a la progresiva acentuación de la temperatura, según la necesidad de cada indicación, va la duración del baño: cuanto más caliente más corto, es la ley general.

Para los efectos hidroterápicos, adoptamos un criterio práctico, para establecer las temperaturas de las frías de 32° a 34°, neutras, de 35° a 36°, y calientes de 36° en adelante.

Las técnicas aplicadas, según la temperatura del agua, son de sedación y de resolución.

La sedación se obtiene con baños de inmersión a temperatura neutra comenzando con 10 a 15 minutos de duración y no pasando media hora, a la que se ha llegado progresivamente. Aparte de su efecto sedante del dolor y de la inflamación, tiene un efecto desensibilizante.

La resolución se obtiene con baños de inmersión o duchas hipertermales y termales, con temperaturas progresivamente crecientes, desde 36° hasta 38° y en algunos casos más grados, durante 10 minutos al principio y progresivamente y con mucha prudencia 30 minutos.

Es importante simplificar la indicación y la técnica, teniendo en cuenta un esquema muy útil, cuando la afección se encuentra en etapa aguda, con dolor e inflamación, esta indicado en baños de sedación, con aguas mesotermales e hipotónicas, sin actividad física (la actividad física pertenece a un estímulo de orden dinámico).

Cuando la afección ingresa en una etapa de cronicidad, está indicado tratamientos con baños de resolución, aguas hipertermales e hipertónicas, más ejercicios dentro del agua.

Los estímulos de orden mecánicos, son aquellos que actúan, mediante percusión o presión de un chorro de agua, olas o agitación del líquido. Los elementos facilitadores de este estímulo, son del tipo de hidromasaje, en piletas individuales o piscinas, donde la percusión o presión, es recibida bajo el agua, en forma localizada o general, el resultado obtenido es de resolución, antiflogístico y relajante muscular. Hidropulsor, chorro de agua aplicado a fuerte presión (entre tres y siete atmósferas), que se darán a 35° de temperatura y la duración oscila entre tres y diez minutos. Tiene una acción de masaje sobre la dermis subyacente, con la consiguiente movilización sanguínea, es favorable su aplicación en las afecciones de la piel, como la psoriasis por su acción de descamación.

Pulverizaciones, ducha final de un tratamiento hidropulsor, es decir se dan a continuación y consiste en aplicar una lluvia de presión sobre la piel que acabamos de tratar, para calmar en el caso de psoriasis, el posible dolor o malestar causada por la presión de la ducha con hidropulsor.

Los estímulos de orden táctiles, por acción de contacto con el agua, se encuentran presentes y combinados en todos los estímulos que utiliza la hidroterapia.

Los estímulos de orden hidrostáticos son grandes masas de agua que contrarrestan la acción de la gravedad, este estímulo ha sido detallado dentro de las propiedades físicas del agua; se puede agregar que tiene un beneficio importante como agente antiflogístico, puesto que la presión aumenta con la profundidad, la inflamación se reduce más fácilmente si los ejercicios se realizan bastante por debajo de la superficie del agua en donde se ejerce la

mayor presión. La presión lateral y el efecto de flotación ejercidos conjuntamente darán la sensación de una disminución de peso.

7.15.7 La hidrogimnasia. Los estímulos de orden dinámicos, aunque no sean hidroterápicos, los incluimos dentro de este género por ser un pilar importantísimo de la hidroterapia; a éstos pertenecen los ejercicios en el agua. Fundando la base de nuestras experiencias y resultados, sobre ellos hemos desarrollado una técnica de ejercicios en el agua. Este método aprovecha las propiedades físicas del agua, que permiten desarrollar las funciones anatómicas y fisiológicas de las articulaciones y músculos en forma normal, usando la flotación como facilitador cinético, las diferencias de presión como resistencia, los flujos turbulentos como tracción.

Cuando un cuerpo se mueve a través del agua, pueden tener diferencias de presión alrededor de este cuerpo. Existe un incremento de la presión en el frente y un descenso en la parte posterior del cuerpo, ocasionando que el agua fluya en remolinos, teniendo lugar en el área posterior del cuerpo, produciendo una turbulencia; esto tiene un efecto de tracción. Variando el arco de onda puede alterarse la resistencia al movimiento del cuerpo. Pueden trabajarse diversas áreas, utilizando patrones de movimiento; puede darse mayor resistencia a los componentes del movimiento, aumentando la velocidad, aumentando el brazo de palanca, cambiando con rapidez la dirección del movimiento.

“Cuanto más fuerte sea el ejercicio exigido, tanto más firmemente deberá apoyarse el paciente. Es importante que la posición y peso corporal se utilicen eficientemente para permitir una economía de esfuerzo mientras que se obtenga el máximo de trabajo por parte del paciente.”¹⁹

La hidrogimnasia, es la gimnasia aplicada dentro de la piscina, con o sin elementos. La natación es una actividad recreativa especialmente útil. Las distintas brazadas requieren el empleo de una amplia variedad de músculos y muchos pacientes que se hallan gravemente

¹⁹ www.intelsat-bb.com.ar

dificultados fuera del agua se encuentran sorprendentemente ágiles en la piscina. Cabe destacar el gran valor del efecto psicológico.

El método: Cuando un paciente ingresa por primera vez lo hace bajo indicación médica, con un diagnóstico determinado, una secuencia y duración acorde a su necesidad. El paciente debe ser registrado con la información pertinente. El profesional tomará una breve historia del comienzo, duración e importancia del estado del paciente, experiencias previas con el medio, miedos, confianza y tolerancia a las temperaturas del agua.

Al paciente se le proporciona una explicación de las actividades que ha de recibir y los efectos posibles, cualquier precaución de le explicará inmediatamente antes de que ingrese a la piscina. Como muchos pacientes son temerosos al agua, debe tenerse cuidado en infundirle confianza, facilitándoles el ver como otros pacientes realizan la actividad antes de ingresar al agua.

Antes de ingresar el paciente al agua recibirá una ducha a una temperatura a 36°C para acostumbrarse a la temperatura de la piscina. Si el paciente es independiente, puede penetrar a la piscina descendiendo lentamente, si el paciente es aprensivo será conveniente la ayuda profesional que lo acompañe tomado de la mano para estimularle confianza. La progresión del ejercicio estará determinada según las respuestas del paciente, evaluando los efectos producidos en la primera clase, es común en pacientes temerosos, obtener resultados poco esperados; esto se debe en gran parte a la situación estresante que es sometido, considerando que se encuentra en un medio desconocido. Estos pacientes son los que más tarde sienten en concluir el tratamiento.

7.15.8 Ejercicios de precalentamiento. Los ejercicios suaves, llamados de precalentamiento, son indispensables a la hora de hacer cualquier ejercicio físico. Incluso al proponerse dar un paseo andando, es mejor que el ritmo inicial sea suave. Gracias a estos movimientos moderados, la circulación se activará y los músculos y la articulaciones se prepararán para ejercer una actividad de mayor intensidad.

Si ésta se alcanza de forma gradual, se evitará la posibilidad de sufrir desgarramientos musculares, distensiones de ligamentos y todo tipo de pequeños accidentes que pueden entorpecer por un tiempo la realización de cualquier ejercicio físico normal.

También es importante acompañar con una respiración bien acompasada los diversos movimientos inherentes a cualquier ejercicio gimnástico.

El primer síntoma de que se está forzando el cuerpo antes de tiempo suelen notarse en la respiración: cuando se siente dificultad para respirar. En ese caso lo mejor será detenerse, descansar durante un tiempo y comenzar de nuevo los movimientos imprimiéndoles un ritmo más pausado que el que tenía al producirse la respiración dificultosa y agitada.

Otro síntoma que también hay que tener en cuenta y, en consecuencia debe evitarse, es el dolor agudo y sostenido en un músculo. Pero esto no es válido para las llamadas “agujetas”, que son el resultado normal de no haber ejercitado los músculos del cuerpo durante un tiempo más o menos prolongado.

Dentro de las normas estéticas que menos aceptación tienen en la actualidad cabe evitar el vientre abultado, con la subsiguiente desaparición de la cintura.

Pero, además, al punto de vista estético se suma la incomodidad de que una persona sin cintura tiene, de hecho, mucha menos facilidad de movimiento y, por tanto, grandes y frecuentes dificultades para realizar ciertos actos, como el de agacharse para recoger algo del suelo.

A ello se añade que cada vez gana más terreno la ya bastante difundida teoría de que la vida más larga y saludable está directamente relacionada con la cintura delgada y flexible, y que, junto con el cuello y los hombros, la cintura integra el cuadro de las zonas generalmente más tensas del cuerpo.

Por consiguiente, es natural que entre los ejercicios de precalentamiento se incluyan

algunos de flexión que, además, tienen la virtud de que, con la ayuda adicional de un cierto control dietético, pueden ser los únicos y los mejores ejercicios que deba hacer quien haya perdido la cintura.

La cintura delata la verdadera condición física de una persona. Cuanto más gruesa sea, menos saludable será su estado físico.

Los ejercicios físicos por cuenta propia están contraindicados para quienes tengan problemas específicos en alguna articulación.

No es aconsejable hacer movimientos físicos intensos sin hacer antes ejercicios de precalentamiento.

7.15.9 Primeros movimientos. Es aconsejable, como primer ejercicio, empezar a caminar sin avanzar, es decir, sin moverse del lugar y gradualmente ir aumentando el ritmo.

Si se ha llevado una vida sedentaria y la práctica de ejercicios físicos se inicia en este momento, el aumento del ritmo deberá ser especialmente gradual hasta que se alcance el correspondiente a correr con calma, pero sin sentir ningún síntoma de fatiga.

El cuello

Teniendo en cuenta que la parte más tensa y rígida del cuerpo suele ser el cuello, es conveniente hacer, a continuación, una serie de movimientos rítmicos destinados a flexibilizar sus articulaciones y músculos.

Para ello, debe mantenerse el cuerpo erguido, los pies juntos, las manos cogidas en la espalda y, en esta posición, comenzar a hacer afirmativas exageradas con la cabeza, moviéndolas unas diez veces de atrás hacia delante hasta tocar el pecho con la barbilla y viceversa.

El ejercicio siguiente consistirá en “negar” unas diez veces con la cabeza erguida. Finalmente, y para terminar, se flexionará al máximo el cuello de izquierda a derecha igual número de veces.

Con estos primeros ejercicios centrados exclusivamente en el cuello, puesto que el resto del cuerpo debe estar inmovilizado, se desgarrotan los músculos de esa zona, y la anterior sensación de tensión es reemplazada por la de una mayor flexibilidad.

Los brazos

Separando ligeramente las piernas, extendemos los brazos y moverlos juntos de atrás hacia delante, describiendo círculos, mientras se inspira y se aspira lenta y profundamente con cada movimiento. Este ejercicio debe hacerse unas diez veces y sin pausa, otras diez veces en sentido inverso. Para terminar y sin cambiar las piernas de posición, deben abrirse los brazos en cruz, con las palmas de las manos hacia delante y llevar los brazos hacia atrás de forma enérgica, a la vez que se inspira y se hecha el pecho hacia adelante lo máximo posible. Este ejercicio, que también debe repetirse una diez veces, está indicado para tonificar los músculos pectorales, facilitar la distensión de la caja torácica y estimular el ritmo de la respiración.

La cintura

El ejercicio físico para reducir y flexibilizar la cintura quizá sea el más conocido, porque es rara la persona que no ha intentado alguna vez tocarse lo pies con las manos sin doblar las rodillas, en general, sin conseguirlo.

Para lograrlo, debe comenzar por poner los pies juntos —o apenas separados—, alzar los brazos a los lados de la cabeza y llevando ésta hacia atrás, expirando lentamente de manera que se termine de expeler todo el aire al momento de llegar a tocar los pies con las manos, sin flexionar las rodillas.

Será difícil lograrlo al principio, pero con tesón y paciencia, repitiendo este ejercicio unas diez veces por día, se llegará a tocar los pies no sólo con las puntas de los dedos sino incluso con las palmas.

A modo de complemento de estos movimientos, debe ponerse el cuerpo en posición erguida, con las manos cruzadas tras la nuca e inspirando profundamente por la nariz, llevar los codos hacia atrás.

Con los brazos en la misma posición, a continuación, y mientras se expira por la boca, se gira el tronco hacia la derecha y se vuelve a la posición inicial. Se repite la inspiración y la expiración moviendo nuevamente el tronco, pero esta vez hacia la izquierda. Este ejercicio, repetido unas diez veces al día, le dará a la cintura flexibilidad en la rotación, siempre que sea sólo de la cintura hacia arriba la parte del cuerpo que se mueva.

Para completar los ejercicios destinados a agilizar el movimiento de la cintura, deben separarse ligeramente las piernas, poner las manos sobre las caderas y flexionar la cintura hacia los lados, expirando al iniciar el ejercicio e inspirando al volver a la posición inicial. Tras hacer este ejercicio diez veces, debe flexionarse la cintura hacia adelante hasta tocar el pie derecho con la mano izquierda, a la vez que se expira.

Se inspira al erguir y se repite el ejercicio, pero esta vez tocando el pie izquierdo con la mano derecha. En ambas ocasiones, el ejercicio, que también se repetirá unas diez veces, deberá hacerse sin flexionar las rodillas en absoluto.

Como los ejercicios para dar una mayor flexibilidad a la cintura obliga a mantener en tensión los tendones y las articulaciones de las rodillas, se suele producir en la parte trasera de éstas un cierto dolor. Con el fin de aliviar, basta ponerse lentamente en cuclillas, con los pies apoyados sobre los dedos, con el torso erguido y los brazos extendidos hacia delante, apoyando las manos sobre la rodilla y quedarse unos instantes en esta posición, antes de repetirla dos o tres veces más.

Tras este ejercicio, debe ponerse el cuerpo erguido, con las piernas nuevamente rectas, flexionar la cintura – llevando el torso hacia delante – y, con los brazos extendidos, ejercer una suave presión sobre las rodillas con las manos.

8. DISEÑO METODOLÓGICO

8.1 Tipo de estudio

Cuasiexperimental tipo Pre-Test – Post – Test.

Este tipo de estudio fue realizado sin grupo control. Se llevó a cabo una valoración fisioterapéutica basada en el autor Gabriel Mejía Arango en su libro Semiología general antes de la aplicación del programa de rehabilitación física y nutricional. Posteriormente se hizo una reevaluación fisioterapeuta.

8.2 Población y muestra

Población: El sector de Loma Fresca se encuentra localizado en el norte de la ciudad de Cartagena, con un número aproximado de 10.000 habitantes de la Comuna No. 2.

Muestra: Conformada por 11 personas con artritis reumatoidea degenerativa con un predominio de edad de cuarenta años, siendo en su mayoría mujeres. Esta muestra se escogió mediante la realización de exámenes de laboratorio y valoraciones clínicas como son las médicas, fisioterapeutas y nutricionales.

8.3 Fuentes de información

La fuente es de tipo primaria: La información fue recogida por medio de valoraciones clínicas que se realizaron a las personas con artritis reumatoidea degenerativa.

8.4 Variables del estudio

8.4.1 Dependiente. Definición conceptual: Artritis Reumatoidea Degenerativa, es una enfermedad autoinmune simétrica de origen desconocido.

8.4.2 Independiente. Definición conceptual: Dieta y rehabilitación física.

Dieta: Suministro de calorías y nutrientes adecuados para cubrir las necesidades calóricas y nutricionales.

Rehabilitación física: Es el proceso de restablecimiento de un persona incapacitada a su condición normal lo antes posible.

8.4.3 Otras variables (Ver anexos No.).

- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Inspección
- Dolor a la palpación
- Dolor al movimiento
- Sensibilidad
- Movilidad articular
- Postura
- Marcha
- A.V.D.

8.5 Método de recolección de la información

La recolección de datos fue mediante la valoración fisioterapeutica basada en el autor MEJIA ARANGO Gabriel, Semiología general que se hizo a cada uno de los pacientes

antes y después de la aplicación del tratamiento, y fue realizada por parte de los investigadores. (Ver anexo No.)

8.6 Tabulación o elaboración de la información

la información fue tabulada de forma manual por parte de los investigadores.

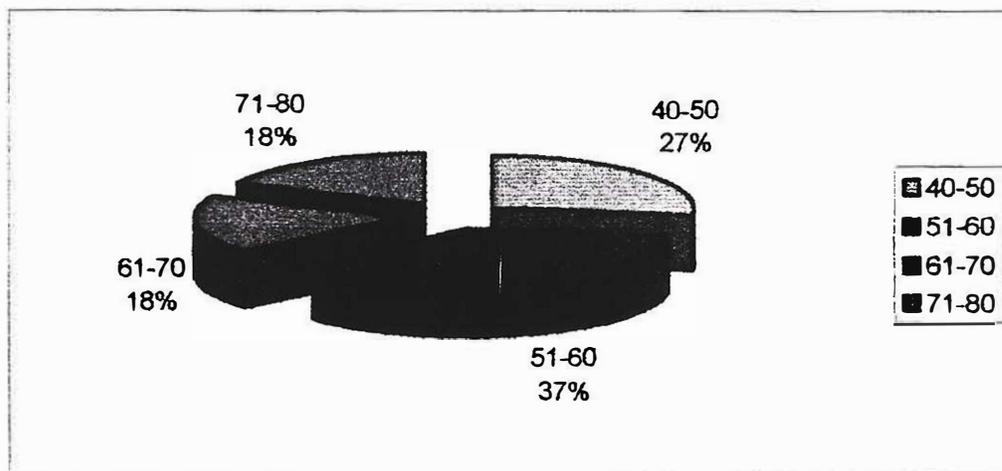
8.7 Presentación y análisis de los resultados

Tabla 1. Distribución de los pacientes del estudio “Efectos de un Tratamiento Nutricional y de Rehabilitación Física en Pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa del Barrio Loma Fresca de la Ciudad de Cartagena”, según la edad

Edad	No.	%
40-50	3	28
51-60	4	36
61-70	2	18
71-80	2	18
Total	11	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con artritis reumatoidea. Barrio Loma Fresca. Cartagena, 2000.

Gráfico 1.



El X de edad fue: 58.2

La edad máxima fue de: 79 años

Edad mínima: 40 años

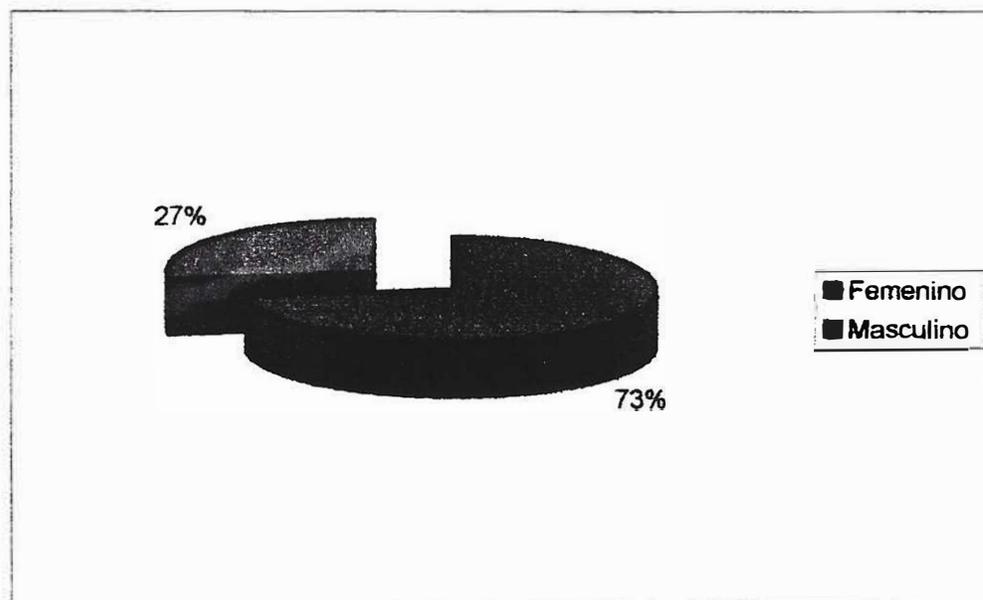
El mayor % de pacientes están en el grupo de 40 – 60 años con un 64%.

Tabla 2. Distribución de los pacientes del estudio “Efectos de un Tratamiento Nutricional y de Rehabilitación Física en Pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa del Barrio Loma Fresca de la Ciudad de Cartagena”, según el sexo

Sexo	No.	%
Femenino	8	73
Masculino	3	27
Total	11	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con artritis reumatoidea. Barrio Loma Fresca. Cartagena, 2000.

Gráfico 2



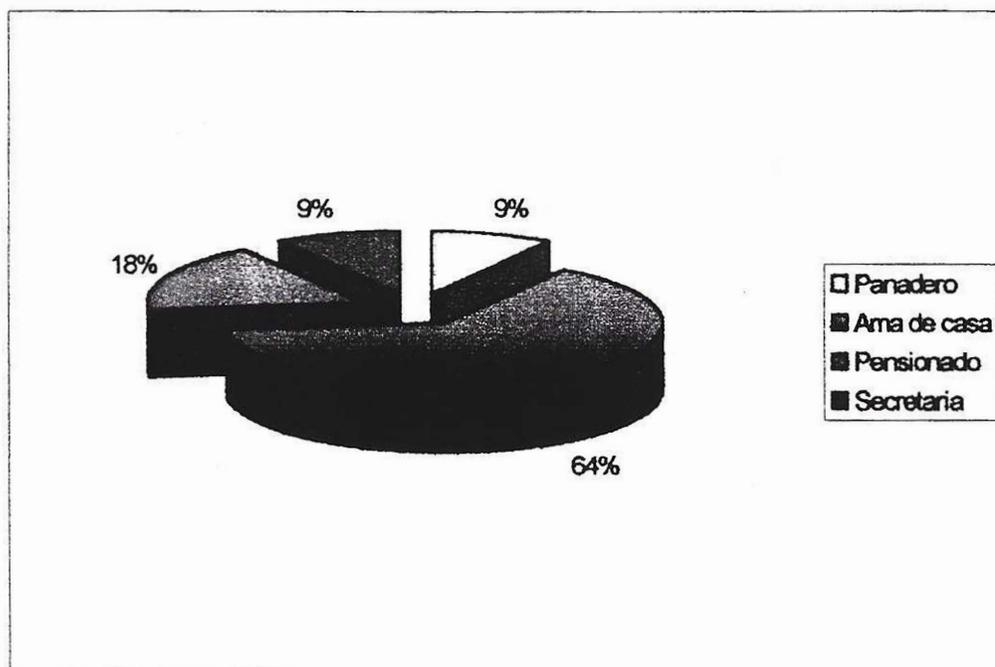
La mayoría de pacientes fueron del sexo femenino con un 73%.

Tabla 3. Distribución de los pacientes del estudio “Efectos de un Tratamiento Nutricional y de Rehabilitación Física en Pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa del Barrio Loma Fresca de la Ciudad de Cartagena”, según la ocupación

Ocupación	No.	%
Panadero	1	9
Ama de casa	7	64
Pensionado	2	18
Secretaria	1	9
Total	11	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con artritis reumatoidea. Barrio Loma Fresca. Cartagena, 2000.

Gráfico 3



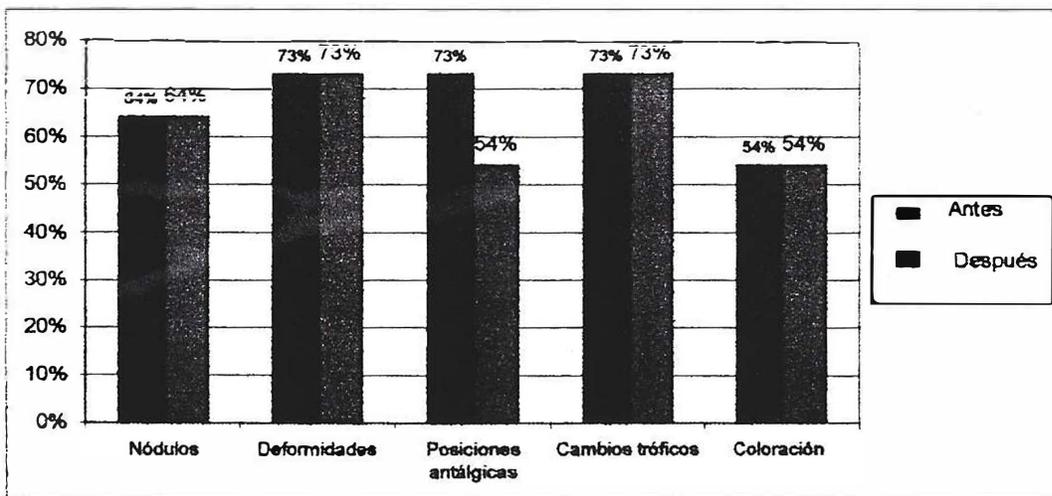
Entre las ocupaciones presentadas la más común fue la de ama de casa con un 64%.

Tabla 4. Distribución de los pacientes del estudio “Efectos de un Tratamiento Nutricional y de Rehabilitación Física en Pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa del Barrio Loma Fresca de la Ciudad de Cartagena”, según la inspección antes y después de la aplicación del tratamiento

Inspección	No.	%	No.	%
Nódulos	7	64	7	64
Deformidades	8	73	8	73
Posiciones antálgicas	8	73	6	54
Cambios tróficos	8	73	8	73
Coloración	6	54	6	54

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con artritis reumatoidea. Barrio Loma Fresca. Cartagena, 2000.

Gráfico 4.



Según los hallazgos a la inspección de los pacientes antes y después del tratamiento, sólo hubo en las posiciones antálgicas.

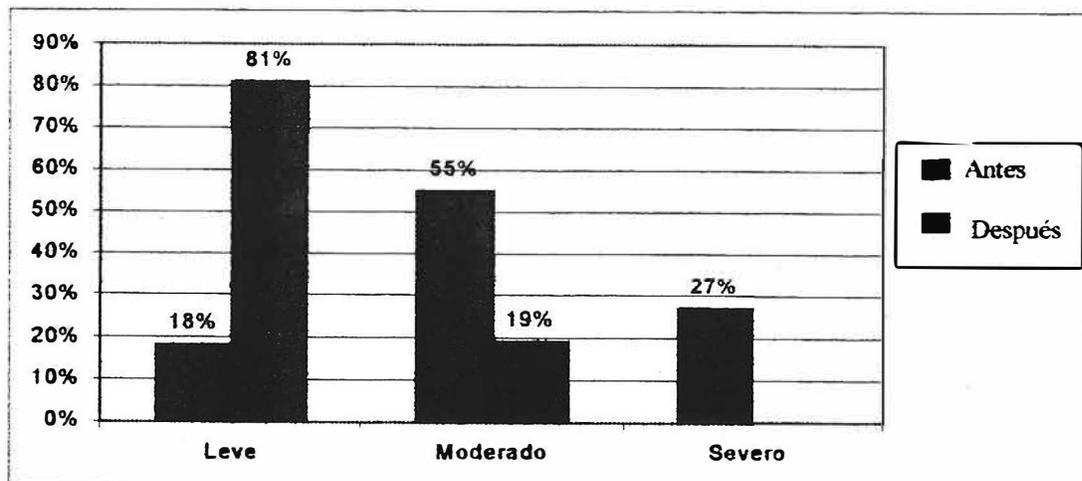
Se considera que los nódulos, deformidades y cambios tróficos son difíciles de modificar, porque es una patología ya establecida.

Tabla 5. Distribución de los pacientes del estudio “Efectos de un Tratamiento Nutricional y de Rehabilitación Física en Pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa del Barrio Loma Fresca de la Ciudad de Cartagena”, según el dolor a la palpación antes y después de la aplicación del tratamiento

Dolor a la palpación	No.	%	No.	%
Leve	2	18	9	81
Moderado	6	55	2	19
Severo	3	27	0	0
Total	11	100	11	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con artritis reumatoidea. Barrio Loma Fresca. Cartagena, 2000.

Gráfico 5



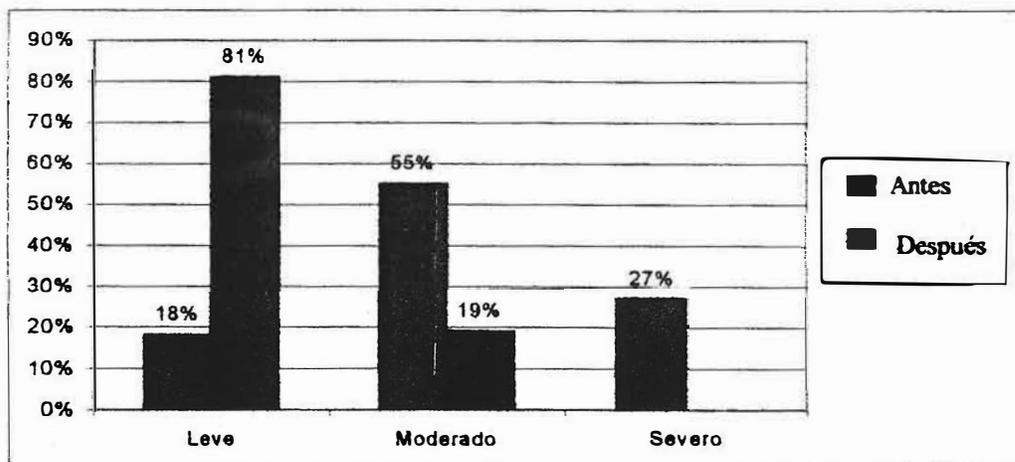
Según el dolor a la palpación antes y después del tratamiento se encontró que: No hubo pacientes con dolor severo al finalizar el tratamiento. Disminuyeron los pacientes con dolor moderado de un 55% a un 19% y aumentaron los pacientes con dolor leve de un 18% a un 81%. Encontrando al final del tratamiento la mayoría de pacientes con dolor leve (81%).

Tabla 6. Distribución de los pacientes del estudio “Efectos de un Tratamiento Nutricional y de Rehabilitación Física en Pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa del Barrio Loma Fresca de la Ciudad de Cartagena”, según el dolor al movimiento antes y después de la aplicación del tratamiento

Dolor al movimiento	No.	%	No.	%
Leve	2	18	9	81
Moderado	6	55	2	19
Severo	3	28	0	0
Total	11	100	11	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con artritis reumatoidea. Barrio Loma Fresca. Cartagena, 2000.

Gráfico 6



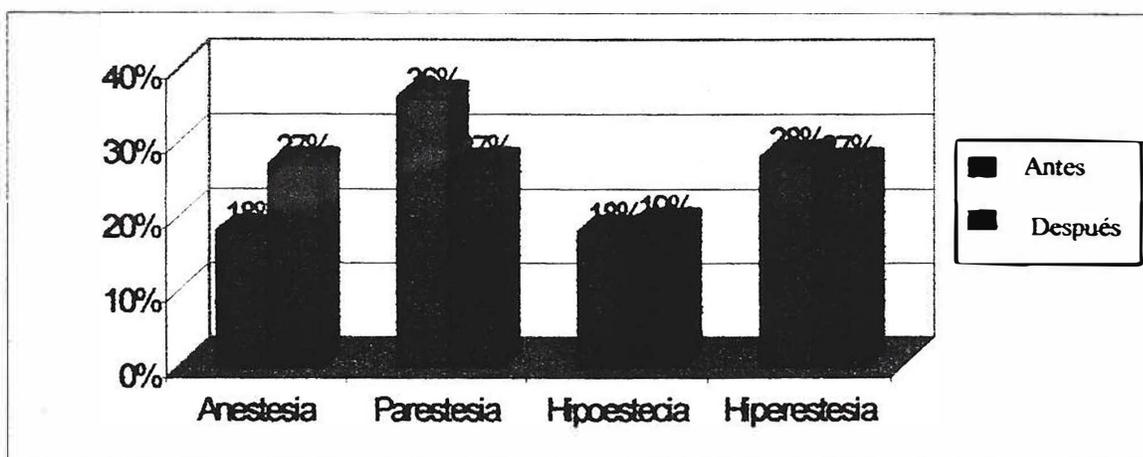
Según el dolor al movimiento antes y después del tratamiento se encontró que: no hubo pacientes con dolor severo al finalizar el tratamiento. Disminuyendo los pacientes con dolor moderado de un 55% a un 19% y aumentando los pacientes con dolor leve de un 18% a un 81%. Encontrando al final del tratamiento la mayoría de pacientes con dolor leve (81%).

Tabla 7. Distribución de los pacientes del estudio “Efectos de un Tratamiento Nutricional y de Rehabilitación Física en Pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa del Barrio Loma Fresca de la Ciudad de Cartagena”, según la sensibilidad antes y después de la aplicación del tratamiento

Sensibilidad	No.	%	No.	%
Anestesia	2	18	3	27
Parestesia	4	36	3	27
Hipoestesia	2	18	2	19
Hiperestesia	3	28	3	27
Total	11	100	11	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con artritis reumatoidea. Barrio Loma Fresca. Cartagena, 2000.

Gráfico 7



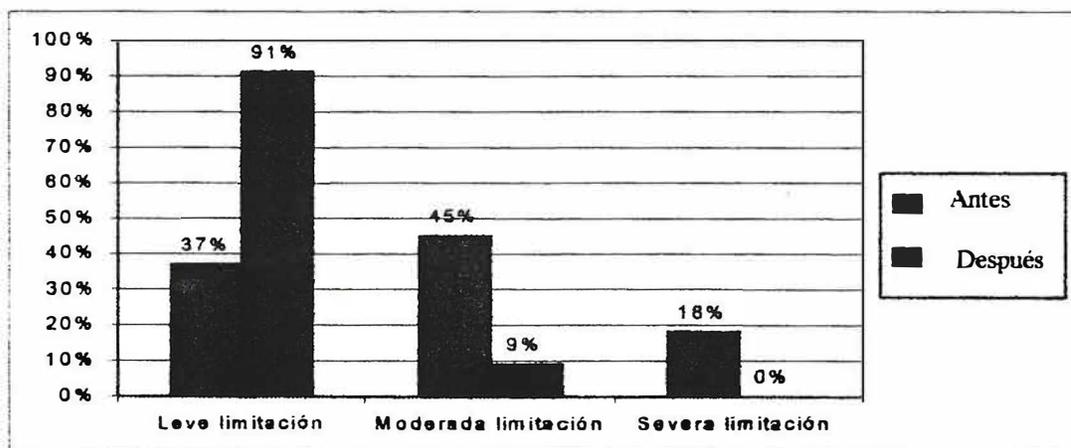
Según la sensibilidad antes y después del tratamiento sólo hubo cambio en la anestesia de 18% a 27% y parestesia de un 36% a un 27% debido a que es poco modificador.

Tabla 8. Distribución de los pacientes del estudio “Efectos de un Tratamiento Nutricional y de Rehabilitación Física en Pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa del Barrio Loma Fresca de la Ciudad de Cartagena”, según la movilidad articular antes y después de la aplicación del tratamiento

Movilidad articular	No.	%	No.	%
Leve limitación	4	37	10	91
Moderada limitación	5	45	1	9
Severa Limitación	2	18	0	0
Total	11	100	11	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con artritis reumatoidea. Barrio Loma Fresca. Cartagena, 2000.

Gráfico 8



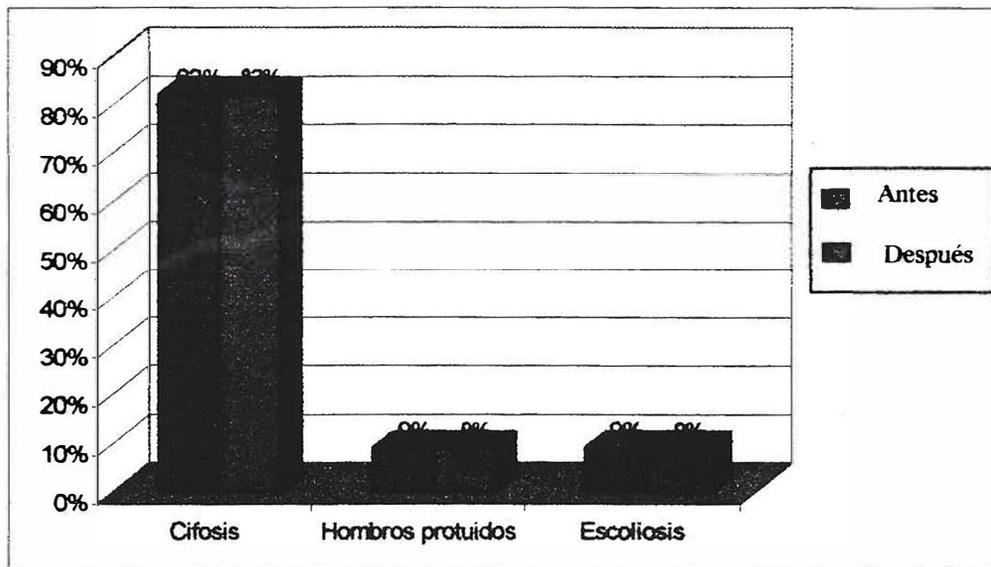
Según los hallazgos de la movilidad antes y después del tratamiento se encontró que no hubo pacientes con severa limitación al finalizar el tratamiento. Disminuyendo los pacientes con moderada limitación de un 45% a un 9% y aumentando los pacientes con leve limitación de un 37% a un 91%. Encontrando al final del tratamiento la mayoría de pacientes con leve limitación articular de 91%.

Tabla 9. Distribución de los pacientes del estudio “Efectos de un Tratamiento Nutricional y de Rehabilitación Física en Pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa del Barrio Loma Fresca de la Ciudad de Cartagena”, según la postura antes y después de la aplicación del tratamiento

Postura	No.	%	No.	%
Cifosis	9	82	9	82
Hombros protuidos	1	9	1	9
Escoliosis	1	9	1	9
Total	11	100	11	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con artritis reumatoidea. Barrio Loma Fresca. Cartagena, 2000.

Gráfico 9



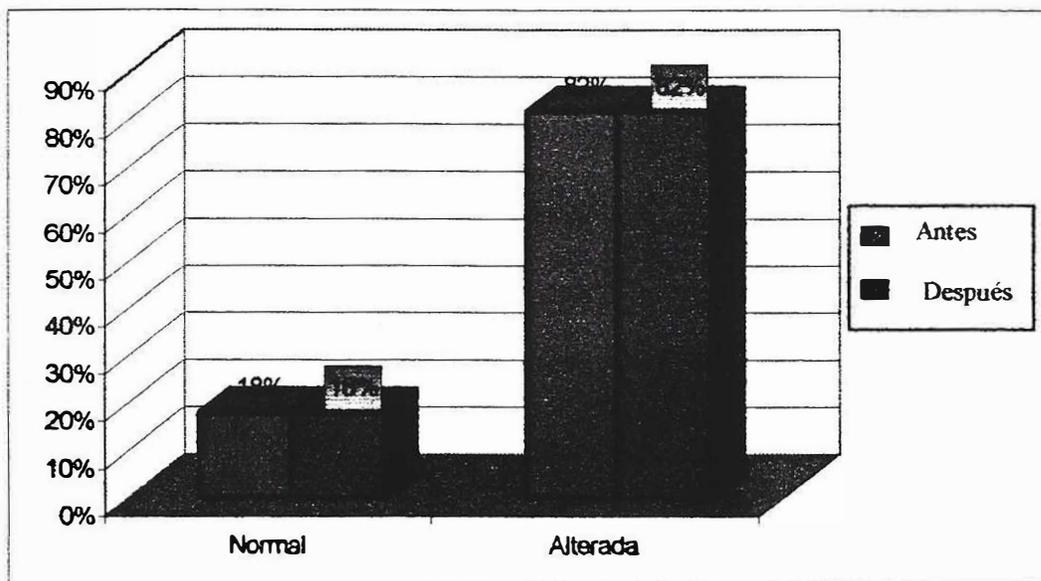
Según los hallazgos a la postura antes y después del tratamiento, no hubo modificaciones debido a que estas alteraciones son establecidas como consecuencia a la patología, presentándose la mayoría de pacientes con cifosis en un 82%.

Tabla 10. Distribución de los pacientes del estudio “Efectos de un Tratamiento Nutricional y de Rehabilitación Física en Pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa del Barrio Loma Fresca de la Ciudad de Cartagena”, según la marcha antes y después de la aplicación del tratamiento

Marcha	No.	%	No.	%
Normal	2	18	2	18
Alterada	9	82	9	82
Total	11	100	11	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con artritis reumatoidea. Barrio Loma Fresca. Cartagena, 2000.

Gráfico 10



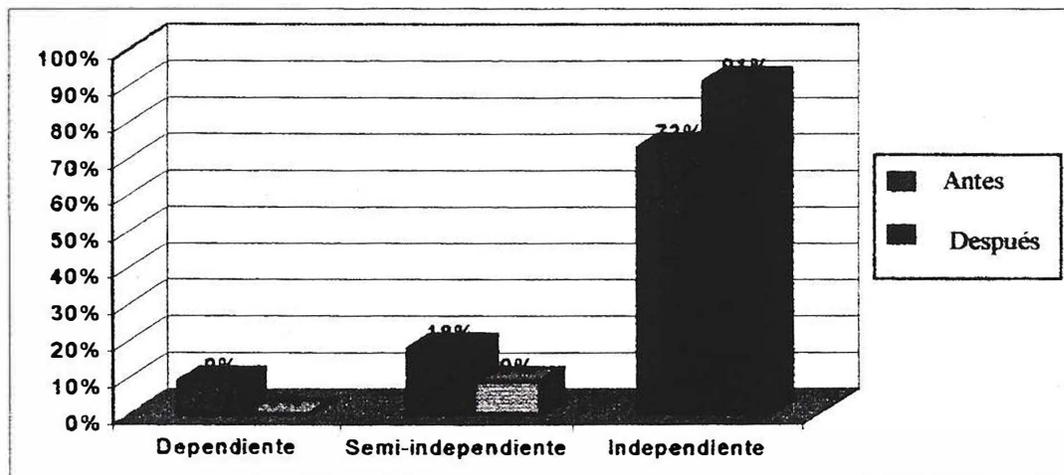
Según los hallazgos a la marcha antes y después del tratamiento, no hubo modificaciones debido a que es un factor establecido por la patología. Al finalizar el tratamiento la mayoría de pacientes presentan marcha alterada en un 82%.

Tabla 11. Distribución de los pacientes del estudio “Efectos de un Tratamiento Nutricional y de Rehabilitación Física en Pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa del Barrio Loma Fresca de la Ciudad de Cartagena”, según las actividades de la vida diaria antes y después de la aplicación del tratamiento

Actividades de la vida diaria	No.	%	No.	%
Independiente	1	9	0	0
Semi-independiente	2	18	1	9
Independiente	8	73	10	91
Total	11	100	11	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con artritis reumatoidea. Barrio Loma Fresca. Cartagena, 2000.

Gráfico 11



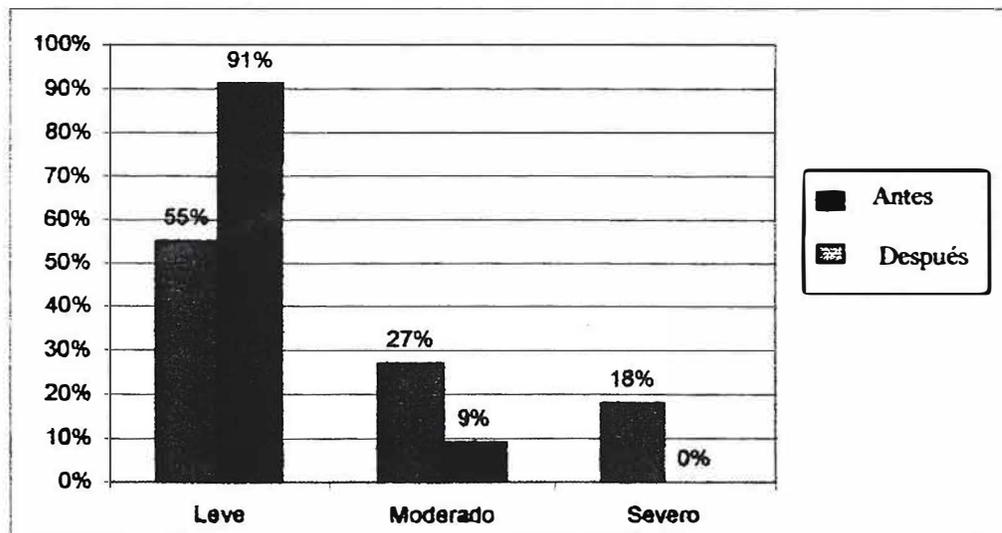
Según las actividades de la vida diaria de los pacientes antes y después del tratamiento no hubo pacientes dependientes, disminuyó en pacientes semi-independientes de un 18% a un 9% y aumentaron los pacientes independientes de un 73% a un 91%. Encontrando al final del tratamiento la mayoría de pacientes independientes en un 91%.

Tabla 12. Distribución de los pacientes del estudio “Efectos de un Tratamiento Nutricional y de Rehabilitación Física en Pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa del Barrio Loma Fresca de la Ciudad de Cartagena”, según el edema antes y después de la aplicación del tratamiento

Edema	No.	%	No.	%
Leve	6	55	10	91
Moderado	3	27	1	9
Severo	2	18	0	0
Total	11	100	11	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con artritis reumatoidea. Barrio Loma Fresca. Cartagena, 2000.

Gráfico 12



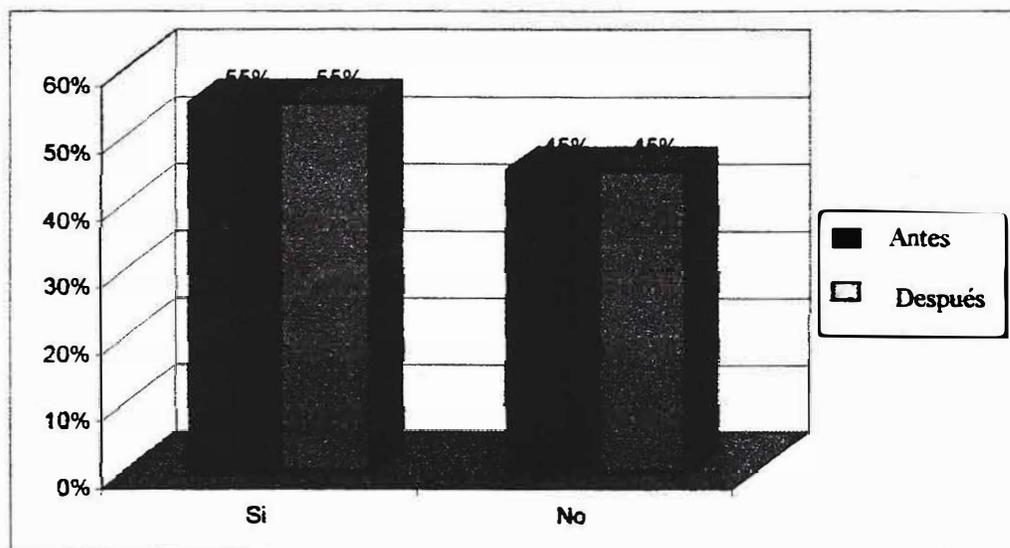
Según el edema antes y después del tratamiento se encontró que no hubo pacientes con edema severo al finalizar el tratamiento, disminuyeron los pacientes con edema moderado de un 27% a un 9% y aumentaron los pacientes con edema leve de un 55% a un 91%. Encontrando al final del tratamiento la mayoría de pacientes con edema leve.

Tabla 13. Distribución de los pacientes del estudio “Efectos de un Tratamiento Nutricional y de Rehabilitación Física en Pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa del Barrio Loma Fresca de la Ciudad de Cartagena”, según la atrofia antes y después de la aplicación del tratamiento

Edad	No.	%	No.	%
Si	6	55	6	55
No	5	45	5	45
Total	11	100	11	100

Fuente: Encuesta aplicada a pacientes con artritis reumatoidea. Barrio Loma Fresca. Cartagena, 2000.

Gráfico 13



Según la atrofia de los pacientes antes y después del tratamiento, no hubo cambios porque es un factor ya establecido por la patología.

9. ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

9.1 RECURSOS HUMANOS

- Pacientes con artritis reumatoidea degenerativa.
- Asesor Metodológico: Dra. Eloína Goenaga.
- Asesora de Contenido: Dra. Eileen Chewing Cárdenas.
- Médico Reumatólogo: Dr. Luis Alfonso Barrios A.
- Nutricionista Dietista: Gladis Aguilar Mejía.
- Enfermera Auxiliar: Damaris Cardona De Ávila
- Médico General: Dr. Nicolás Carballo.
- Trabajadora Social: Lic. Gladis Ahumado Ahumado.
- Bacterióloga: Dra. Adela Beetar Cafarsusa.
- Psicóloga: Dra. Eileen Pino Mejía.
- Personal de la Fundación REI (Coordinadora del Programa, Director Administrativo, Fisioterapeuta).
- Decana de la Facultad de Fisioterapia IAFIC: Dra. María Rebeca Dajud.
- Investigadoras: María Teresa Benedetti Romero, Mónica Guerrero Ahumado, Novis Jiménez Mora, Margarita Rosa Puello Villa, Liliana Patricia Rodríguez Angulo, Ingrid Cecilia Villafañe Bemúdez.
- Líder Comunitaria Barrio Loma Fresca: Sra. Marcela Martínez.

9.2 RECURSOS FINANCIEROS

• Transporte de estudiantes	\$250.000
• Transporte de pacientes	480.000
• Video	250.000
• Video Beat	100.000
• Rollos fotográficos	70.000
• Fotocopias	30.000
• Transcripción	680.000
• Transcripción original	70.000
• Empastados + copias	100.000
• Empastados + impresión	100.000
• Nueva corrección + Empastado	20.000
• Exámenes de laboratorio	84.000
• Donación Fundación REI	250.000
• Refrigerio de pacientes	50.000
• Imprevistos	60.000
Total	\$2.594.000

9.2 RECURSOS FINANCIEROS

• Transporte de estudiantes	\$250.000
• Transporte de pacientes	480.000
• Video	250.000
• Video Beat	100.000
• Rollos fotográficos	70.000
• Fotocopias	30.000
• Transcripción	680.000
• Transcripción original	70.000
• Empastados	50.000
• Empastados + impresión	30.000
• Exámenes de laboratorio	84.000
• Donación Fundación REI	250.000
• Refrigerio de pacientes	50.000
• Imprevistos	60.000
Total	\$2.454.000

9.3 RECURSOS MATERIALES

- Cámara fotográfica
 - Cámara de video
 - Piscina
 - Compresa húmedas calientes
 - Camillas
 - Toallas
 - Aceite
 - Alcohol
 - Algodón
 - Parafina
 - Bicicleta estática
 - Tens
 - Ultrasonido
 - Rueda de hombro
 - Mesa de cuádriceps
 - Pesas
 - Barras paralelas
 - Escalerillas para dedos
 - Digiflex
 - Plastilina.
-

10. CONCLUSIONES

Al culminar el trabajo de investigación se concluye que las teorías planteadas por los diferentes autores en que se basó el proyecto fueron aplicadas y comprobadas en el grupo de pacientes, logrando así mantener la función articular, prevenir las deformidades, diseñando programas de rehabilitación físicas y a su vez programas de apoyo fisioterapéutico y nutricional en los pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa del Barrio Loma Fresca de la ciudad de Cartagena

Se emplearon medios físicos (calor húmedo – parafina) electroterapia (tens – ultrasonido), hidroterapia y ejercicios (activos – activos asistidos – libres), con el fin de tratar las secuelas de Artritis Reumatoidea Degenerativa como son las deformidades y las posturas antálgicas adoptadas por los pacientes previniendo que las mismas progresen al punto de comprometer sus actividades de la vida diaria dentro de las limitaciones en cada paciente, (ver anexo M); siendo la alimentación parte importante en la disminución de los síntomas de la enfermedad, se diseñó por parte del nutricionista del equipo interdisciplinario un plan nutricional para pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa acorde al grupo sanguíneo (ver anexo D). Después de un tiempo aproximado de 2 meses donde se realizó evaluación, se observaron resultados satisfactorios en el paciente dentro de los cuales se observó un aumento de la movilidad articular, permitiéndoles realizar sus actividades básicas cotidianas, disminución del dolor y edema el cual permitió aumento en los rasgos de movilidad (ver anexo vídeo)

Como profesionales de la salud, la labor fue muy enriquecedora, teniendo en cuenta que el factor humano y psicológico cumplió un papel importante, el cual cabe resaltar, sensibilizar

a la comunidad haciendo notar que los Fisioterapeutas somos promotores de la salud y amigos que tenemos como finalidad favorecer y velar por el bienestar humano.

BIBLIOGRAFÍA

ADAMO, Peter y WHITNEY PUGZ, Catherine. Los grupos sanguíneos y la alimentación. Buenos Aires: Gneo Zeta.

BERKOW, Robert. Manual Merck de Información Médica para el Hogar. s.l.: Océanos, s.f.

DICCIONARIO DE MEDICINA. Océano Mosby. s.l.: Océano.

INSTITUTO COLOMBIANO DE NORMAS TÉCNICAS Y CERTIFICACIÓN. Tesis y otros trabajos de grado. Bogotá: ICONTEC, 2000.

SERNA, Gabriel María R. Fisioterapia e Ortopedia y Traumatología. España: Springer, 1997.

-----, Masaje y ejercicios de recuperación en bases médicas y quirúrgicas. 11 ed. s.l.: Jims, s.f.

BIBLIOGRAFÍA DE INTERNET

www.google.com:www.mdlatina.com.co: artritis reumatoidea degenerativa

www.mdlatina.com.co: tipos de artritis

www.saludpublica.com: la vida diaria

www.contusalud.com: hidroterapia

www.intersat-bb.com.ar: yhidrogimnasia

www.ugr.es: tratamiento

ocampos@impsatl.com.ar: artritis reumatoidea

ANEXOS

Anexo B.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Nombre	Definición	Tipo de variable	Nivel de medición	Categoría	Unidad
Edad	Número de años que tiene una persona.	Cuantitativa discreta	Razón		Años
Sexo	Característica orgánica que diferencia al hombre de la mujer.	Cualitativa.	Nominal	Mujer – Hombre F M	
Ocupación	Actividad o trabajo que realiza una persona	Cualitativa	Nominal		
Inspección	Observar cambios a nivel fisiológicos	Cualitativa	Nominal	Nódulos Deformidades Cambios tróficos Posición antálgica	
Dolor a la palpación	Consiste en una presión en la zona afectada para verificar si hay dolor.	Cualitativa	Ordinal	Leve Moderado Severo	
Dolor al movimiento	Es realizar un movimiento de una articulación para ver si hay presencia de dolor.	Cualitativa	Ordinal	Leve Moderado Severo	
Sensibilidad	Capacidad que se tiene para sentir o percibir estímulos de dolor, presión y temperatura.	Cualitativa	Ordinal	Anestesia Parestesia Hiperestesia Hipostesia	
Movilidad	Es el grado de amplitud de una articulación	Cualitativa	Ordinal	Leve limitación Moderada limitación Severa limitación	
Postura	Es la posición estática del cuerpo en relación a todas las partes.	Cualitativa	Nominal	Alterada Conservada	
A. V. D.	Son las labores u ocupaciones que una persona desempeña en su vida diaria.	Cualitativa	Nominal	Dependiente Semi-independiente Independiente	
Edema	Inflamación de cualquier zona del cuerpo.	Cualitativa	Nominal	Leve Moderado Severo	
Atrofia	Disminución de la masa muscular	Cuantitativa discreta	Razón		Centímetro

Anexo C. Hoja de evaluación

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

DATOS PERSONALES

Nombre:	Dirección:
Sexo:	Teléfono:
Edad:	Estado Civil:
Ocupación:	No. de hijos:
Tiempo de evolución:	Dx Médico:

ANTECEDENTES FAMILIARES

	SI	NO
• Hipertensión	—	—
• Diabetes	—	—
• Problemas articulares	—	—
• Cáncer	—	—

ANTECEDENTES PERSONALES

• Hipertensión	—	—
• Diabetes	—	—
• Asma	—	—
• Alergia a medicamentos	—	—
• ¿Cuáles? _____	—	—
• Alergia a alimentos	—	—

MEDIO DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA

• Examen de laboratorio	—	—
• ¿Cuál? _____	—	—
• Radiografías	—	—

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL

• ¿Cuál? _____

TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

— —

MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS

M.M.S.S.	L	M	S
• Cuello	—	—	—
• Hombros	—	—	—
• Codos	—	—	—
• Muñeca	—	—	—
• Dedos	—	—	—
M.M.L.L.			
• Cadera	—	—	—
• Rodillas	—	—	—
• Pies	—	—	—

SENSIBILIDAD

Anestesia _____ Hiperestesia _____ Parestesia _____ Hipoestesia _____

FUNCIONALIDAD

- Pinza terminal _____
- Pinza subterminal _____
- Pinza sublateral _____
- Pinza aprehensión _____

POSTURA

- Plano anterior _____ Plano Lateral _____ Plano posterior _____

MARCHA

- Normal _____ Alterada _____

A.V.D.

- Dependiente _____
- Semi-independiente _____
- Independiente _____

OBSERVACIONES

INSPECCIÓN

- Piel _____
- Cambios tróficos _____
- Coloración _____
- Nódulos _____

- Localización _____
- Deformidades _____
- Localización _____

- Posiciones antálgicas _____
- Localización _____

DOLOR A LA PALPACIÓN _____

L M S

CONTRACTURAS _____

L M S

DOLOR AL MOVIMIENTO _____

L M S

ATROFIA _____

L M S

DOLOR A LA PALPACIÓN _____

L M S

EDEMA _____

L M S

MEDIA CIRCUNFERENCIA _____

CONTORNO GRÁFICO

Nombre del paciente: _____

Fecha: _____

Anexo: D

PLAN NUTRICIONAL PARA PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA

La alimentación es parte importante para disminuir los síntomas de la enfermedad, esto no quiere decir que nos vamos a curar en unos cuantos días, al tratarse de nuestra salud debemos estar dispuestos a darnos tiempo para cuidarnos y restablecer el buen funcionamiento de todos nuestros órganos.

- Eliminar de las comidas todas las carnes rojas (carne de res, vísceras, hueso).
 - La dieta tiene que ser baja en sal, ya que la enfermedad produce edema, tenemos que evitar la retención de líquidos.
 - No consumir alcohol, no comer alimentos procesados.
 - Debe ser baja en carbohidratos y grasa, para conservar el peso idea y así evitar disminuir los movimientos.
 - No cocinar con caldos concentrados (Maggi), no comer comidas enlatadas, embutidos.
 - Puede comer arvejas verdes, palomitos, leguminosas secas como frijol rojo. Lentejas no las puede comer.
 - Las verduras que sean preferiblemente crudas (zanahoria, apio, cebolla, pimentón, ajo, col, lechuga, rábano, aguacate).
-

- Puede comer pollo, quitándole la piel.
 - El pescado no comer la piel ni la cabeza.
 - Disminuir el consumo de harinas refinadas, como pastas, pan. Tratar de comer harinas integrales para que la dieta sea alta en fibras.
 - Que las preparaciones sean asadas o cocidas para evitar la grasa.
-

ANEXO E: FOLLETO DE INFORMACIÓN PARA REDUCIR LOS DOLORES DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA

Actitud:

Mantenga una actitud abierta y positiva. Trate de no "encerrarse" en su enfermedad y dolor.



Masajes: Los masajes dan calor al área dolorosa, por lo que sirven como calmantes. Su doctor y terapeuta pueden darle la información correcta.



Medidas térmicas: Considere el calor húmedo para disminuir el dolor articular y facilitar su movimiento.

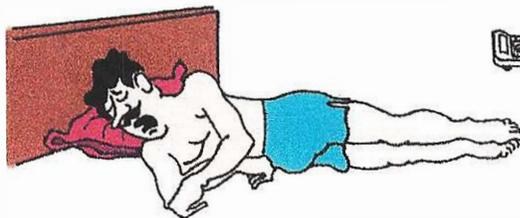
Ahorre energía: Guarde energía para las actividades que más disfruta. No cargue objetos pesados. Utilice siempre la articulación mayor (ejemplo: si tiene artritis en los dedos, utilice la palma de la mano o el antebrazo).



Reduzca la ingesta de calorías y haga ejercicio para disminuir los efectos del sobrepeso en las articulaciones y el dolor.



Ejercicio: Realizar ejercicio con regularidad le ayudará a mantener el movimiento articular y la actividad muscular. Establezca un programa de ejercicios con su médico.



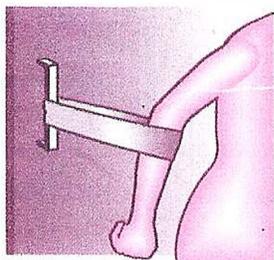
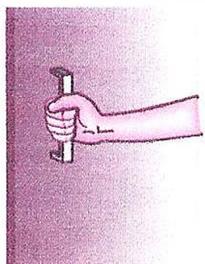
Reposo: Procure dormir 8 a 10 horas. Duerma en una posición adecuada. La almohada debe tener la altura necesaria para que su cabeza permanezca en posición recta. También procure periodos diurnos de reposo.

ANEXO F: FOLLETO DE INFORMACIÓN PARA LA DISMINUCIÓN DE LA TENSIÓN Y DEL DOLOR ARTICULAR

1 Utilice las articulaciones más grandes y fuertes

NO LO HAGA ASÍ
X

HÁGALO ASÍ
✓



X



✓



2 Distribuya el peso sobre varias articulaciones

NO LO HAGA ASÍ
X

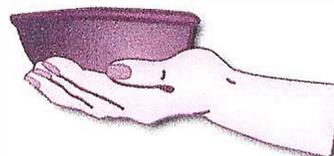
HÁGALO ASÍ
✓



X



✓



**ANEXO G: FOLLETO DE PREVENCIÓN Y PROMOCIÓN DE LA ARTRITIS
REUMATOIDEA DEGENERATIVA**

**ARTRITIS
REUMATOIDEA
DEGENERATIVA**

**NO SABIA QUE
EXISTIA
HASTA QUE ME
ENFERMÉ**

Ay....



**QUIERO
QUE SEPAS
COMO
PROTEGERTE**



Anexo: H

MUESTRAS DE LABORATORIO

LABORATORIO CLINICO BEETAR

LABORATORIO CLINICO BEETAR

ADELA BEETAR
Bacterióloga
Universidad Metropolitana
Centro Comercial Colonial
(La Quinta) 1er Piso
Consultorio No.6 - Cartagena

ADELA BEETAR
Bacterióloga
Universidad Metropolitana
Centro Comercial Colonial
(La Quinta) 1er Piso
Consultorio No.6 - Cartagena

Cartagena, MARZ 11/01
Nombre: ANA AGUILAR
Doctor: _____

Cartagena, MARZ 11/01
Nombre: JUANA PERALTA
Doctor: _____

R ATES : POSITIVO

R ATES : POSITIVO

LABORATORIO CLINICO BEETAR

LABORATORIO CLINICO BEETAR

ADELA BEETAR
Bacterióloga
Universidad Metropolitana
Centro Comercial Colonial
(La Quinta) 1er Piso
Consultorio No.6 - Cartagena

ADELA BEETAR
Bacterióloga
Universidad Metropolitana
Centro Comercial Colonial
(La Quinta) 1er Piso
Consultorio No.6 - Cartagena

Cartagena, MARZ 26/01
Nombre: LILIA HERNANDEZ
Doctor: _____

Cartagena, MARZ 26/01
Nombre: TOMASA MIRANDA
Doctor: _____

R ATES: 15 UI/ml

R ATES: 20UI/ml

Adela Beetar - Cartagena
BACTERIOLOGA
C.C. N.º 456789 C/PM

Adela Beetar - Cartagena
BACTERIOLOGA
C.C. N.º 456789 C/PM

LABORATORIO CLINICO BEETAR

LABORATORIO CLINICO BEETAR

ADELA BEETAR
Bacterióloga
Universidad Metropolitana
Centro Comercial Colonial
(La Quinta) 1er Piso
Consultorio No.6 - Cartagena

ADELA BEETAR
Bacterióloga
Universidad Metropolitana
Centro Comercial Colonial
(La Quinta) 1er Piso
Consultorio No.6 - Cartagena

Cartagena, MARZ 11/01
Nombre: ANA VAINERO
Doctor: _____

Cartagena, MARZ 11/01
Nombre: MARIA CONCEPCION MOSQUERA
Doctor: _____

R ATES: 640 UL/ml

R ATES: 40 UL/ml

LABORATORIO CLINICO BEETAR

ADELA BEETAR
Bacterióloga
Universidad Metropolitana

Centro Comercial Colonial
(La Quinta) 1er Piso
Consultorio No.6 - Cartagena

MARZ 11/01

GLADIS ORETGA E

R A TES : 320UL/ml

LABORATORIO CLINICO BEETAR

ADELA BEETAR
Bacterióloga
Universidad Metropolitana

Centro Comercial Colonial
(La Quinta) 1er Piso
Consultorio No.6 - Cartagena

Cartagena, MARZ 26/01

Nombre: JOSE NORVEIS RESTREPO

Doctor:

R A TES: 20 UI/ml

LABORATORIO CLINICO BEETAR

ADELA BEETAR
Bacterióloga
Universidad Metropolitana

Centro Comercial Colonial
(La Quinta) 1er Piso
Consultorio No.6 - Cartagena

MARZ 23/01

NELSON CORREA

R A TES: 80UI/ml

LABORATORIO CLINICO BEETAR

ADELA BEETAR
Bacterióloga
Universidad Metropolitana

Centro Comercial Colonial
(La Quinta) 1er Piso
Consultorio No.6 - Cartagena

Cartagena, MARZ 26/01

Nombre: MARTHA E BERMUDEZ

Doctor:

R A TES: 20 UI/ml

LABORATORIO CLINICO BEETAR

ADELA BEETAR
Bacterióloga
Universidad Metropolitana

Centro Comercial Colonial
(La Quinta) 1er Piso
Consultorio No.6 - Cartagena

Cartagena, MARZ 26/01

Nombre: ORSUE CAMARGO

Doctor:

R A TES : 12 UI/ml

Anexo: J

HOJAS EVALUATIVAS ORIGINALES

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

➤ **DATOS PERSONALES**

Nombre: José Manuel Rodríguez Escobar Dirección: Clt. La Loma Fresca
 Sexo: Masculino Teléfono: _____
 Edad: 40 años Estado civil: casado
 Ocupación: Paradero No de hijos: _____
 Tiempo de evolución: 2 años Dx Médico: Artritis reumatoide

➤ ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
• Hipertensión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Problemas Articulares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

➤ ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO
• Hipertensión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Alergia a medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❖ Cuales? _____		
• Alergia a alimentos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
❖ Cuales? _____		

➤ MEDIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA	SI	NO
• Exámenes de laboratorio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❖ Cual? <u>Exámenes de laboratorio</u>		
• Radiografías	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL	SI	NO
❖ Cual? _____		

➤ TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO	SI	NO
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

➤ INSPECCION	SI	NO
• Piel <u>Normal</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Cambios troficos _____
- Coloración normal _____
- Nódulos _____ X _____
- Localización Redonda irregular, zona del 2do y 3ro Metacarpo _____

- Deformidades _____ X
- Localización a nivel de dedos del 2do _____

- Posiciones antalgicas 1 _____
- Localización centrado a frotado _____

- DOLOR A LA PALPACIÓN _____ X
L (M) S
- CONTRACTURAS _____ 1
L M S
- DOLOR AL MOVIMIENTO _____ X
(L) M S
- ATROFIA _____ 1
L M S
- EDEMA _____ X
L M S
- MEDIDA CIRCUNFERENCIAL _____
- CONTROL GRAFICO _____

Nombre del paciente

Fecha:

➤ **MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS (Izda)**

	L	M	S
▪ M.M.S.S			
○ Cuello	-	-	-
○ Hombros	✓	-	-
○ Codos	✓	-	-
○ Muñecas	✓	-	-
○ Dedos	-	-	-
▪ M.M.LI			
○ Cadera	-	-	-
○ Rodillas	-	✓	-
○ Tobillos	✓	-	-
○ Pies	✓	-	-

➤ **VALORACIÓN FUNCIÓN RESPIRATORIA**

	L	M	S
	-	-	-

➤ **SENSIBILIDAD**

○ Anestesia —	hiperestesia —	Parestesia —
○ Hipoestesia —		

➤ **FUNCIONABILIDAD**

○ Pinza terminal —	Pinza Subterminal —	Pinza Sublateral —
○ Pinza Aprhensión —		

➤ **POSTURA**

○ Plano anterior →	Plano Lateral	Plano
Posterior →		

➤ **MARCHA**

○ Normal —	Alterada —
-------------------	-------------------

➤ **A.V.D**

○ Dependiente —	Semi-independiente —	Independiente —
------------------------	-----------------------------	------------------------

OBSERVACIONES

*... presenta 4 del ...
manifiesta ...
...
...*

11-30-2011

**VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA
CIUDAD DE CARTAGENA
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLIVAR**

➤ **DATOS PERSONALES**

Nombre: TOMASA MORALES	Dirección: Loma Fresca
Sexo: Femenino	Telefono: 3012211
Edad: 77 años	Estado civil: Viuda
Ocupación: Articuladora	No de hijos: 1
Tiempo de evolución: 5 años	Dx Medico: ARD

- | ➤ ANTECEDENTES FAMILIARES | SI | NO |
|--|----|----|
| • Hipertensión | — | — |
| • Diabetes | — | — |
| • Problemas Articulares | ✓ | — |
| • Cáncer | — | — |
| ➤ ANTECEDENTES PERSONALES | | |
| • Hipertensión | — | — |
| • Diabetes | — | — |
| • Asma | — | — |
| • Alergia a medicamentos | — | — |
| ❖ Cuales? _____ | | |
| • Alergia a alimentos | — | — |
| ❖ Cuales? _____ | | |
| ➤ MEDIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA | | |
| • Exámenes de laboratorio | ✓ | — |
| ❖ Cual? _____ | | |
| • Radiografías | — | — |
| ➤ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL ✓ | | |
| ❖ Cual? _____ | | |
| ➤ TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO | — | X |
| ➤ INSPECCION | | |
| • Piel | | |

- Cambios tróficos _____
- Coloración Normal _____
- ~~Nódulos~~ X _____ ✓
- Localización Cara dorsal Ambos miembros _____

- Deformidades _____
- Localización Cara dorsal Ambos miembros _____

- Posiciones antalgicas _____
- Localización Alcance de alcance a la mano _____

- DOLOR A LA PALPACIÓN _____ ✓
 - L M S
- CONTRACTURAS _____ ✓
 - L M S
- ~~DOLOR~~ AL MOVIMIENTO Al alcance _____ ✓
 - L M S
- ATROFIA _____ ✓
 - L M S
- EDEMA _____ ✓
 - L M S
- MEDIDA CIRCUNFERENCIAL _____

- CONTROL GRAFICO _____

Nombre del paciente

Fecha:

➤ **MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS** (Dolor)

	L	M	S
▪ M.M.S.S			
○ Cuello	-	-	-
○ Hombros	-	✓	-
○ Codos	-	-	-
○ Muñecas	✓	-	-
○ Dedos	-	-	-
▪ M.M.LI			
○ Cadera	✓ -	-	-
○ Rodillas	-	✓	-
○ Tobillos	✓	-	-
○ Pies	✓	-	-

➤ **VALORACIÓN FUNCIÓN RESPIRATORIA**

L	M	S
-	-	-

➤ **SENSIBILIDAD**

○ Anestesia ✓	hiperestesia —	Parestesia —
○ Hipoestesia —		

➤ **FUNCIONABILIDAD**

○ Pinza terminal —	Pinza Subterminal —	Pinza Sublateral —
○ Pinza Aprehensión —		

➤ **POSTURA**

○ Plano anterior	Plano Lateral	Plano
Posterior		

➤ **MARCHA**

○ Normal —	Alterada —
-------------------	-------------------

➤ **A.V.D**

○ Dependiente —	Semi-independiente ^X —	Independiente —
------------------------	--	------------------------

OBSERVACIONES

2 evaluación
Abril 26/21

**VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLIVAR**

➤ **DATOS PERSONALES**

Nombre: Gladis E. OTTEGA Estrada
Sexo: F
Edad: 45 años
Ocupación: Ama de Casa
Tiempo de evolución: 7 años

Dirección: Loma Fresca Cile principal
Telefono: 6678488
Estado civil: Casada
No de hijos: 2
Dx Medico: Artritis Reumatoidea

➤ **ANTECEDENTES FAMILIARES**

	SI	NO
• Hipertensión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Problemas Articulares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

➤ **ANTECEDENTES PERSONALES**

• Hipertensión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Asma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Alergia a medicamentos	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❖ Cuales? <u>Aspirina</u>		<input checked="" type="checkbox"/>
• Alergia a alimentos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
❖ Cuales? _____		

➤ **MEDIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA**

• Exámenes de laboratorio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❖ Cual? <u>FACTOR REUMATOIDEO</u>		
• Radiografías	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL**

❖ Cual? Ketorolaco, Metiramolsate

➤ **TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO**

➤ **INSPECCION**

• Piel

- Cambios tróficos _____
- Coloración brillante
- Nódulos _____
- Localización Falanges proximales de los dedos del dedo medio

- Deformidades _____
- Localización Xifosidad Rodillas, tobillos, dedos ^{pe}mano

- Posiciones antálgicas _____
- Localización Rodillas

- > DOLOR A LA PALPACIÓN _____
- L M S

- > CONTRACTURAS _____
- L M S

- > DOLOR AL MOVIMIENTO _____
- L M S

- > ATROFIA _____
- L M S

- > EDEMA _____
- L M S

- > MEDIDA CIRCUNFERENCIAL _____

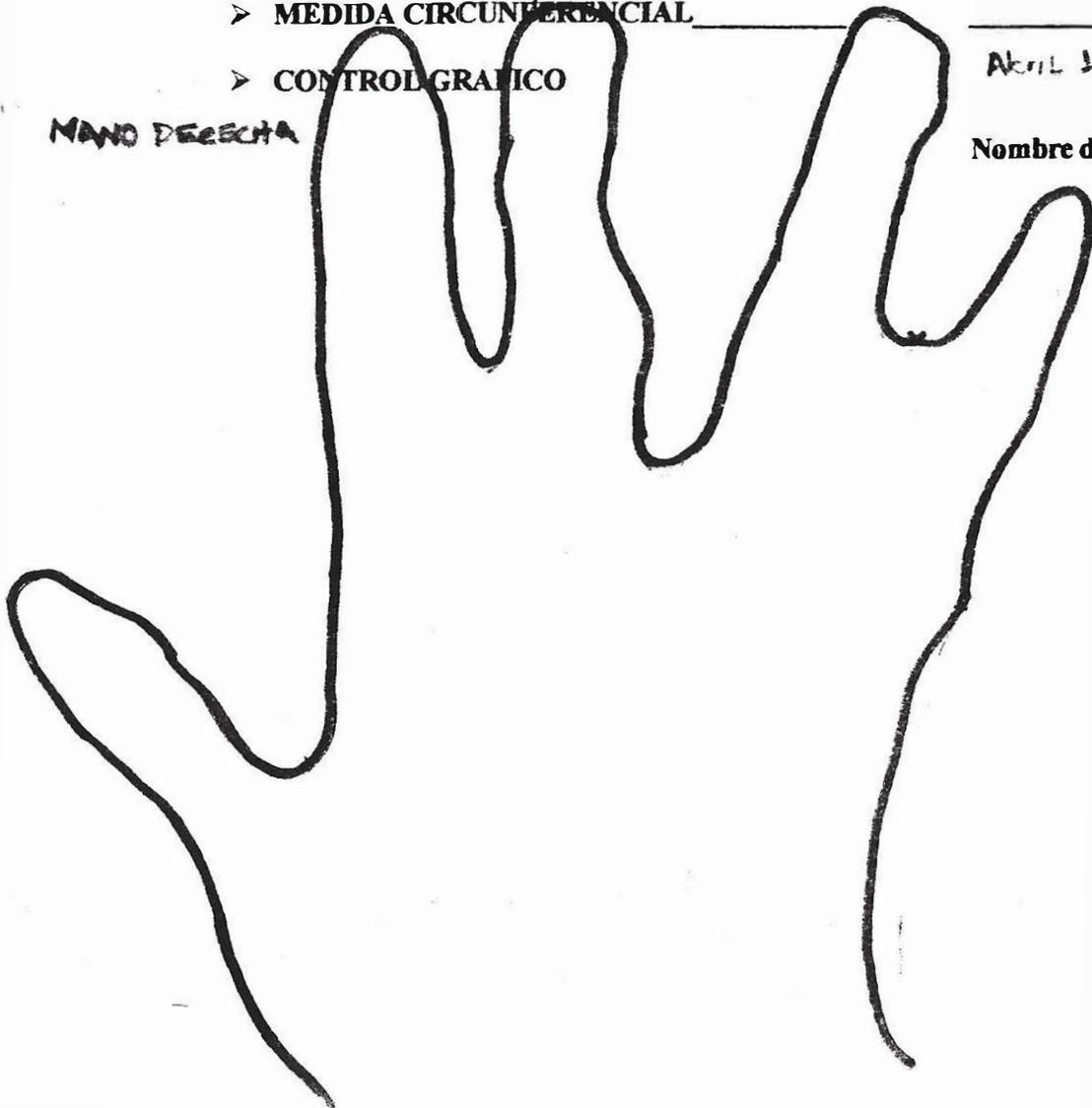
- > CONTROL GRÁFICO _____

Abril 16/02

MANO DERECHA

Nombre del paciente

Fecha:



➤ **MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS**

	L	M	S
▪ M.M.S.S	<input checked="" type="checkbox"/>		
○ Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-
○ Hombros	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-
○ Codos	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-
○ Muñecas	-	-	<input checked="" type="checkbox"/>
○ Dedos	-	<input checked="" type="checkbox"/>	-
▪ M.M.LI			
○ Cadera	-	-	-
○ Rodillas	-	<input checked="" type="checkbox"/> (Pierna derecha)	-
○ Tobillos	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-
○ Pies	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-

➤ **VALORACIÓN FUNCIÓN RESPIRATORIA**

	L	M	S
	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-

➤ **SENSIBILIDAD**

○ Anestesia —	hiperestesia —	Parestesia <input checked="" type="checkbox"/>
○ Hipoestesia —		

➤ **FUNCIONABILIDAD**

○ Pinza terminal <input checked="" type="checkbox"/>	Pinza Subterminal <input checked="" type="checkbox"/>	Pinza Sublateral <input checked="" type="checkbox"/>
○ Pinza Aprchensión —		

➤ **POSTURA**

○ Plano anterior	Plano Lateral	Plano
Posterior		

➤ **MARCHA**

○ Normal —	Alterada <input checked="" type="checkbox"/>
-------------------	---

➤ **A.V.D**

○ Dependiente —	Semi-independiente <input checked="" type="checkbox"/>	Independiente —
------------------------	---	------------------------

OBSERVACIONES

Marcha Analgésica por referir dolor moderado en tibia derecha (Abril 16-02).

**VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA
CIUDAD DE CARTAGENA
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR**

➤ **DATOS PERSONALES**

Nombre: MF Concepción Mosquera V
Dirección: Loma Fresca
Sexo: F
Telefono: -
Edad: 60 años
Estado civil: Casada
Ocupación: -
No de hijos: 4
Tiempo de evolución: -
Dx Medico: L.O.C.

➤ ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
• Hipertensión	—	—
• Diabetes	—	—
• Problemas Articulares	—	—
• Cáncer	—	—

➤ ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO
• Hipertensión	—	—
• Diabetes	—	—
• Asma	—	—
• Alergia a medicamentos	X	—
❖ Cuales? _____		
• Alergia a alimentos	—	—
❖ Cuales? _____		

➤ MEDIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA	SI	NO
• Exámenes de laboratorio	X	—
❖ Cual? <u>TPR, T. Sed</u>		
• Radiografías	—	—

➤ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL	SI	NO
❖ Cual? _____		

➤ TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO	SI	NO
	—	—

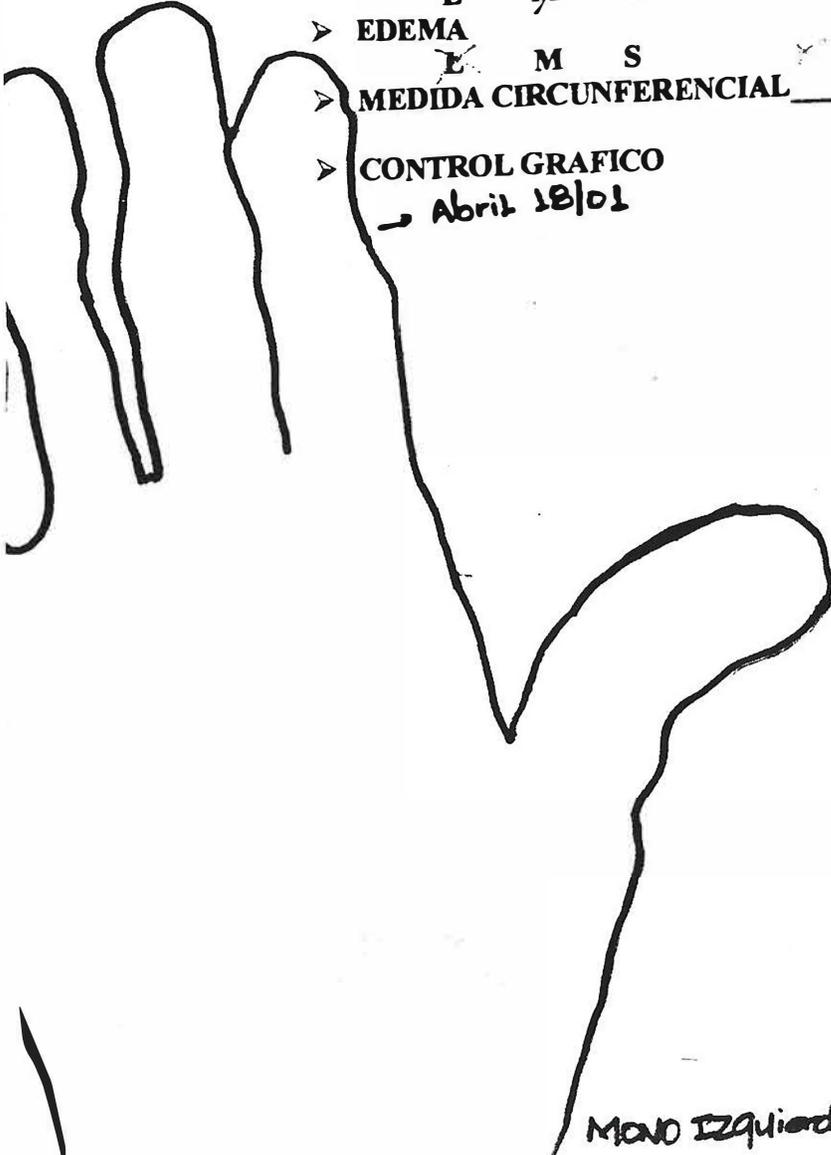
➤ INSPECCION	SI	NO
• Piel	—	—

H.M.C.
 H.M.C.
 H.M.C.

- Cambios tróficos
- Coloración coloración amarillenta X
- Nódulos
- Localización 1º y 2º dedo de la mano izquierda; 1º y 2º dedo de la mano derecha; Acc MTF. X
- Deformidades
- Localización Mano y AMTF (dedos) X
- Posiciones antálgicas
- Localización (dedos distales) (dedos en garra) X
- Localización Muñeca, dedos, rodillas

- DOLOR A LA PALPACIÓN X
- L M S
- CONTRACTURAS —
- L M S
- DOLOR AL MOVIMIENTO X
- L M S
- ATROFIA ✓
- L M S
- EDEMA —
- L M S
- MEDIDA CIRCUNFERENCIAL 11 11

➤ CONTROL GRAFICO
 → Abril 18/01



MANO IZQUIERDA

Nombre del paciente

Fecha:

➤ **MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS**

	L	M	S
▪ M.M.S.S			
○ Cuello	-	-	-
○ Hombros	X	-	-
○ Codos	X	-	-
○ Muñecas	-	X	-
○ Dedos	-	X	-
▪ M.M.L.I			
○ Cadera	-	-	-
○ Rodillas	-	X	-
○ Tobillos	-	-	-
○ Pies	-	X	-

➤ **VALORACIÓN FUNCIÓN RESPIRATORIA**

	L	M	S
	X	-	-

➤ **SENSIBILIDAD**

○ Anestesia —	hiperestesia —	Parestesia X
○ Hipoestesia —		

➤ **FUNCIONABILIDAD**

○ Pinza terminal X	Pinza Subterminal —	Pinza Sublateral —
○ Pinza Aprehensión —		

➤ **POSTURA**

○ Plano anterior	Plano Lateral	Plano
Posterior		

➤ **MARCHA**

○ Normal —	Alterada X
-------------------	-------------------

➤ **A.V.D**

○ Dependiente —	Semi-independiente —	Independiente X
------------------------	-----------------------------	------------------------

OBSERVACIONES

*Marcha atálgica por retirar dolor moderado en caderas.
Indolores*

VALORACIÓN FISIOTERAPÉUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

➤ DATOS PERSONALES

Nombre: Ancl Arenalur Gonzalez
Sexo: F
Edad: 70
Ocupación: Ama de casa
Tiempo de evolución: 3 años

Dirección: Loma fresca Calle 105
Telefono: 333 2111
Estado civil: Soltera
No de hijos: 5
Dx Medico: Artrosis F.A.

➤ ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
• Hipertensión	—	X
• Diabetes	X	—
• Problemas Articulares	X	—
• Cáncer	—	—

➤ ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO
• Hipertensión	X	—
• Diabetes	—	X
• Asma	—	—
• Alergia a medicamentos	X	—
❖ Cuales? _____	—	—
• Alergia a alimentos	X	X
❖ Cuales? <u>lactosa</u>	—	—

➤ MEDIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA	SI	NO
• Exámenes de laboratorio	X	—
❖ Cual? <u>Factor reumatoideo</u>	—	—
• Radiografías	—	—

➤ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL	SI	NO
❖ Cual? <u>Paracetamol, Difenhidramina</u>	X	—

➤ TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO	SI	NO
	—	X

➤ INSPECCION	SI	NO
• Piel	—	—

- Cambios tróficos _____
- Coloración normal _____
- Nódulos _____
- Localización las metacarpofalanges, F.P.D. de ambos manos _____

- Deformidades _____
- Localización los HGF, FPD de ambos manos _____
FPD de los dedos (p.e. D. 4to)
- Posiciones antalgicas _____
- Localización línea, dedos, tobillo _____

- DOLOR A LA PALPACIÓN _____
- L M S
- CONTRACTURAS _____
- L M S
- DOLOR AL MOVIMIENTO _____
- L M S
- ATROFIA _____
- L M S
- EDEMA _____
- L M S
- MEDIDA CIRCUNFERENCIAL PD _____ PD _____
- CONTROL GRAFICO _____

Nombre del paciente

Fecha:

➤ **MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS**

M.M.S.S	L	M	S
○ Cuello	-	X	-
○ Hombros	-	X	-
○ Codos	-	X	-
○ Muñecas	-	X	-
○ Dedos	-	X	-
▪ M.M.LI			
○ Cadera	-	-	-
○ Rodillas	-	X	-
○ Tobillos	-	X	-
○ Pies	-	X	-

➤ **VALORACIÓN FUNCIÓN RESPIRATORIA**

L	M	S
X	-	-

➤ **SENSIBILIDAD**

○ Anestesia—	hiperestesia—	Parestesia ^X —
○ Hipoestesia—		

➤ **FUNCIONABILIDAD**

○ Pinza terminal ^X —	Pinza Subterminal—	Pinza Sublateral ^X —
○ Pinza Aprehensión—		

➤ **POSTURA**

○ Plano anterior	Plano Lateral	Plano
Posterior		

➤ **MARCHA**

○ Normal—	Alterada ^X —
-----------	-------------------------

➤ **A.V.D**

○ Dependiente [✓] —	Semi-independiente—	Independiente—
------------------------------	---------------------	----------------

OBSERVACIONES

**VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLIVAR**

➤ **DATOS PERSONALES**

Nombre: Nelson CORREA Ortiz
Sexo: Masculino
Edad: 52 años
Ocupación: Pensionado
Tiempo de evolución: 11 años

Dirección: LOMA FRESCA CLLE DE LAS ESCALAS
Teléfono: 6812631
Estado civil: casado
No de hijos: 2
Dx Medico: A.R.O

➤ **ANTECEDENTES FAMILIARES**

	SI	NO
• Hipertensión	—	—
• Diabetes	—	—
• Problemas Articulares	X	—
• Cáncer	—	—

➤ **ANTECEDENTES PERSONALES**

• Hipertensión	—	X
• Diabetes	—	X
• Asma	—	X
• Alergia a medicamentos	—	X
❖ Cuales? _____		
• Alergia a alimentos	—	X
❖ Cuales? _____		

➤ **MEDIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA**

• Exámenes de laboratorio	X	—
❖ Cual? <u>FACTOR Reumatoideo - 100 IU/ml</u>		
• Radiografías	X	—

➤ **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL** X

❖ Cual? <u>Celecoxib, Inhibidores, calcio 600, Vit E 400 mg.</u>		
--	--	--

➤ **TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO** —

➤ **INSPECCION**

- Piel

• Roja y puntos blancos.
 velocidad normal

- Cambios troficos en manos
- Coloración roja
- Nódulos X
- Localización parte sup de maldito pat 229

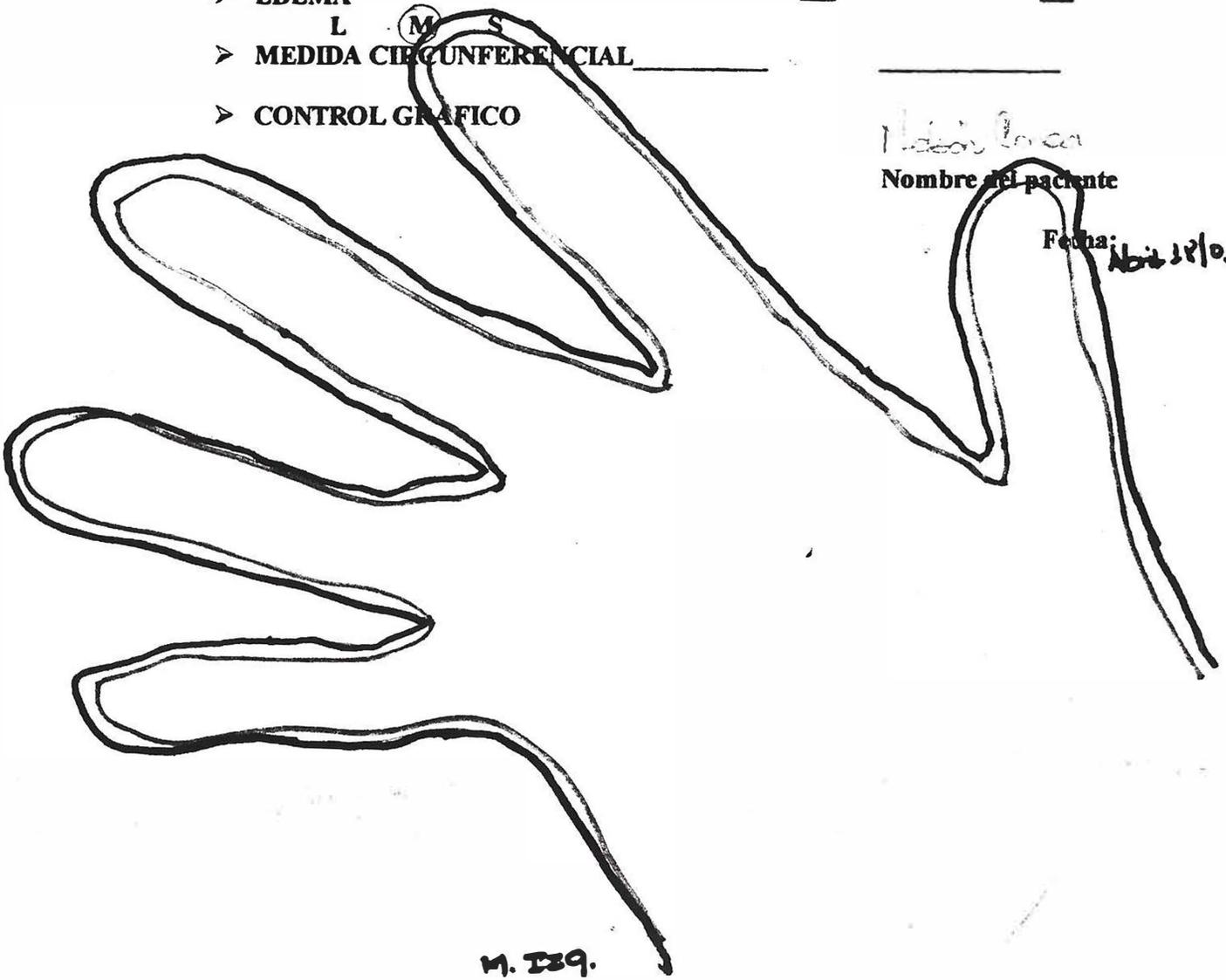
- Deformidades X
- Localización manos bases 4to y 5to F.

- Posiciones antalgicas X
- Localización posición playeros

- DOLOR A LA PALPACIÓN — X
 - L M (S)
- CONTRACTURAS X —
 - L (M) S
- DOLOR AL MOVIMIENTO X —
 - L M (S)
- ATROFIA X —
 - L (M) S
- EDEMA X —
 - L (M) S
- MEDIDA CIRCUNFERENCIAL _____
- CONTROL GRAFICO _____

Nelson Lopez
Nombre del paciente

Fecha: Nov 12/01



M. 139.

➤ **MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS**

	L	M	S
▪ M.M.S.S			
○ Cuello todos los mov.	-	-	X
○ Hombros Flex y abd	-	-	X
○ Codos	-	-	-
○ Muñecas Flex, ext, dev y cub y rad	-	-	X
○ Dedos Flex y ext	-	-	X
▪ M.M.LI			
○ Cadera	-	-	-
○ Rodillas Flex	-	-	X
○ Tobillos plant, dor, nev, int	-	-	X
○ Pies Flex, ext	-	-	X

➤ **VALORACIÓN FUNCIÓN RESPIRATORIA**

	L	M	S
	-	-	-

➤ **SENSIBILIDAD**

○ Anestesia —	hiperestesia —	Parestesia —
○ Hipoestesia — ✓		

➤ **FUNCIONABILIDAD**

○ Pinza terminal —	Pinza Subterminal —	Pinza Sublateral —
○ Pinza Aprehensión —		

➤ **POSTURA**

○ Plano anterior	Plano Lateral	Plano
○ Posterior		

➤ **MARCHA**

○ Normal —	Alterada — X
-------------------	---------------------

➤ **A.V.D**

○ Dependiente —	Semi-independiente —	Independiente — X
------------------------	-----------------------------	--------------------------

OBSERVACIONES

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR

➤ DATOS PERSONALES

Nombre: JUANA DE JESUS PEDALTA SEDPA Dirección: LOMA FRESCA CLIE DE CAS FLORES
Sexo: FEMENINO Telefono: 6713095
Edad: 44 AÑOS Estado civil: CASADA
Ocupación: secretaria No de hijos: 2
Tiempo de evolución: 11 AÑOS Dx Medico: (ARTRITIS)

Table with 3 columns: Category, SI, NO. Row 1: ANTECEDENTES FAMILIARES. Row 2: Hipertensión. Row 3: Diabetes. Row 4: Problemas Articulares. Row 5: Cáncer.

Table with 3 columns: Category, SI, NO. Row 1: ANTECEDENTES PERSONALES. Row 2: Hipertensión. Row 3: Diabetes. Row 4: Asma. Row 5: Alergia a medicamentos. Row 6: Cuales? (with handwritten note). Row 7: Alergia a alimentos. Row 8: Cuales? (with blank line).

Table with 3 columns: Category, SI, NO. Row 1: MEDIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA. Row 2: Exámenes de laboratorio. Row 3: Cual? (with handwritten note). Row 4: Radiografías.

Table with 3 columns: Category, SI, NO. Row 1: TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL. Row 2: Cual? (with handwritten note).

Table with 3 columns: Category, SI, NO. Row 1: TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO.

Table with 3 columns: Category, SI, NO. Row 1: INSPECCION. Row 2: Piel (with handwritten note).

- Cambios troficos _____
- Coloración _____
- Nódulos _____
- Localización 3^{er} dedo (3^{er}) de ambas manos

✓
✓

- Deformidades _____
- Localización dedo (3^{er}) de ambas manos

—

- Posiciones antalgicas _____
- Localización 3^{er} dedo (columna cervical dorsal) 3^{er} dedo

✓

➤ DOLOR A LA PALPACIÓN
 (L) M S _____

—

➤ CONTRACTURAS
 L M S _____

—

➤ DOLOR AL MOVIMIENTO
 L (M) S 3^{er} dedo de ambas manos _____

✓

➤ ATROFIA
 L M S _____

✓

➤ EDEMA
 L (M) S _____

✓

➤ MEDIDA CIRCUNFERENCIAL _____

➤ CONTROL GRAFICO _____

Francisco de Jesus Garcia
Nombre del paciente

12/05/2010
Fecha:

➤ **MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS** (Derecha)

	L	M	S
▪ M.M.S.S			
○ Cuello	-	✓	-
○ Hombros	-	✓	-
○ Codos	-	✓	-
○ Muñecas	-	✓	-
○ Dedos	-	✓	-
▪ M.M.LI			
○ Cadera	-	-	-
○ Rodillas	-	✓	-
○ Tobillos	-	✓	-
○ Pies	-	-	-

➤ **VALORACIÓN FUNCIÓN RESPIRATORIA**

L	M	S
-	-	-

➤ **SENSIBILIDAD**

○ Anestesia—	hiperestesia—	Parestesia—
○ Hipoestesia—✓		

➤ **FUNCIONABILIDAD**

○ Pinza terminal—	Pinza Subterminal—	Pinza Sublateral—
○ Pinza Aprrehensión—		

➤ **POSTURA**

○ Plano anterior	Plano Lateral	Plano
○ Posterior	<i>enfrente de la línea posterior del cuerpo semi-independiente de miembros proximales</i>	

➤ **MARCHA**

○ Normal—	Alterada—	
-----------	-----------	--

➤ **A.V.D**

○ Dependiente—	Semi-independiente—	Independiente—✓
----------------	---------------------	-----------------

OBSERVACIONES : En caso de crisis manifiesta la paciente que no muestra sus actividades semiautónomas en esos momentos semi-independiente.

Historia clínica de la paciente...

**VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA
CIUDAD DE CARTAGENA
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR**

➤ **DATOS PERSONALES**

Nombre: Ana Valverde Paquero Dirección: Loma F. Calle Estación
 Sexo: F Teléfono: # 5-24
 Edad: 54 Estado civil: soltera
 Ocupación: Ama de casa (hacer labores) No de hijos: 1
 Tiempo de evolución: 30 años Dx Medico: A.R.T.

➤ **ANTECEDENTES FAMILIARES**

	SI	NO
• Hipertensión	—	—
• Diabetes	X	—
• Problemas Articulares	X	—
• Cáncer	—	—

➤ **ANTECEDENTES PERSONALES**

• Hipertensión	—	X
• Diabetes	—	X
• Asma	—	X
• Alergia a medicamentos	—	X
❖ Cuales? _____	—	—
• Alergia a alimentos	—	X
❖ Cuales? _____	—	—

➤ **MEDIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA**

• Exámenes de laboratorio	X	—
❖ Cual? <u>FR</u>	—	—
• Radiografías	X	—

➤ **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL** X

❖ Cual? Exatolona, Ibuprofeno, D, colchico

➤ **TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO** — X

➤ **INSPECCION**

• Piel: roja y caliente

- Cambios tróficos _____
- Coloración rojo _____
- Nódulos X _____
- Localización AMCF mano I, II, III, IV, V, dedo meñique y dedo medio
de ambas manos _____
- Deformidades X _____
- Localización Manos, tobillo y pies. _____
- Posiciones antálgicas X _____
- Localización Manos, codo, tobillo, pie _____
- DOLOR A LA PALPACIÓN _____
- L X S
- CONTRACTURAS _____
- L X S
- DOLOR AL MOVIMIENTO _____
- L M S
- ATROFIA _____
- L M S
- EDEMA _____
- L M S
- MEDIDA CIRCUNFERENCIAL Pie D 34 _____
- CONTROL GRAFICO _____

Nombre del paciente

Fecha:

➤ **MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS**

	L	M	S
▪ M.M.S.S			
○ Cuello	-	X	-
○ Hombros	-	X	-
○ Codos	-	X	-
○ Muñecas	-	X	-
○ Dedos	-	X	-
▪ M.M.LI			
○ Cadera	-	-	-
○ Rodillas	-	X	-
○ Tobillos	-	X	-
○ Pies	-	X	-

➤ **VALORACIÓN FUNCIÓN RESPIRATORIA**

L	M	S
-	-	-

➤ **SENSIBILIDAD**

○ Anestesia—	hiperestesia—	Parestesia X
○ Hipoestesia—		

➤ **FUNCIONABILIDAD**

○ Pinza terminal—	Pinza Subterminal—	Pinza Sublateral—
○ Pinza Aprehensión—		

➤ **POSTURA**

○ Plano anterior	Plano Lateral	Plano
○ Posterior		

➤ **MARCHA**

○ Normal—	Alterada X
-----------	-----------------------

➤ **A.V.D**

○ Dependiente—	Semi-independiente—	Independiente X
----------------	---------------------	----------------------------

OBSERVACIONES

- Región de Calambas Nocturnas
- Marcha se encuentra alterada por deformidades en mano
- No hay buen balanceo de brazos
- En la pinza se encuentran en HUECO
- Se debe a deformación de los dedos
- Se debe a deformación de los dedos

VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA UNIVERSIDAD SIMÓN BOLIVAR

➤ DATOS PERSONALES

Nombre: LILIA DE RHANDE ZOBELIA
Sexo: FEMENINO
Edad: 52 AÑOS
Ocupación: AMA DE CASA
Tiempo de evolución: 12 AÑOS

Dirección: LOMA FRESCA
Teléfono: 6718480
Estado civil: DISCRECIDA,
No de hijos: 6 HIJOS,
Dx médico: ARTRITIS REUMATOIDEA

➤ ANTECEDENTES FAMILIARES

- | | SI | NO |
|-------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| • Hipertensión | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Diabetes | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Problemas Articulares | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Cáncer | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

➤ ANTECEDENTES PERSONALES

- | | | |
|---------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| • Hipertensión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Asma | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Alergia a medicamentos | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ❖ Cuáles? <u>YACUMIN PARA TIGLANS</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Alergia a alimentos | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ❖ Cuáles? <u>ALBICO, COCA COLA</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

➤ MEDIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA

- | | | |
|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| • Exámenes de laboratorio | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ❖ Cuál? <u>F. REUMATOIDEO</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Radiografías | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

➤ TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ACTUAL

- | | | |
|----------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| ❖ Cuál? <u>ASPIR</u> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|----------------------|-------------------------------------|--------------------------|

➤ TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO

- | | | |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|-------------------------------------|--------------------------|

➤ INSPECCION

- Piel

- Cambios tróficos _____
- Coloración _____
- Nódulos _____
- Localización 30#110, ESPALDA, R2120 ANTES 2010 ✓

- Deformidades _____ ✓
- Localización _____

- Posiciones Antalgicas ✓
- Localización _____

- DOLOR A LA PALPACION ✓
 - L M S
- CONTRACTURAS
 - L M S
- DOLOR AL MOVIMIENTO ✓
 - L M S (manos)
- ATROFIA ✓
 - L M S
- EDEMA ✓
 - L M S
- MEDIDAS CIRCUNFERENCIAL 20 21 1/2 (MAYO 2010) (DEC)
- CONTROL GRAFICO

Nombre del paciente
Fecha

➤ MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS.

	L	M	S
▪ M.M.S.S			
• Cuello	—	✓	—
• Hombros	—	✓	—
• Codos	—	✓	—
• Muñecas	—	✓	—
• Dedos	—	✓	—
▪ M.M.I.I			
• Cadera	—	✓	—
• Rodillas	—	—	—
• Tobillos	—	—	—
• Pies	—	—	—

➤ VALORACION FUNCION RESPIRATORIA

L	M	S
—	—	—

➤ SENSIBILIDAD

- Anestesia ___ Hiperestesia ✓ Parestesia ___
- Hipoestesia ___

➤ FUNCIONABILIDAD

- Pinza terminal ___ Pinza subterminal ___ Pinza sublateral ___
- Pinza Aprehensión ___

➤ POSTURA

- Plano anterior *• HOMBROS DESCANSO* **Plano lateral** *• DE LA TALLA DISMINUIDO* **Plano posterior** *• LLAJO VAIBO*
- ANTEBRAZOS DISTANTES AL CUERPO* *• TORSION TIBIAL* *• CIFOSIS DORSAL*

➤ MARCHA

- Normal ✓ **Alterada** ___ *• ABDOMEN PROTENDIDO* *• HIPERLOZDOSIS LUMBAL* *• ANTEVERSION DE LA PElVIS*

➤ A.V.D

- Dependiente ___ **Semi—independiente** ___ **Independiente** ✓

OBSERVACIONES

L. F. ...
Abril 16/91

**VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA
CIUDAD DE CARTAGENA
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLIVAR**

➤ **DATOS PERSONALES**

Nombre: ORSUE CAHARGO ALIZA.

Sexo: MASCULINO.

Edad: 79 AÑOS.

Ocupación: Pensionado

Tiempo de evolución:

Dirección: LOMA FRESCA CALLE DE LAS ESCUELAS

Telefono: 6561607.

Estado civil: CASADO.

No de hijos: 10 HIJOS.

Dx Medico: ARTRITIS REUMATOIDEA

➤ **ANTECEDENTES FAMILIARES**

• Hipertensión

• Diabetes

• Problemas Articulares

• Cáncer

SI

NO

—

—

—

—

➤ **ANTECEDENTES PERSONALES**

• Hipertensión

• Diabetes

• Asma

• Alergia a medicamentos

❖ Cuales? _____

• Alergia a alimentos

❖ Cuales? _____

—

—

—

—

—

—

—

➤ **MEDIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA
DEGENERATIVA**

• Exámenes de laboratorio

❖ Cual? F. Reumatoideo

• Radiografías

—

—

—

➤ **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL**

❖ Cual? PIRROXICAN, AINE 301.

—

—

➤ **TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO**

—

—

➤ **INSPECCION**

• **Piel** SICATRIE EN PUNTO DESECCION DE UN BATAZO.
CON SUPERO INTENSIV.

- Cambios tróficos _____
- Coloración CAJA EN TOBILLO DERECHO ✓
- Nódulos _____
- Localización _____

- Deformidades _____ ✓
- Localización _____

- Posiciones antalgicas _____ ✓
- Localización _____

- DOLOR A LA PALPACIÓN ✓ (HÍPILCONE) _____
- Ⓛ M S
- CONTRACTURAS _____ ✓
- L M S
- DOLOR AL MOVIMIENTO ✓ _____
- Ⓛ M S
- ATROFIA _____ ✓
- L M S
- EDEMA _____ ✓
- Ⓛ M S
- MEDIDA CIRCUNFERENCIAL _____

- CONTROL GRAFICO _____

Nombre del paciente

CLARA CARRERA ANDRÉS

Fecha:

16/02/2012

➤ **MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS**

M.M.S.S	L	M	S
○ Cuello	✓	-	-
○ Hombros	✓	-	-
○ Codos	✓	-	-
○ Muñecas	✓	-	-
○ Dedos	✓	-	-
▪ M.M.LI			
○ Cadera	↙	-	-
-			
○ Rodillas	-	-	-
○ Tobillos	✓	-	-
○ Pies	✓	-	-

➤ **VALORACIÓN FUNCIÓN RESPIRATORIA**

	L	M	S
	-	-	-

➤ **SENSIBILIDAD**

○ Anestesia—	hiperestesia—	Parestesia—
○ Hipostesia—	(PIERNA DERECHA)	

➤ **FUNCIONABILIDAD**

○ Pinza terminal—	Pinza Subterminal—	Pinza Sublateral—
○ Pinza Aprehensión—		

➤ **POSTURA**

○ Plano anterior	• CABEZA INCLINADA HACIA LA DERECHA	Plano Lateral	• HOMBROS PROTRUIDOS HACIA DELANTE
○ Posterior	• HOMBROS EN DESARRO ANGULO DE LA TALLA ESTRECHO.		• LEVE CIFOSIS DORSAL
			• PECHO ESCABADO
			• ABDOMEN PROTRUIDO
			• HIPERLORDOSIS LUMBAR

➤ **MARCHA**

○ Normal—	Alterada—	POZICION A PASOS CORTEJOS Y RITMO BALANCEO DE BRAZOS.
-----------	-----------	---

➤ **A.V.D**

○ Dependiente—	Semi-independiente—	Independiente—
----------------	---------------------	----------------

OBSERVACIONES

EL DOLOR SE SIENTE MAS DURANTE DEL CAMINO DEBECHO DESDE PIE, TOBILLO Y RODILLA.

**VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLIVAR**

➤ **DATOS PERSONALES**

Nombre: Martha Ester Bernabez Carra
 Sexo: F
 Edad: 68 años.
 Ocupación: Ama de casa
 Tiempo de evolución: 10 años

Dirección: Loma Fresca Calle las Flores
 Telefono: 6563221 (Carmen)
 Estado civil: Concubina
 No de hijos: 6 hijos.
 Dx Medico:

➤ **ANTECEDENTES FAMILIARES**

	SI	NO
• Hipertensión	<u>X</u>	—
• Diabetes	<u>X</u>	—
• Problemas Articulares	<u>X</u>	—
• Cáncer	<u>X</u>	—

➤ **ANTECEDENTES PERSONALES**

• Hipertensión	<u>X</u>	—
• Diabetes	<u>X</u>	<u>X</u>
• Asma	—	<u>X</u>
• Alergia a medicamentos	—	<u>X</u>
❖ Cuales? _____		<u>X</u>
• Alergia a alimentos	—	<u>X</u>
❖ Cuales? _____		

➤ **MEDIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA**

• Exámenes de laboratorio	<u>X</u>	—
❖ Cual? <u>Factor Reumatoideo</u>		
• Radiografías	<u>X</u>	—

➤ **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL** X

❖ Cual? <u>Acefenato, Paracetamol, corticoides 50mg</u>		—
---	--	---

➤ **TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO** X

➤ **INSPECCION**

- Piel

- Cambios troficos Mano derecha, Sula de la izquierda.
- Coloración resaca, bato, palapies en goma.
- Nódulos —
- Localización —

- Deformidades X
- Localización Mano derecha (a la izquierda)

- Posiciones antalgicas —
- Localización —

- DOLOR A LA PALPACIÓN X
- L M (S) de bato de bato.
- CONTRACTURAS —
- L M S
- DOLOR AL MOVIMIENTO X
- L (M) S
- ATROFIA —
- L M S
- EDEMA X
- L (M) S
- MEDIDA CIRCUNFERENCIAL —
- CONTROL GRAFICO —

no derecha.

Nombre del paciente

Fecha: Feb - 16



➤ **MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS**

	L	M	S
▪ M.M.S.S	<input checked="" type="checkbox"/>		
○ Cuello	-	-	-
○ Hombros	-	<input checked="" type="checkbox"/>	-
○ Codos	-	-	-
○ Muñecas	-	<input checked="" type="checkbox"/>	-
○ Dedos	-	<input checked="" type="checkbox"/>	-
▪ M.M.LI			
○ Cadera	-	-	-
○ Rodillas	-	-	-
○ Tobillos	-	<input checked="" type="checkbox"/>	-
○ Pies	-	<input checked="" type="checkbox"/>	-

➤ **VALORACIÓN FUNCIÓN RESPIRATORIA**

	L	M	S
	-	<input checked="" type="checkbox"/>	-

➤ **SENSIBILIDAD**

○ Anestesia —	hiperestesia — <input checked="" type="checkbox"/>	Parestesia —
○ Hipoestesia —		

➤ **FUNCIONABILIDAD**

○ Pinza terminal —	Pinza Subterminal —	Pinza Sublateral —
○ Pinza Aprehensión —		

➤ **POSTURA**

○ Plano anterior	Plano Lateral	Plano
○ Posterior		

➤ **MARCHA**

○ Normal — <input checked="" type="checkbox"/>	Alterada —
---	-------------------

➤ **A.V.D**

○ Dependiente —	Semi-independiente —	Independiente — <input checked="" type="checkbox"/>
------------------------	-----------------------------	--

OBSERVACIONES.

**VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLIVAR**

➤ **DATOS PERSONALES**

Nombre: José ROQUE BASTIEN BARRON Dirección: clle las flores Loma Fresca
Sexo: M Teléfono:
Edad: 40 años Estado civil: soltero
Ocupación: Psicólogo No de hijos:
Tiempo de evolución: 7 años Dx Medico: AR

➤ **ANTECEDENTES FAMILIARES**

	SI	NO
• Hipertensión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Problemas Articulares	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

➤ **ANTECEDENTES PERSONALES**

• Hipertensión	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Asma	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• Alergia a medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
❖ Cuales? _____		
• Alergia a alimentos	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
❖ Cuales? _____		

➤ **MEDIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA**

• Exámenes de laboratorio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
❖ Cual? <u>Anti Curo - Factor Reumatoide</u>		
• Radiografías	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL**

❖ Cual? <u>Captopril - Eclorfenasa</u>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	-------------------------------------	--------------------------

➤ **TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO**

	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	-------------------------------------	--------------------------

➤ **INSPECCION**

• Piel Normal

- Cambios tróficos _____
- Coloración _____
- Nódulos _____
- Localización Redonda 129; Redón bob de coco 1er cuadrante _____

- Deformidades _____
- Localización a nivel de dedos _____

- Posiciones antalgicas _____
- Localización sentado o acostado _____

- DOLOR A LA PALPACIÓN _____
 - Ⓛ M S
- CONTRACTURAS _____ _____
 - L M S
- DOLOR AL MOVIMIENTO _____
 - Ⓛ M S
- ATROFIA _____
 - L M S
- EDEMA _____
 - Ⓛ M S
- MEDIDA CIRCUNFERENCIAL _____ _____
- CONTORNO GRAFICO _____

Nombre del paciente

Fecha:

➤ **MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS**

	L	M	S
▪ M.M.S.S			
○ Cuello	-	-	-
○ Hombros	✓	-	-
○ Codos	✓	-	-
○ Muñecas	✓	-	-
○ Dedos	-	-	-
▪ M.M.L.I			
○ Cadera	-	-	-
○ Rodillas	✓	-	-
○ Tobillos	✓	-	-
○ Pies	-	-	-

➤ **VALORACIÓN FUNCIÓN RESPIRATORIA**

L	M	S
-	-	-

➤ **SENSIBILIDAD**

○ Anestesia —	hiperestesia —	Parestesia —
○ Hipoestesia —		

➤ **FUNCIONABILIDAD**

○ Pinza terminal —	Pinza Subterminal —	Pinza Sublateral —
○ Pinza Aprchensión —		

➤ **POSTURA**

○ Plano anterior	Plano Lateral	Plano
Posterior		

➤ **MARCHA**

○ Normal —	Alterada —
-------------------	-------------------

➤ **A.V.D**

○ Dependiente —	Semi-independiente —	Independiente —
------------------------	-----------------------------	------------------------

OBSERVACIONES

**VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLIVAR**

> DATOS PERSONALES

Nombre: Tomas Miranda Peleiro
Sexo: F
Edad: 77 años
Ocupación: Ama de Casa
Tiempo de evolución: 12 años

Dirección: Loma Fresca
Telefono: 671822 1
Estado civil: Viuda
No de hijos: 2
Dx Medico: ARD

	SI	NO
> ANTECEDENTES FAMILIARES		
• Hipertensión	—	X
• Diabetes	—	X
• Problemas Articulares	X	—
• Cáncer	—	X
> ANTECEDENTES PERSONALES		
• Hipertensión	—	X
• Diabetes	—	X
• Asma	—	X
• Alergia a medicamentos	—	X
❖ Cuales? _____		
• Alergia a alimentos	—	X
❖ Cuales? _____		
> MEDIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA		
• Exámenes de laboratorio	X	—
❖ Cual? <u>Factor Reumatoideo</u>		
• Radiografias	X	—
> TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL	X	—
❖ Cual? <u>Calcioantagonista (Hipertension)</u>		
> TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO	X	—
> INSPECCION		
• Piel		

- Cambios troficos _____
- Coloración normal _____
- Nódulos _____ X _____
- Localización Caro dorsal ambas manos _____

- Deformidades _____
- Localización rodillo de rodna (Geno carbo) _____ X _____
todo godo (Hailux)
- Posiciones antalgicas _____ X _____
- Localización flexión de columna lumbar _____

- DOLOR A LA PALPACIÓN _____ X _____
 (L) M S
- CONTRACTURAS _____ X _____
 L M S
- DOLOR AL MOVIMIENTO _____ X _____
 L (M) S (Hombro)
- ATROFIA _____ X _____
 L M S
- EDEMA _____ X _____
 (L) M S
- MEDIDA CIRCUNFERENCIAL _____

- CONTORNO GRAFICO _____

Nombre del paciente

Fecha:

➤ MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS

	L	M	S
▪ M..M.S.S			
○ Cuello	-	-	-
○ Hombros	✓	-	-
○ Codos	-	-	-
○ Muñecas	-✓	-	-
○ Dedos	-	-	-
▪ M.M.L.I	✓		
○ Cadera	-	-	-
○ Rodillas	✓	-	-
○ Tobillos	✓	-	-
○ Pies	✓	-	-

➤ VALORACIÓN FUNCIÓN RESPIRATORIA

L	M	S
-	-	-

➤ SENSIBILIDAD

○ Anestesia—	hiperestesia—	Parestesia—
○ Hipoestesia—		

➤ FUNCIONABILIDAD

○ Pinza terminal—	Pinza Subterminal—	Pinza Sublateral—
○ Pinza Aprchensión—		

➤ POSTURA

○ Plano anterior	Plano Lateral	Plano
○ Posterior <i>algún en rodillo</i>	<i>Anteversión cadera flex de cda miembro</i>	

➤ MARCHA

○ Normal—	Alterada ✓
-----------	------------

➤ A.V.D

○ Dependiente—	Semi-independiente—	Independiente ✓
----------------	---------------------	-----------------

OBSERVACIONES

Operación pie plano Ambos PIES, pie plano

- Cambios troficos _____
- Coloración Enrojecidos _____
- Nódulos X _____
- Localización Talones proximales de los dedos _____

- Deformidades X _____
- Localización Muecas Rodillos tibillos, dedos 2, 3 y 4. _____

- Posiciones antalgicas X _____
- Localización _____

- DOLOR A LA PALPACIÓN _____
- ~~X~~ M S
- CONTRACTURAS _____
- ~~X~~ M S
- DOLOR AL MOVIMIENTO _____
- ~~X~~ M S X
- ATROFIA _____
- L M S
- EDEMA _____
- ~~X~~ M S
- MEDIDA CIRCUNFERENCIAL _____

- CONTORNO GRAFICO _____

Nombre del paciente

Fecha:

➤ **MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS**

	L	M	S
▪ M.M.S.S	X	-	-
○ Cuello	X	-	-
○ Hombros	X	-	-
○ Codos	X	-	-
○ Muñecas	X	-	-
○ Dedos	-	-	-
▪ M.M.LI			
○ Cadera	-	-	-
-			
○ Rodillas	X	-	-
○ Tobillos	X	-	-
○ Pies	X	-	-

➤ **VALORACIÓN FUNCIÓN RESPIRATORIA**

L	M	S
-	-	-

➤ **SENSIBILIDAD**

○ Anestesia—	hiperestesia—	Parestesia—
○ Hipoestesia—		

➤ **FUNCIONABILIDAD**

○ Pinza terminal—	Pinza Subterminal—	Pinza Sublateral—
○ Pinza Aprchensión—		

➤ **POSTURA**

○ Plano anterior	Plano Lateral	Plano
○ Posterior		

➤ **MARCHA**

○ Normal—	Alterada—
-----------	-----------

➤ **A.V.D**

○ Dependiente—	Semi-independiente—	Independiente— ⁺
----------------	---------------------	-----------------------------

OBSERVACIONES

**VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA
CIUDAD DE CARTAGENA
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLIVAR**

➤ **DATOS PERSONALES**

Nombre: Hernández Rodríguez Dirección: Loma Fresca
Sexo: F Teléfono: 300 222 222
Edad: 60 Estado civil: casado
Ocupación: profesor No de hijos: 2
Tiempo de evolución: 10 años Dx Médico: ARTRITIS REUMATOIDEA

➤ ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
• Hipertensión	—	—
• Diabetes	—	—
• Problemas Articulares	—	—
• Cáncer	—	—

➤ ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO
• Hipertensión	—	—
• Diabetes	—	—
• Asma	—	—
• Alergia a medicamentos	—	—
❖ Cuales? _____	—	—
• Alergia a alimentos	—	—
❖ Cuales? _____	—	—

➤ MEDIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA	SI	NO
• Exámenes de laboratorio	—	—
❖ Cual? <u>7</u>	—	—
• Radiografías	—	—

➤ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL	SI	NO
❖ Cual? <u>aspirina</u>	—	—

➤ TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO	SI	NO
	—	—

➤ INSPECCION
• Piel

- Cambios troficos _____
- Coloración _____
- Nódulos _____
- Localización Traz dorsal (Trabaja mejor con) _____
- Deformidades _____
- Localización _____
- Posiciones antalgicas _____
- Localización _____
- DOLOR A LA PALPACIÓN _____
- ~~L~~ M S
- CONTRACTURAS _____
- ~~L~~ M S
- DOLOR AL MOVIMIENTO _____
- (L) M S
- ATROFIA _____
- L M S
- EDEMA _____
- ~~L~~ M S
- MEDIDA CIRCUNFERENCIAL _____
- CONTORNO GRAFICO _____

Nombre del paciente

Fecha:

➤ **MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS**

	L	M	S
▪ M..M.S.S			
○ Cuello	—	—	—
○ Hombros	—	—	—
○ Codos	—	—	—
○ Muñecas	—	—	—
○ Dedos	—	—	—
▪ M.MLI			
○ Cadera	—	—	—
○ Rodillas	—	—	—
○ Tobillos	—	—	—
○ Pies	—	—	—

➤ **VALORACIÓN FUNCIÓN RESPIRATORIA**

	L	M	S
	—	—	—

➤ **SENSIBILIDAD**

○ Anestesia —	hiperestesia —	Parestesia —
○ Hipoestesia —		

➤ **FUNCIONABILIDAD**

○ Pinza terminal —	Pinza Subterminal —	Pinza Sublateral —
○ Pinza Aprchensión —		

➤ **POSTURA**

○ Plano anterior	Plano Lateral	Plano
Posterior		

➤ **MARCHA**

○ Normal —	Alterada —
-------------------	------------------------------

➤ **A.V.D**

○ Dependiente —	Semi-independiente —	Independiente —
------------------------	-----------------------------	-----------------------------------

OBSERVACIONES

**VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA
CIUDAD DE CARTAGENA
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR**

➤ **DATOS PERSONALES**

Nombre: Ana Beatriz González
 Sexo: F
 Edad: 70 años
 Ocupación: de casa
 Tiempo de evolución: 5 años

Dirección: Loma Fresca # 216
 Telefono:
 Estado civil: V
 No de hijos: 5
 Dx Medico: APO

➤ **ANTECEDENTES FAMILIARES**

	SI	NO
• Hipertensión	—	—
• Diabetes	—	—
• Problemas Articulares	—	—
• Cáncer	—	—

➤ **ANTECEDENTES PERSONALES**

• Hipertensión	—	—
• Diabetes	—	—
• Asma	—	—
• Alergia a medicamentos	—	—
❖ Cuales? _____	—	—
• Alergia a alimentos	—	—
❖ Cuales? _____	—	—

➤ **MEDIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA**

• Exámenes de laboratorio	—	—
❖ Cual? <u>1. Radiografía</u>	—	—
• Radiografías	—	—

➤ **TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL** —

❖ Cual? Dolores —

➤ **TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO** —

➤ **INSPECCION**

• Piel

- Cambios troficos _____
- Coloración _____
- Nódulos _____
- Localización Acromioclavicular, 7.º y 8.º costillas _____

- Deformidades _____
- Localización Acromioclavicular, 7.º y 8.º costillas _____
- Posiciones antalgicas _____
- Localización Acromioclavicular, 7.º y 8.º costillas _____

- DOLOR A LA PALPACIÓN _____
- ~~L~~ M S
- CONTRACTURAS _____
- L ~~M~~ S
- DOLOR AL MOVIMIENTO _____
- ~~L~~ M S
- ATROFIA _____
- L M S
- EDEMA _____
- ~~L~~ M S
- MEDIDA CIRCUNFERENCIAL _____
- CONTORNO GRAFICO _____

Nombre del paciente
Fecha:

➤ **MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS**

	L	M	S
▪ M..M.S.S			
○ Cuello	✓	-	-
○ Hombros	✓	-	-
○ Codos	✓	-	-
○ Muñecas	✓	-	-
○ Dedos	✓	-	-
▪ M.M.LI			
○ Cadera	-	-	-
○ Rodillas	✓	-	-
○ Tobillos	✓	-	-
○ Pies	✓	-	-

➤ **VALORACIÓN FUNCIÓN RESPIRATORIA**

L	M	S
-	-	-

➤ **SENSIBILIDAD**

○ Anestesia —	hiperestesia —	Parestesia ✓
○ Hipoestesia —		

➤ **FUNCIONABILIDAD**

○ Pinza terminal —	Pinza Subterminal —	Pinza Sublateral ✓
○ Pinza Aprehensión —		

➤ **POSTURA**

○ Plano anterior	Plano Lateral	Plano
Posterior		

➤ **MARCHA**

○ Normal —	Alterada —
-------------------	-------------------

➤ **A.V.D**

○ Dependiente —	Semi-independiente ✓	Independiente —
------------------------	-----------------------------	------------------------

OBSERVACIONES

**VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR**

> DATOS PERSONALES

Nombre: NELSON DORACIS DUTIZ
Sexo: MASCULINO
Edad: 52 años
Ocupación: PENSIONADO
Tiempo de evolución: 11 años

Dirección: LOMA FRESCA CARR. DE LOS ESCALONES
Telefono: 3122021
Estado civil: CASADO
No de hijos: 1
Dx Medico: ACC

> ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
• Hipertensión	—	—
• Diabetes	—	—
• Problemas Articulares	✓	—
• Cáncer	—	—

> ANTECEDENTES PERSONALES	SI	NO
• Hipertensión	—	✓
• Diabetes	—	✓
• Asma	—	✓
• Alergia a medicamentos	—	✓
❖ Cuales? _____		
• Alergia a alimentos	—	✓
❖ Cuales? _____		

> MEDIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA	SI	NO
• Exámenes de laboratorio	✓	—
❖ Cual? <u>TRATE CON PIRENO ACIDO URICO</u>		
• Radiografías	✓	—

> TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL	SI	NO
❖ Cual? <u>CELEBREX LANZADIN CASIO 330, 15/10</u>	✓	—

> TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO	SI	NO
	—	—

> INSPECCION
• Piel Baja y puntos blancos
 normalidad normal

- Cambios tróficos En manos
- Coloración rosa
- Nódulos X
- Localización parte sup del metacarpo interno 1º y 2º

- Deformidades X
- Localización Manos, base-metacarpo falangicas

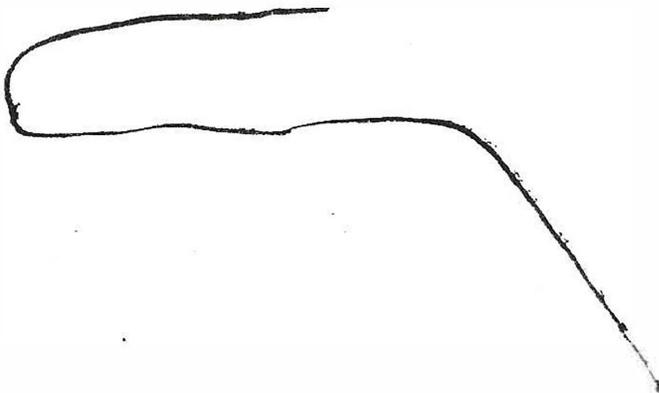
- Posiciones antálgicas —
- Localización posición playeros

- DOLOR A LA PALPACIÓN —
- (L) M S
- CONTRACTURAS —
- L (M) S
- DOLOR AL MOVIMIENTO —
- L (M) S
- ATROFIA X
- (L) M S
- EDEMA —
- (L) M S
- MEDIDA CIRCUNFERENCIAL —

- CONTORNO GRAFICO

Helean Correa
Nombre del paciente

Fecha:
22-V-01



➤ **MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS**

	L	M	S
▪ M..M.S.S			
○ Cuello <i>rotar los miembros</i>	-	X	-
○ Hombros <i>flex - abd</i>	-	X	-
○ Codos	-	-	-
○ Muñecas <i>flex - ext - dev - cub - rad</i>	-	X	-
○ Dedos	-	X	-
▪ M.M.L.I			
○ Cadera	-	-	-
○ Rodillas <i>flex</i>	-	X	-
○ Tobillos <i>plant. dxe - ave - mv</i>	-	X	-
○ Pies	-	X	-

➤ **VALORACIÓN FUNCIÓN RESPIRATORIA**

	L	M	S
	-	-	-

➤ **SENSIBILIDAD**

○ Anestesia —	hiperestesia —	Parestesia —
○ Hipoestesia —		

➤ **FUNCIONABILIDAD**

○ Pinza terminal —	Pinza Subterminal —	Pinza Sublateral —
○ Pinza Aprrehensión —		

➤ **POSTURA**

○ Plano anterior	Plano Lateral	Plano
Posterior		

➤ **MARCHA**

○ Normal —	Alterada X
-------------------	-------------------

➤ **A.V.D**

○ Dependiente —	Semi-independiente —	Independiente X
------------------------	-----------------------------	------------------------

OBSERVACIONES

**VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR**

➤ **DATOS PERSONALES**

Nombre: JUANA DE JESUS PERATA SEOPA
 Sexo: FEMENINO
 Edad: 44 AÑOS
 Ocupación: SECRETARIA
 Tiempo de evolución: 11 años

Dirección: LOMA FRESCA. Calle de las Flores
 Telefono: 6770095
 Estado civil: CASADA
 No de hijos: 2
 Dx Medico: (AR.D)

➤ ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
• Hipertensión	—	—
• Diabetes	—	—
• Problemas Articulares	—	—
• Cáncer	✓	—
➤ ANTECEDENTES PERSONALES		
• Hipertensión	—	—
• Diabetes	—	—
• Asma	—	—
• Alergia a medicamentos	✓	—
❖ Cuales? <u>OCLOFENACO.</u>		
• Alergia a alimentos	—	✓
❖ Cuales? _____		
➤ MEDIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA		
• Exámenes de laboratorio	—	—
❖ Cual? <u>TRACER DEGENERATIVO.</u>		
• Radiografías	✓	—
➤ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL ←		
❖ Cual? <u>PENICILINA - IEMPROTENO - METROSETANE</u>		
➤ TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO		
—	—	—
➤ INSPECCION		
• Piel <u>NORMAL</u>		

- Cambios tróficos _____ ✓
- Coloración _____ ✓
- Nódulos _____ ✓
- Localización Codos (ante brazo - codo postado) _____ ✓

- Deformidades _____ ✓
- Localización Dedo (3er) de ambas manos _____ ✓

- Posiciones antalgicas _____ ✓
- Localización seden _____ ✓

- DOLOR A LA PALPACIÓN _____
- (L) M S
- CONTRACTURAS _____
- L M S
- DOLOR AL MOVIMIENTO _____ ✓
- (L) M S (manera de dedo de
ambos manos)
- ATROFIA _____ ✓
- L M S
- EDEMA _____ ✓
- L (M) S
- MEDIDA CIRCUNFERENCIAL _____

- CONTORNO GRAFICO _____

Nombre del paciente

{ Mano izquierda
 Fecha:
 22-IV-01

➤ **MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS (codo)**

	L	M	S
▪ M.M.S.S	✓		
○ Cuello	✓	-	-
○ Hombros	✓	-	-
○ Codos	✓	-	-
○ Muñecas	✓	-	-
○ Dedos	✓	-	-
▪ M.M.LI			
○ Cadera	-	-	-
○ Rodillas	✓	-	-
○ Tobillos	✓	-	-
○ Pies	-	-	-

➤ **VALORACIÓN FUNCIÓN RESPIRATORIA**

L	M	S
-	-	-

➤ **SENSIBILIDAD**

○ Anestesia—	hiperestesia—	Parestesia—
○ Hipoestesia—		

➤ **FUNCIONABILIDAD**

○ Pinza terminal—	Pinza Subterminal—	Pinza Sublateral—
○ Pinza Aprehensión—		

➤ **POSTURA**

○ Plano anterior	Plano Lateral	Plano
○ Posterior		

➤ **MARCHA**

○ Normal—	Alterada—✓
-----------	------------

➤ **A.V.D**

○ Dependiente—	Semi-independiente—	Independiente—✓
----------------	---------------------	-----------------

OBSERVACIONES La paciente refiere disminución del dolor en sus art., mejorando su calidad de vida, además permitiéndole realizar actividades que anteriormente no podía realizar.

**VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA
CIUDAD DE CARTAGENA
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLIVAR**

➤ **DATOS PERSONALES**

Nombre: Araceli...
 Sexo: F
 Edad: 54
 Ocupación: ...
 Tiempo de evolución: ...

Dirección: ...
 Telefono: ...
 Estado civil: ...
 No de hijos: 1
 Dx Medico: ...

➤ ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
• Hipertensión	—	—
• Diabetes	—	—
• Problemas Articulares	—	—
• Cáncer	—	—
➤ ANTECEDENTES PERSONALES		
• Hipertensión	—	—
• Diabetes	—	—
• Asma	—	—
• Alergia a medicamentos	—	—
❖ Cuales? _____		
• Alergia a alimentos	—	—
❖ Cuales? _____		
➤ MEDIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA		
• Exámenes de laboratorio	X	—
❖ Cual? <u>X</u> _____		
• Radiografías	—	—
➤ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL —		
❖ Cual? _____		
➤ TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO —		
➤ INSPECCION		
• Piel		

- Cambios troficos _____
- Coloración _____
- Nódulos _____
- Localización _____

- Deformidades _____
- Localización _____

- Posiciones antalgicas _____
- Localización _____

- DOLOR A LA PALPACIÓN _____
- M S
- CONTRACTURAS _____
- M S
- DOLOR AL MOVIMIENTO _____
- M S
- ATROFIA _____
- L M S
- EDEMA _____
- M S
- MEDIDA CIRCUNFERENCIAL _____

- CONTORNO GRAFICO _____

Nombre del paciente

Fecha:

➤ **MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS**

	L	M	S
▪ M..M.S.S	<input checked="" type="checkbox"/>		
○ Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>	—	—
○ Hombros	<input checked="" type="checkbox"/>	—	—
○ Codos	<input checked="" type="checkbox"/>	—	—
○ Muñecas	<input checked="" type="checkbox"/>	—	—
○ Dedos	<input checked="" type="checkbox"/>	—	—
▪ M.M.LI			
○ Cadera		—	—
—			
○ Rodillas	<input checked="" type="checkbox"/>	—	—
○ Tobillos	<input checked="" type="checkbox"/>	—	—
○ Pies	<input checked="" type="checkbox"/>	—	—

➤ **VALORACIÓN FUNCIÓN RESPIRATORIA**

	L	M	S
	—	—	—

➤ **SENSIBILIDAD**

○ Anestesia—	hiperestesia—	Parestesia—
○ Hipoestesia—		

➤ **FUNCIONABILIDAD**

○ Pinza terminal—	Pinza Subterminal—	Pinza Sublateral—
○ Pinza Aprehensión—		

➤ **POSTURA**

○ Plano anterior	Plano Lateral	Plano
○ Posterior		

➤ **MARCHA**

○ Normal—	Alterada—
------------------	------------------

➤ **A.V.D**

○ Dependiente—	Semi-independiente—	Independiente— ✓
-----------------------	----------------------------	-------------------------

OBSERVACIONES

**VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLIVAR**

➤ DATOS PERSONALES

Nombre: LILIA HERNANDEZ ZUBIRIA
Sexo: FEMENINO
Edad: 52 AÑOS
Ocupación: ADA DE CASA
Tiempo de evolución: 15 AÑOS

Dirección: LOMA FRESCA
Telefono: 5714112
Estado civil: CASADA
No de hijos: 2
Dx Medico: ARTRITIS REUMATOIDEA

- | ➤ ANTECEDENTES FAMILIARES | SI | NO |
|---------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| • Hipertensión | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Diabetes | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Problemas Articulares | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Cáncer | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | ➤ ANTECEDENTES PERSONALES | SI | NO |
|----------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| • Hipertensión | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Asma | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Alergia a medicamentos | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ❖ Cuales? <u>ANTI TETADIC</u> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Alergia a alimentos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ❖ Cuales? <u>HUEVO, MARISCOS</u> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | ➤ MEDIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA | SI | NO |
|--|-------------------------------------|--------------------------|
| • Exámenes de laboratorio | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ❖ Cual? <u>F. REUMATOIDEA</u> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Radiografías | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | ➤ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL | SI | NO |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| ❖ Cual? <u>BIOX</u> | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | ➤ TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO | SI | NO |
|--------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|
| | <input checked="" type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- INSPECCION
- Piel

- Cambios troficos _____
- Coloración _____
- Nódulos _____
- Localización _____

- Deformidades _____
- Localización MANOS _____

- Posiciones antalgicas _____
- Localización _____

- DOLOR A LA PALPACIÓN _____
- L (M) S
- CONTRACTURAS _____
- L M S
- DOLOR AL MOVIMIENTO (MANOS) _____
- (L) M S
- ATROFIA _____
- L M S
- EDEMA _____ _____
- (L) M S
- MEDIDA CIRCUNFERENCIAL 19 cm MANO 120 MANO 120
- LZD. (D. 28)

- CONTORNO GRAFICO _____

Nombre del paciente

Fecha:

➤ **MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS**

	L	M	S
▪ M.M.S.S	✓		
○ Cuello	✓	-	-
○ Hombros	✓	-	-
○ Codos	✓	-	-
○ Muñecas	✓	-	-
○ Dedos	✓	-	-
▪ M.M.LI			
○ Cadera		-	-
-	✓		
○ Rodillas	✓	-	-
○ Tobillos	✓	-	-
○ Pies	-	-	-

➤ **VALORACIÓN FUNCIÓN RESPIRATORIA**

L	M	S
-	-	-

➤ **SENSIBILIDAD**

○ Anestesia—	hiperestesia—	Parestesia—
○ Hipoestesia—		

➤ **FUNCIONABILIDAD**

○ Pinza terminal—	Pinza Subterminal—	Pinza Sublateral—
○ Pinza Aprehensión—		

➤ **POSTURA**

○ Plano anterior	Plano Lateral	Plano
○ Posterior		

➤ **MARCHA**

○ Normal—	Alterada—
-----------	-----------

➤ **A.V.D**

○ Dependiente—	Semi-independiente—	Independiente—
----------------	---------------------	----------------

OBSERVACIONES

**VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLIVAR**

➤ **DATOS PERSONALES**

Nombre: ORSUE CAHARGO ARIZA
 Sexo: MASCULINO
 Edad: 79 AÑOS
 Ocupación: PENSIONADO
 Tiempode evolución:

Dirección: LOMA FRESCA CAÑE DE LAS ESCALAS.
 Telefono: 6581507.
 Estado civil: CASADO.
 No de hijos: 10 HIJOS
 Dx Medico: ARTRITIS REUMATOIDEA.

➤ ANTECEDENTES FAMILIARES	SI	NO
• Hipertensión	—	—
• Diabetes	—	—
• Problemas Articulares	—/	—
• Cáncer	—	—
 ➤ ANTECEDENTES PERSONALES		
• Hipertensión	—/	—
• Diabetes	—	—
• Asma	—	—
• Alergia a medicamentos	—	—
❖ Cuales? _____		
• Alergia a alimentos	—	—
❖ Cuales? _____		
 ➤ MEDIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA		
• Exámenes de laboratorio	—/	—
❖ Cual? <u>F. REUMATOIDEA.</u>		
• Radiografías	—	—
 ➤ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL	—/	—
❖ Cual? <u>PICOVICAN + ATEROL</u>		
 ➤ TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO	—	—
 ➤ INSPECCION		
• Piel		

- Cambios troficos _____ ✓
- Coloración _____ ✓
- Nódulos _____ ✓
- Localización _____ ✓

- Deformidades _____ ✓
- Localización _____ ✓

- Posiciones antalgicas _____ ✓
- Localización _____ ✓

- DOLOR A LA PALPACIÓN _____ ✓
 - (L) M S
- CONTRACTURAS _____ ✓
 - L M S
- DOLOR AL MOVIMIENTO _____ ✓
 - (L) M S
- ATROFIA _____ ✓
 - L M S
- EDEMA _____ ✓
 - (L) M S
- MEDIDA CIRCUNFERENCIAL _____

- CONTORNO GRAFICO _____

Nombre del paciente

Fecha:

➤ **MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS**

	L	M	S
▪ M.M.S.S			
○ Cuello	✓	-	-
○ Hombros	✓	-	-
○ Codos	✓	-	-
○ Muñecas	✓	-	-
○ Dedos	✓	-	-
▪ M.M.LI			
○ Cadera	-	-	✓
○ Rodillas	✓	-	-
○ Tobillos	✓	-	-
○ Pies	✓	-	-

➤ **VALORACIÓN FUNCIÓN RESPIRATORIA**

L	M	S
-	-	-

➤ **SENSIBILIDAD**

○ Anestesia —	hiperestesia —	Parestesia —
○ Hipoestesia —		

➤ **FUNCIONABILIDAD**

○ Pinza terminal —	Pinza Subterminal —	Pinza Sublateral —
○ Pinza Aprehensión —		

➤ **POSTURA**

○ Plano anterior	Plano Lateral	Plano
Posterior		

➤ **MARCHA**

○ Normal —	Alterada —
-------------------	-------------------

➤ **A.V.D**

○ Dependiente —	Semi-independiente —	Independiente —
------------------------	-----------------------------	------------------------

OBSERVACIONES

**VALORACIÓN FISIOTERAPEUTICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA
UNIVERSIDAD SIMÓN BOLÍVAR**

➤ **DATOS PERSONALES**

Nombre: Martha Esther Bermudez Cordero Dirección: Loma Fresca de las Flores
 Sexo: F Teléfono: 6563221 (Carmen)
 Edad: 68 años Estado civil: Casada (Viuda)
 Ocupación: Ama de Casa No de hijos: 6 hijos
 Tiempo de evolución: 10 años Dx Medico:

	SI	NO
➤ ANTECEDENTES FAMILIARES		
• Hipertensión	<u>X</u>	—
• Diabetes	<u>X</u>	—
• Problemas Articulares	<u>X</u>	—
• Cáncer	<u>X</u>	—
➤ ANTECEDENTES PERSONALES		
• Hipertensión	<u>X</u>	—
• Diabetes	<u>X</u>	—
• Asma	—	<u>X</u>
• Alergia a medicamentos	—	<u>X</u>
❖ Cuales? _____		<u>X</u>
• Alergia a alimentos	—	<u>X</u>
❖ Cuales? _____		
➤ MEDIOS DIAGNOSTICOS DE ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA		
• Exámenes de laboratorio	<u>X</u>	—
❖ Cual? <u>Factor Reumatoideo</u>	<u>X</u>	—
• Radiografías	<u>X</u>	—
➤ TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO ACTUAL	<u>X</u>	—
❖ Cual? <u>Aspirina, Uscapamilo, captopril</u>		
➤ TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO	<u>X</u>	—
➤ INSPECCION		
• Piel		

- Cambios tróficos Mano derecha sobre el lugar
- Coloración Demencia, bruto, pederas en piernas X
- Nódulos —
- Localización _____

- Deformidades X —
- Localización Mano derecha (palpar) _____

- Posiciones antalgicas — —
- Localización _____

- DOLOR A LA PALPACIÓN X —
 - L (M) S
- CONTRACTURAS — X
 - L M S
- DOLOR AL MOVIMIENTO X —
 - (L) M S
- ATROFIA — X
 - L M S
- EDEMA X —
 - (L) M S
- MEDIDA CIRCUNFERENCIAL _____

- CONTORNO GRAFICO

Nombre del paciente

Fecha:

➤ **MOVILIDAD ARTICULAR DEL MIEMBRO COMPROMETIDO Y ARTICULACIONES VECINAS**

	L	M	S
▪ M.M.S.S	<input checked="" type="checkbox"/>		
○ Cuello	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-
○ Hombros	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-
○ Codos	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-
○ Muñecas	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-
○ Dedos	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-
▪ M.M.LI			
○ Cadera		-	-
○ Rodillas	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-
○ Tobillos	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-
○ Pies	<input checked="" type="checkbox"/>	-	-

➤ **VALORACIÓN FUNCIÓN RESPIRATORIA**

L	M	S
<input checked="" type="checkbox"/>	-	-

➤ **SENSIBILIDAD**

○ Anestesia —	hiperestesia —	Parestesia —
○ Hipoestesia —		

➤ **FUNCIONABILIDAD**

○ Pinza terminal —	Pinza Subterminal —	Pinza Sublateral —
○ Pinza Apreensión —		

➤ **POSTURA**

○ Plano anterior	Plano Lateral	Plano
Posterior		

➤ **MARCHA**

○ Normal <input checked="" type="checkbox"/>	Alterada —
---	-------------------

➤ **A.V.D**

○ Dependiente —	Semi-independiente —	Independiente <input checked="" type="checkbox"/>
------------------------	-----------------------------	--

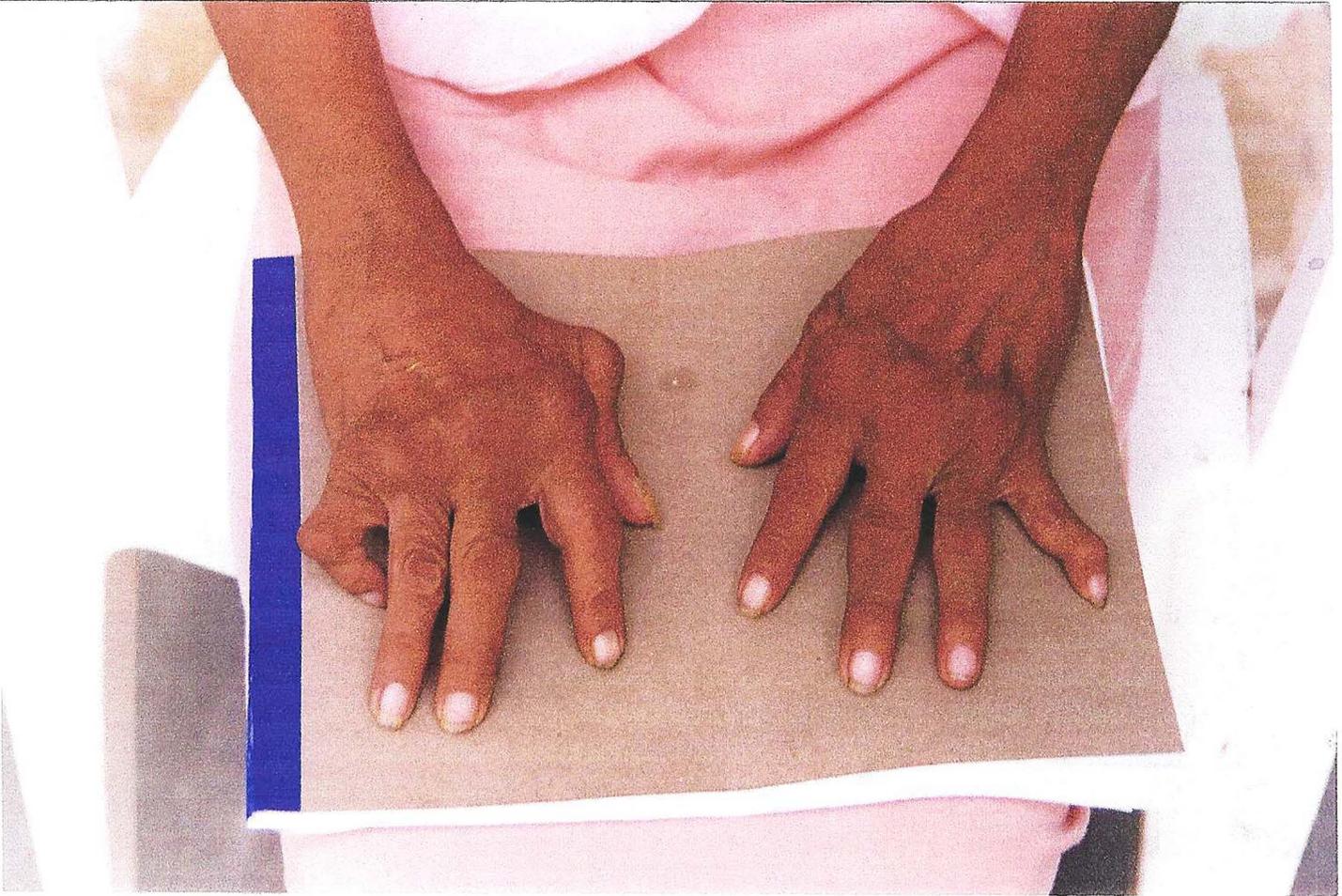
OBSERVACIONES

Anexo: K

FOTOS

- FOTO No. 1: Deformidad en manos por Artritis Reumatoidea Degenerativa, paciente de sexo femenino de 54 años de edad.
- FOTO No. 2: Deformidades en dedos de las manos “Cuello de Cisne” por Artritis Reumatoidea Degenerativa, paciente de sexo femenino de 60 años de edad.
- FOTO No. 3: Edema estabilizado en mano derecha, deformidad en dedos “Dedos en Ojal” por Artritis Reumatoidea Degenerativa, paciente de sexo femenino de 45 años de edad.
- FOTO No. 4: Edema generalizado en miembro inferior, deformidad en dedos del pie por Artritis Reumatoidea Degenerativa, paciente de sexo femenino de 45 años de edad.
- FOTO No. 5: Paciente de 60 años de edad que presenta alteraciones en piel a nivel de miembros inferiores por Artritis Reumatoidea Degenerativa.
- FOTO No. 6: Aplicación de hidroterapia en la Fundación REI – Cartagena, Bolívar.
- FOTO No. 7: Hidrogimnasia
- FOTO No. 8: Grupo de investigadores y pacientes con Artritis Reumatoidea Degenerativa.
-

ANEXO K: FOTO No. 1



Deformidad en manos por artritis reumatoidea degenerativa, paciente de sexo femenino de 54 años de edad.

ANEXO L: FOTO No. 2



Deformidad en dedos de las manos "Cuello de Cisne" por artritis reumatoidea degenerativa, paciente de sexo femenino de 60 años de edad.

ANEXO M: FOTO No. 3



Edema estabilizado en mano derecha, deformidad en dedos "Dedos en ojal" por artritis reumatoidea degenerativa, paciente de sexo femenino de 45 años de edad.

ANEXO N: FOTO No. 4



Edema generalizado en miembro inferior derecho, deformidad en dedos del pie por artritis reumatoidea degenerativa, paciente de sexo femenino de 45 años de edad.

ANEXO Ñ: FOTO No. 5



Paciente de 60 años de edad que presenta alteración en piel a nivel de miembros inferiores por artritis reumatoidea degenerativa.

ANEXO P: FOTO No. 6



Aplicación de hidroterapia en la Fundación REI – Cartagena, Bolívar.

ANEXO Q: FOTO No. 7



Hidrogimnasia.

ANEXO R: FOTO No. 8



Grupo de investigadores y pacientes con artritis reumatoidea degenerativa.

Anexo: M

PROGRAMA DE REHABILITACIÓN FÍSICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA DEGENERATIVA DEL BARRIO LOMA FRESCA DE LA CIUDAD DE CARTAGENA

Objetivos:

- Aliviar el dolor.
- Reducir o suprimir la inflamación.
- Enlentecer el daño articular.
- Preservar la función articular y muscular.
- Minimizar las complicaciones de la enfermedad.
- Mejorar la calidad de vida.

Materiales

- Mecanoterapia: Digiblez, plastilina, bicicleta estática, escobilla de dedos, ruedas de hombro, mesa de cuadriceps, bandas elásticas, prono-supinador.
- Medios físicos: Compresas húmedo, caliente, parafina, ultrasonido y tens.
- Hidroterapia: Piscina.

Ejercicios

Pasmos: Son necesarios en la búsqueda de la movilidad de una determinada articulación.

Isométricos: Son útiles en aumentar la fuerza muscular.

Activos: Las realizadas etc buscan la máxima anelidad del movimiento.

Los ejercicios prescritos para el paciente deben ser realizados bajo supervisión pero es evidente que resulta imposible, salvo en muy pocos casos. Es más valioso para un paciente repetir unos pocos ejercicios para cada articulación afectada diariamente que pasar largo periodo de ejercicios bajo supervisión una o dos veces por semana. Suele ser conveniente que un paciente repita cada ejercicio para cada articulación dos o tres veces por día, si tal ejercitación no lo esfuerza en exceso o provoca una recaída. Se aumenta la repetición hasta 6 ú 8 veces, dos veces por día, después de 3-4 días y luego a 10 veces, dos veces por día, después de otra semana. Se recomienda no aumentar los ejercicios más allá de este número de repeticiones.

Detalles del ejercicio

1. Extremidades superiores

Hombro

- Brazos al costado con el codo extendido, llevar los brazos hacia delante y hacia arriba a la altura del oído.
- Brazos hacia el costado, doblar los codos en ángulo recto y apartar las manos.

Codos

- Doblar el codo, tocando con los dedos el extremo del hombro.
- Enderezar el codo.

Antebrazo

- Con los codos flexionados, girar la palma de la mano y luego el dorso de la mano hacia la cara. (Pronosupinación).

Muñeca

- Manteniendo el antebrazo firme mover la muñeca hacia arriba y hacia abajo, como al saludar.
- De nuevo sostener con firmeza el antebrazo, mover la muñeca hacia arriba y hacia abajo como al apretar una mano.
- Hacer círculos con la mano.

Manos y dedos

- Doblar el pulgar hacia la palma de la mano.

2. Extremidades inferiores

Cadera.

- Llevar la rodilla hasta el pecho y volver.
- Mantener la rodilla extendida y los dedos del pie apuntando hacia arriba, deslizar la pierna hacia fuera, hacia un costado.
- Mantener las piernas extendidas y rotar las piernas hacia adentro, una hacia la otra.

rodilla

- Deslizar el talón hacia arriba, hacia las nalgas y el dorso.

Tobillo

- Llevar el pie hacia arriba y hacia adentro, luego empujarlo hacia debajo de nuevo..
- Hacer círculos con el pie.
- Llevar un pie hacia al otro.
- Llevar el pie hacia fuera.

Dedos de los pies

- Levantarse sobre los dedos de los pies y luego enrollar los dedos por debajo.

3. Programa para el dorso

Supino (con piernas derechas)

- Series para el cuádriceps: poner en tensión el músculo por encima de la rodilla, sostenerlo contando lentamente hasta 5. relajarse. Repetir (n) veces.
 - Series para los glúteos: supino con las piernas derechas poner en tensión las nalgas y sostenerlas contando lentamente hasta 5. relajarse. Repetir(n) veces.
 - Inclinación pélvica: posición supina con las rodillas flexionadas, los pies apoyados de lleno sobre la superficie, poner en tensión los músculos abdominales y glúteos, forzando la parte inferior del dorso hacia la superficie. Relajarse. Repetir(n) veces.
 - Doble rodilla al pecho: posición supina-llevar ambas rodillas hacia el pecho-asir las rodillas con las manos y estirar suavemente más cerca del pecho-mantener un tipo adecuado de respiración. Repetir(n) veces.
-

- Hacerse un ovollo, modificado: posición supina, con las rodillas flexionadas- pies supinados sin almohadas, con los brazos extendidos, llevar el mentón hacia el pecho y tratar de sentarse, intentando tocar las rodillas con las puntas de los dedos.
- Estiramiento sentado: sentado en una silla, con los pies aplastados sobre el piso, separados uno 60 cm entre sí. Con los brazos cruzados, inclinarse hacia delante permitiendo que los brazos pasen entre las rodillas y estirarlos suavemente hacia el piso. Repetir(n) veces.

Hidrogimnasia

Antes de ingresar a la piscina se realiza una serie de ejercicios de precalentamiento como son:

- Caminar alrededor de la piscina en un tiempo de 10 minutos.
- Cuerpo erguido, pies juntos, en esta posición comenzar a hacer afirmáticas con la cabeza. (10 veces).
- Luego hacemos negación. (10 veces).
- Separado ligeramente las piernas, extendemos los brazos y moverlos juntos de atrás hacia delante. Como dibujando círculos mientras lentamente se inspira lentamente con cada movimiento. (10 veces).

Dentro del agua:

- Realizamos movimiento de piernas realizando bicicleta.
- Movilización de cadena mediante la elevación de las peras al caminar.
- Rotación de tronco con el paso de flotador.
- Nadado libre.
- Movimiento de Abd y Add de peras.