

11326
2el
234

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



"Trascendencia Económica Laboral y Familiar en 20 Pacientes
con Espondilitis Anquilosante".

TESIS

QUE PARA ACREDITAR LA ESPECIALIDAD DE

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

Dra. María Zully Ramos Guzmán

ASESOR DE TESIS:

DR. J. GABRIEL HERREJON CERVANTES



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

I N D I C E :

CAPITULO I.	
INTRODUCCION	
CAPITULO II.	
OBJETIVO GENERAL	
CAPITULO III.	
JUSTIFICACION	
CAPITULO IV.	
ORGANIZACION DEL TRABAJO	
CAPITULO V.	
FUENTES DE INFORMACION	
CAPITULO VI.	
MATERIAL Y METODOS	
CAPITULO VII.	
RESULTADOS	
CAPITULO VIII.	
DISCUSION	
CAPITULO IX.	
CONCLUSIONES	
CAPITULO X.	
RECOMENDACIONES	
CAPITULO XI.	
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	

CAPITULO I .

INTRODUCCION.

Los padecimientos reumáticos han afectado a la humanidad desde los tiempos más remotos. Hay constancia de su existencia en animales, desde épocas prehistóricas; posteriormente, se encuentran datos relativos a ellos en documentos de las antiguas civilizaciones egipcia, griega y romana.

Así en el curso de la Historia, se observan múltiples referencias a estas enfermedades (8).

Las enfermedades reumáticas siempre han constituido un problema por su frecuencia, por el origen obscuro de muchas de ellas y por las dificultades que implica su diagnóstico y tratamiento, aún más debido a la patógenia de la mayor parte de ellas (8).

Investigadores del Consejo Mexicano de Reumatología estiman que alrededor de un 6-10% de la población mexicana padece de alguna manifestación reumática (9). Si se considera a la población total del país en 70 millones de habitantes significa que existen entre 5-6 millones de enfermos reumáticos.

Actualmente se identifican más de 150 enfermedades reumatológicas encontrándose entre ellas a la Espondilitis Anquilosante que ocupa cuarto lugar en cuanto a frecuencia (9).

En una encuesta Epidemiológica se encuentra que en la Espondilitis Anquilosante hay una prevalencia que varía del 1% en Watford, Ing. hasta el 9.7% en los Indios Haida y el promedio es de 0.5% de toda la población de hombres adultos (10).

Un concepto muy difundido es que las afecciones reumáticas son casi exclusivas de la vejez. Se equipara a la Reumatología con la

Geriatría y se considera que poco se puede ofrecer a los -
sujetos con padecimientos de esta naturaleza.

Este concepto por supuesto es erróneo y aleja a los médicos
jóvenes de la especialidad, lo que comprueba lo limitado del -
número de especialistas en esta rama.

Es cierto que determinados padecimientos de esta naturaleza -
ocurren en pacientes de más de 50 años. Pero también es cierto -
que la Fiebre Reumática, la Artritis Reumatoide, La Espondilitis
Anquilosante, la Gota, la Esclerodermia y otras más se inician con
mucha frecuencia en jóvenes y aún en niños.

Desde el punto de vista objetivo, es realidad que las enfermeda-
des reumáticas son subestimadas en el ambiente médico general -
debido parcialmente a la falta de conocimientos que sobre ellas
hay, generalmente por la omisión, hasta hace algunos años, en la -
enseñanza Universitaria, así como a la difusión insuficiente - -
sobre estos temas.

Puede ser que el inicio lógico sería el conocimiento en cuanto a
las enfermedades más comunes pero también es interesante y tras -
cendente el detectar y proporcionar una terapéutica a todos los
aspectos, en aquellos enfermos que tienen este tipo de problemas
para que así no lleguen a presentar repercusiones laborales, - -
económicas, sociales y familiares.

Actualmente se encuentran estadísticas, que las enfermedades mus-
culoesqueléticas y entre ellas, las reumáticas ocupan un primer -
lugar como causa de invalidez.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

La Espondilitis Anquilosante es una enfermedad inflamatoria crónica y progresiva de origen desconocido, que afecta a las articulaciones de la columna vertebral particularmente a las sacroilíacas, las sinoviales del raquis y de los tejidos blandos adyacentes, también puede producir inflamación de los ligamentos intervertebrales y de las cápsulas de las articulaciones apofisiarias y en sus fases más avanzadas ocasiona calcificaciones y osificaciones de los ligamentos paravertebrales originando la conocida imagen radiológica de raquis en caña de bambú.

En 1893 Von Bechterew hizo la primera y más valiosa revisión de la enfermedad considerándola como una nueva enfermedad Neurológica y que cuyas principales características eran la rigidez parcial o total de la columna vertebral, la cifosis dorsal y la paresia de los músculos del cuello y de las extremidades. Cause así mismo atrofia de la espalda y de cintura escapular y disminución de la sensibilidad cutánea en las zonas tributarias de los nervios raquídeos. Pocos años después Strumpell (I). Informó de la existencia de los casos de anquilosis de tipo ascendente que afectaba precosmente a las articulaciones sacroilíacas, hasta llegar finalmente a la columna cervical. Simultáneamente, el propio Marie fué el primero en relacionar los cuadros clínicos y anatómicos de esta enfermedad. March, descubrió los rasgos anatomopatológicos de la calcificación ligamentosa.

Anteriormente se creía que esta enfermedad era una variedad de la Artritis Reumátoide, sin embargo ciertas características la distinguen, como las calcificaciones ligamentosas y osificaciones con tendencia a la anquilosis ósea.

Predomina en el sexo masculino, evidencia de transmisión genética en familias seleccionadas (2).

En 1975 Colen y Fries, estudiaron una población con HLAB27 positivo en donadores de sangre y encontraron que un 29% habían tenido síntomas de lumbalgía. (2)

ETIOLOGIA:

La causa de Espondilitis Anquilosante es desconocida (3) estudios recientes, han mostrado una relación marcada de la Espondilitis Anquilosante y el Antígeno HLAB27. Pero la forma en la cual el Antígeno de Histocompatibilidad influye en la patógenia es -- desconocida pues nunca ha quedado confirmada.

La afección vertebral característica de la Espondilitis Anquilosante es en ocasiones semejante a la del Síndrome de Reiter, la Artritis Psoriásica y de la Enfermedad Intestinal Inflamatoria (3).

FRECUENCIA:

Contrariamente con lo que se creía es una de las causas -- más frecuentes de dolor de espalda, principalmente en los individuos jóvenes.

Se les ha encontrado al estudiar grupos de hombres en edad militar y siendo ésta, la causa más frecuente de incapacidad (1). Generalmente la Espondilitis Anquilosante se inicia entre los 16-40 años de edad mostrando una predilección definida por el sexo masculino, describiéndose proporciones que oscilan entre 4x1 y 20x1. (2)

En otras estadísticas se dice que es de 8x1 (1) Y en una investigación inglesa fué de 1:2000 (3).

FORMA Y COMIENZO:

Aparece en la segunda o tercera década de la vida, los primeros síntomas de la Espondilitis Anquilosante llevan frecuentemente al diagnóstico erróneo. La enfermedad en su etapa inicial se -- manifiesta con episodios de dolor nocturno y rigidez de la región sacrolumbar de carácter transitorio y en ocasiones con irradiación ciática. El dolor y la rigidez en ésta etapa tienen duración de -- unos cuantos días luego remiten casi totalmente, estos síntomas se presentan más frecuentemente por la mañana y se acentúan por -- la noche, así como después de periodos largos de inactividad fisiológica, remiten con el ejercicio moderado, exacerbándose con el -- ambiente húmedo.

Algunos pacientes presentan como síntomas iniciales dolores agudos y punzantes transitorios en regiones glúteas, lumbar y sacra que pueden desencadenarse con movimientos tales como agacharse o el de levantar algún objeto pesado.

El inicio del padecimiento puede acompañarse de síntomas generales como; astenia, anorexia, febrícula, pérdida de peso, pero no muy intensos, lumbalgia de esfuerzo de predominio nocturno.

CUADRO CLINICO:

Es bastante característico dependiendo de la intensidad, la evolución o duración de la enfermedad. Así como del grado de afectación raquídea y de la actividad del proceso en los diversos -- niveles de la columna vertebral.

El padecimiento puede ser de intensidad leve, moderada o grave, puede localizarse sólo en articulaciones sacroilíacas o en las articulaciones y sinoviales de la columna vertebral.

Es factible que el curso de la enfermedad se detenga temporalmente o que termine en forma definitiva o que avance gradualmente hacia los niveles más altos.

La afección de las articulaciones sacroilíacas se manifiesta con dolor y rigidez en la región lumbosacra y en un 10% de los casos con irritación ciática(I).

Frecuentemente hay contracturas moderadas de los músculos paravertebrales sin limitación de la región lumbar con respecto a su movilidad. La evolución clínica es variable en los casos leves el comienzo es incidioso, no existen los síntomas generales o son muy vagos. Así como las alteraciones radiológicas tienen un curso muy lento.

La deformación gradual a veces lleva a una deformación muy importante después de haber transcurrido 15-20 años. Pudiendo detenerse temporalmente o en forma definitiva y el de poder reactivarse en cualquier momento.

En estos casos más graves obligan al paciente a acudir a la consulta externa más frecuentemente, con mayor actividad de su sintomatología.

Existe limitación de la columna, disminución de los movimientos de expansión del torax y la característica inclinación del tronco hacia adelante.

En los casos graves puede desarrollarse deformidad extrema y de rigidez completa de todos los elementos de la columna vertebral en los tres primeros años del padecimiento.

CURSO NATURAL DE LA ESPONDILITIS ANQUILOSANTE.

El curso natural de la enfermedad ocurre en promedio de 30-40 años, se presenta en forma progresiva, llegando a la restricción de la movilidad de la columna vertebral en forma muy severa, presentándose en algunos pacientes complicaciones periféricas de las articulaciones al principio del curso, dentro de los primeros 10 años (4). Esto sugiere un patrón pronóstico de la Espondilitis Anquilosante que emerge dentro de los primeros 10 años de la enfermedad. En un artículo de Wilkinson y Waters (6), se habla de la Historia Natural de la Enfermedad, de la Espondilitis Anquilosante.

1. El ataque persiste por tiempo indefinido.
2. La enfermedad progresa con una serie de exacerbaciones
3. La deformidad o limitación vertebral aumenta con el tiempo.
4. Sí las uniones o articulaciones periféricas llegan a complicarse, esto generalmente se presenta en las fases iniciales.
5. La Iritis se desarrolla al principio y tiende a repetir.
6. Los pacientes generalmente adoptan una actividad de tipo sedentario.
7. La limitación funcional en general es moderada.
8. La Espondilitis Anquilosante raramente acorta la vida.
9. El curso más severo se presenta si los síntomas empiezan antes de los 16 años.
10. La actividad en mujeres, es más moderada que en los hombres.

PROYECCION SOCIOECONOMICA DE LA ESPONDILITIS

ANQUILOSANTE.

La necesidad de ampliar, actualizar y complementar los conocimientos del médico familiar sobre las enfermedades reumáticas y dentro de ellas a la Espondilitis Anquilosante se ha vuelto imperiosa.

La ansiedad comienza al preguntar cuántos de ellos han sido detectados y de estos cuántos reciben atención médica adecuada y cuántos como consecuencia de su enfermedad han tenido que renunciar a sus labores, algunos otros no rinden lo que potencialmente podrían hacerlo, los problemas laborales que se han suscitado la trascendencia de tipo económico, familiar y social.

En nuestro medio es bien ostensible que el médico no especializado toma poco en cuenta esta enfermedad y si se agrega lo problemático de su diagnóstico en etapas tempranas, estamos ante una realidad muy negativa para realizar la localización y dar el tratamiento debido en todos los aspectos a los enfermos con Espondilitis Anquilosante.

Tomando en cuenta a este tipo de pacientes es necesario el hacer conciencia de ellos, de su padecimiento, con el fin de conseguir su cooperación completa. Esto no deja de tener su aspecto negativo ya que algunos pacientes llegan a instalar cuadros depresivos.

El problema laboral se complica al tenerse que decidir el otorgamiento de las pensiones los cuales quedan catalogados como invalidos, o el de cambiar a otro tipo de empleo que si les permita en lo posible un mejor desarrollo (8), (9).

El problema económico se ve afectado en los ingresos bajos, aunado a esto las frecuentes inasistencias a su trabajo.

La proyección familiar ha sido enorramente negativa tomando en cuenta las siguientes razones:

1. El estar enfermo el jefe de familia.
2. El que permanezca el mayor tiempo en su casa.
3. Alteraciones de tipo psicológico por la depresión.
4. La disminución de los ingresos económicos.
5. La frecuente segregación de estos padres de familia con el resto de la sociedad.

Para las empresas o para el Instituto de Medicina Socializada - el pago de salarios de los días que no labora el trabajador es una carga muy importante ya que además se encarga de prestar -- servicios de asistencia clínica y de Rehabilitación que sea -- necesarea en diferentes aspectos y durante el tiempo oportuno -- para cada tipo de situación.

Se ha observado gran impacto económico, social y familiar en los pacientes con Espondilitis Anquilosante y en otras enfermedades musculoesqueléticas y se habla de lo grande que es el desempleo ya que estos pacientes van a tener restricciones en sus actividades.(8)

También se han valorado en estudios previos(5), los problemas de tipo musculoesquelético tales como la Artritis Reumátoide, Osteoartritis, Dolor Bajo de Espalda entre ellos la Espondilitis Anquilosante.

Se encuentran asociados los costos tan altos que repercuten en el aspecto económico y social que originan frecuentemente el desempleo, debido a la incapacidad física invalidante.

CAPITULO II .

OBJETIVOS GENERALES.

Cuantificar los datos sobre la trascendencia que han tenido los aspectos laborales, económicos y familiares en un grupo - de 20 pacientes con diagnóstico de Espondilitis Anquilosante que acuden a la Consulta Externa del Servicio de Reumatología del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.I del - Instituto Mexicano del Seguro Social. Morelia Michoacán.

Determinando el tiempo de evolución clínica de la Espondilitis Anquilosante, ya que su curso es variable y en ciertos casos - remite su actividad casi totalmente y en otros lleva al paciente a la invalidez.

Se revisaron aspectos laborales relacionados con la producti - vidad en el trabajo y la frecuencia de inasistencias durante un año, así mismo, el otorgamiento de pensiones por invalidez Defini - tiva. También se cuantificaron las repercusiones de tipo econó - mico a nivel Empresa o la Institución de Salud en este caso del I.M.S.S.

Se detectaron también los cambios en su personalidad, así como - las alteraciones familiares.

CAPITULO III.

JUSTIFICACION:

La razón del presente estudio, fué condicionada como una necesidad de brindar apoyo oportuno a los pacientes que tienen el infortunio de desarrollar un proceso invalidante, de etiología incierta pero de evolución incidiosa que con frecuencia lleva al individuo a la inactividad física o funcional, que le acarrea conflictos en su trabajo, rechazo o desatención por parte de su médico quien en la mayoría de las veces no reconoce la trascendencia de la patología, ni tampoco las repercusiones de tipo económico, por las que el paciente se ve obligado a consultar a otros médicos, ya que la progresión de sus síntomas va a causarle problemas de tipo laboral por el ausentismo a su trabajo o el déficit en el desempeño del mismo, lo que condiciona en forma temprana llegar a una incapacidad definitiva.

En lo social puede versele afectado al marginarlo del empleo y el de etiquetarlo como conflictivo o simulador llegando a ser negativo a la sociedad por no estar en condiciones de trabajar. En el terreno familiar no se le comprende ni se le apoya, se le hostiliza por no rendir más en lo económico y por su pobre participación social, así mismo dentro de su relación conyugal, por la poca participación sexual, haciendolo sentir culpable, aumentando de esta forma la depresión, hasta llegar a la autocompación.

Considero por ello que nosotros que entendemos la compleja problemática ayudarlo, pudiendo ser útiles, allegándole atención médica integral.

HIPOTESIS DE TRABAJO:

Los pacientes con Espondilitis Anquilosante, son detectados tardíamente en más de un 60% de los casos, por el desconocimiento de sus manifestaciones tempranas o de la existencia de esta patología, lo que va a condicionar serias repercusiones en diferentes aspectos; daño de tipo laboral, propiciado por el ausentismo a su trabajo, económico, secundario a la baja productividad y el costo de su tratamiento, social, debido a la marginación ocupacional y familiar, ya que la invalidez resultante propicia la alteración en la dinámica familiar o hasta a veces ruptura conyugal.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

Se basa en el conocimiento médico del primer nivel de atención el que no se ha reflexionado en las repercusiones que ocasiona la Espondilitis Anquilosante en los aspectos.

Económicos
Laborales
Familiares.

Por lo tanto hay una falla en la atención integral del paciente en los aspectos biológicos, psicológicos y sociales - con este tipo de patología.

CAPITULO IV.
ORGANIZACION DEL TRABAJO.

MATERIAL Y METODOS:

- UNIVERSO DE TRABAJO. Incluye a los pacientes que acuden subsecuentemente a la consulta Externa de Reumatología, en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.I Morelia Michoacán.
- TIEMPO: El estudio se elaboró durante un año a partir del mes de septiembre de 1982 al mes de Octubre de 1983.
- TIPO DE ESTUDIO: RETROSPECTIVO, DOCUMENTAL, Y DE CASOS PROBLEMA.
- RECURSOS: HUMANOS:
ASESOR: DR. J. GABRIEL HERREJON CERVANTES
Investigador: DRA. MARIA ZULLY RAMOS GUZMAN
- FUENTE:
1. Consulta Externa de Reumatología.
2. Archivo Clínico
3. Dpto. Estadística y Codificación
4. Farmacia.
5. Expediente Clínico
6. Formas 4-30-6
- METODO: Encuestas personales y Cuestionario.

MATERIAL Y METODOS:

Existen registrados en el Departamento de Codificación y de Estadística en el periodo de tiempo del mes de Septiembre de 1982 a Octubre de 1983, un total de 203 casos de Espondilitis Anquilosante.

De estos se tomó al azar simple una muestra de 20 pacientes, con el diagnóstico de Espondilitis Anquilosante, ya establecido clínica y radiológicamente, que acuden en forma subsecuente y regular al servicio de Reumatología, Consulta Externa, del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. I. del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelia Michoacán.

Se revisaron los casos clínicos de cada paciente, valorando su estado de evolución actual, así como los respectivos expedientes tomando como servicios de apoyo a los Departamentos de Salud Ocupacional, al Departamento de Prestaciones en Dinero, para la recopilación de datos y registros precisos de los días de incapacidad así mismo las pensiones que se otorgaron durante ese año, y su costo.

Por medio de la Farmacia se pudo obtener el precio de los medicamentos empleados en el tratamiento de estos pacientes, a precios Institucionales y así saber el costo de la medicación de cada uno. En todos los pacientes estudiados se realizaron encuestas mediante cuestionarios orientado a valorar las repercusiones en cuanto a su vida familiar en los aspectos sociales, psicológicos y sexuales.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

Se excluyeron los pacientes a los que no se les confirmó plenamente el diagnóstico de Espondilitis Anquilosante . (según los criterios de New York).

CRITERIOS DE INCLUSION:

Se tomaron todos los pacientes con un diagnóstico clínico y radiológico establecido con los Criterios de New York, De cualquier edad, sexo, tipo de empleo, evolución clínica, dinámica familiar, aspectos sociales, psicológicos, conyugales, que aceptaron ser encuestados.

Las encuestas contaron con los siguientes datos:

- I. NOMBRE.
2. NUMERO DE AFILIACION
3. SEXO
4. EDAD
5. ORIGEN
6. RESIDENCIA
7. TIPO DE EMPLEO
8. SALARIO
9. NUMERO DE DIAS DE INCAPACIDAD
10. PENSION
- II. ESTADO CIVIL
12. NUMERO DE HIJOS.

13. TIEMPO DE EVOLUCION CLINICA**14. ESTADO CLINICO ACTUAL.**

- A) INTENSA ACTIVIDAD (I)
- B) MEDIANA ACTIVIDAD (M)
- C) Poca ACTIVIDAD (P)
- D) NULA ACTIVIDAD (N)

15. TRATAMIENTO MEDICO Y COSTO.

- A) MEDICO
- B) FISIOTERAPIA -REHABILITACION.

16. CONFLICTIVA FAMILIAR.

- A).ALTERACIONES CONYUGALES
- B).ALTERACIONES SEXUALES.

17. REPERCUSIONES PSICOLOGICAS DEL PACIENTE.

CAPITULO VII.

RESULTADOS.

Teniendo en cuenta que la población adscrita al Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. I del Instituto Mexicano del Seguro Social Morelia Michoacán. Es de 177,000 Derechohabientes, y en todo el estado es de 240,000. El porcentaje establecido de pacientes reumáticos es el 10% de la población tendremos un total de 24,000 reumáticos en todo el Estado. Tomando en cuenta la prevalencia de Espondilitis Anquilosante de otros países tendríamos un total de 1,200 pacientes con este tipo de patología. Teniendo detectados en el curso de un año únicamente 203 casos con esta entidad clínica, quedando 1,000 enfermos que no se han detectado.

Esta cifra de pacientes fué el Universo total que sirvió para poder tomar la muestra de 20 pacientes, equivalente al 10%. Valorando en ellos problemas laborales, económicos y familiares, teniendo como resultados los siguientes datos:

Cón respecto a la edad de los pacientes se encontró que es entre los 16 -63 años, encontrándose como edad promedio de 43.2 años.

En su totalidad fueron del sexo masculino.

Todos los pacientes estudiados son originarios del Estado de Michoacán, únicamente un caso es originario del Estado de Chihuahua teniendo como cifras totales a 13 pacientes originarios y residentes de la Ciudad de Morelia Mich. y a siete de otras poblaciones del Estado.

En cuanto al Empleo, se encontró que 14 pacientes tienen labores físicas que requieren de un esfuerzo corporal más o menos obligado, y en seis pacientes que tienen trabajos de oficina.

A estos pacientes por ser asegurados en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se les pudo cuantificar los días no laborados, debido a las exacerbaciones de la Espondilitis Anquilosante. Así tenemos que de los días no laborados se encontraron variaciones de 15 a 258 días y en promedio de 94.45 días. Durante el año del estudio, estas cifras corresponden exclusivamente a los 12 de los 20 pacientes, incluidos en el estudio, se encontró que 5 pacientes no se incapacitaron debido a su enfermedad reumática, uno de ellos es estudiante por lo que no se puede incluir en la valoración de días no laborados.

Es trascendente el dato encontrado que de los 12 pacientes que han estado incapacitados temporalmente durante algunas épocas, en 6 de ellos se encuentra en trámite su Pensión.

En tres casos ya están con su Pensión Definitiva por Invalidez. Este hallazgo sorprendente corresponde a un 75% de los pacientes que se incapacitan temporalmente, por Espondilitis Anquilosante han llegado a la Invalidez definitiva.

El costo económico de lo anotado en el párrafo anterior va desde los 7,920.00 MN. en el que menos dinero percibió por los días de incapacidad, hasta \$ 183,800.00 MN. que le ha costado a la Institución por sus 258 días no laborados.

Las Incapacidades se han expedido por Enfermedad General, por lo que solamente se les paga el 60% de su salario real, por lo tanto si consideramos, que se tratase de un riesgo de trabajo o de enfermedad Profesional sería un 40% más cubriendo entonces el 100% del salario.

En cuanto a la medicación administrada a este tipo de pacientes se tiene que es básicamente de analgésicos, antiinflamatorios, no esteroides, relajantes musculares. Dentro de estos se encuentran como medicamentos usados más frecuentemente:

Naproxén ocupando el 40% ya que se encuentra administrado en 8 - pacientes.

Ketoprofen en 6 pacientes y corresponde a un 30%.

Fenilbutazona en 4 pacientes y corresponde a un 20%.

Ácido Acetil Salicílico en 2 pacientes corresponde a un 10%.

El Diacepam se encuentra que un 90% lo toman en forma ocasional.

Se revisó el Cuadro Básico de Medicamentos de la Farmacia del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. I del Instituto Mexicano del Seguro Social Morelia Michoacán, donde se encuentran registrados en forma actualizada el costo de cada medicamento, - utilizado, teniendo que para los enfermos que toman Naproxén el - costo por mes es de \$2,883.96 al año de \$34,607.52 MN y en total de los 8 pacientes es de \$ 276,860.16 MN. Costo anual.

Ketoprofen el costo por mes es de \$2,063.00 MN. al mes al año de - 24,837.00 y el costo anual de los 6 pacientes es de \$149,027.04 MN

La Fenilbutazona el costo por mes es de \$623.88 al año de \$7,486.24 y el costo anual de los 4 pacientes es de \$29,944.96.

El ácido Acetil Salicílico. el costo por mes es de \$368.28 al año de \$4,419.36 y el costo anual de los 2 pacientes es de \$ 8,838.72 MN.

Tomando en cuenta la cifra global de los 20 pacientes y el costo de medicamentos por año que tiene el Instituto es un total de - \$464,670.88 MN.

Es de tomar en cuenta el gasto que ocasiona desde el punto de vista económico, sumándose esta erogación que recarga en forma ostensible el costo de esta enfermedad y aún más cuando se envía al paciente a un servicio de Fisioterapia y Rehabilitación. En este caso se - encuentro que fueron manejados en este servicio seis pacientes,

lo que corresponde al 30% del total de pacientes.

La evolución de la sintomatología va desde los cuatro años a los 13 teniendo como promedio de 9.2 años, estos datos fueron tomados hasta la fecha de la última visita a la consulta externa de reumatología.

En el aspecto psicológico de estos pacientes se encontró que el 100% presentan en menor o mayor proporción rasgos pasivos dependientes, se encuentran deprimidos o con un manejo inadecuado del afecto, aislándose, lo cual los conduce a refugiarse en sí mismos. La gran mayoría (17 pacientes) se consideran una carga dentro del núcleo familiar y por otro lado tienen la incertidumbre de la incapacidad física siendo esto motivo de angustia.

En cuanto a las relaciones conyugales se encontró que en 18 de los pacientes hubo limitación sexual, exacerbándose esto durante los periodos de mayor actividad de la enfermedad, en dos pacientes no se encontró ninguna alteración.

CAPITULO VIII.

DISCUSION.

Es indudable que la Invalidez o Incapacidad física es considerada como un grave problema y que ha adquirido grande importancia, dado las repercusiones que llega a ocasionar en los Individuos que tienen algún proceso crónico Inflamatorio.

Es por ello que surgió la inquietud de realizar un estudio de esta naturaleza, en pacientes con diagnóstico de Espondilitis Anquilosante, por lo que se eligió una muestra de 20 pacientes que acuden subsecuentemente al servicio de Reumatología Consulta Externa en el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. I del Instituto Mexicano del Seguro Social, Morelia Mich.

En los cuales se analizaron varios aspectos; en cuanto al costo que significo el número de días no laborados, recurriendo a la revisión de las incapacidades expedidas a dichos pacientes, así como la derrema económica que para el Instituto esto significó. las variaciones en cuanto a días no trabajados fué entre 15-258 días con un promedio de 94.45 días, en 12 pacientes que percibieron incapacidad, lo que equivale al 60%.

Cinco pacientes no ameritaron Incapacidad por este padecimiento lo que correspondio a un 25%, finalmente un caso que no se incluyo por su calidad de estudiante siendo este un 5%.

Esto pone de manifiesto, la significancia del padecimiento como causa de Incapacidad física.

En cuanto a las percepciones en dinero que significaron el costo de dichas incapacidades, tuvieron también variabilidad notable con cantidades que oscilan entre \$7,920.00MN, hasta \$183,800 MN.

Esto en relación directa con el número de días y salario del paciente.

Hay que resaltar que los gastos sufragados por la Institución en la rama correspondiente a prestaciones en Dinero (Incapacidad ya señaladas). Únicamente fueron en un 60% en el orden de Enfermedad General, ya que si se hubiesen dado como riesgos de trabajo esto traduciría aunado a la cifra anterior un aporte extra del 40% lo que significaría el importe del 100% equivalente al salario percibido de acuerdo a cada caso en particular.

En el caso de las pensiones por Invalidez Definitiva también es de llamar la atención ya que 19 pacientes tres se encuentran con Pensión por Invalidez Definitiva y seis pacientes la tienen en trámite.

En lo concerniente al aspecto terapéutico los medicamentos prescritos a estos pacientes incluyen básicamente, analgésicos, anti-inflamatorios no esteroides y relajantes musculares, que constituyen el manejo fundamental que este tipo de pacientes requiere. El costo que constituye, la instauración de este manejo también tuvo variaciones de acuerdo al medicamento empleado (ver C. Med) Esto nos da una idea por lo que respecta a los medicamentos prescritos, sí a nivel Institucional cobra importancia, a largo plazo, aún más aplicando esto a un tratamiento privado el costo podría duplicarse o triplicarse.

La evolución del cuadro clínico no puede apreciarse concretamente, ya que tratándose de un proceso crónico tendrá que en algunos portadores del padecimiento sea variable pues algunos tienen la oportunidad de ser controlados y en otros por el contrario tienden a la progresión, del proceso.

En cuanto al tiempo transcurrido, entre el inicio de la sintomatología y el del establecimiento del Diagnóstico de la Espondilitis Anquilosante, es también variable ya que se tiene que en la gran mayoría de los pacientes fue hecho el diagnóstico tardíamente, ya que esto debe establecerse dentro de los primeros 3 años de iniciada la sintomatología. Se encontró que 16 pacientes fueron diagnosticados tardíamente lo que corresponde a un 80% y en 4 se detectó con los síntomas iniciales y durante el periodo de tiempo establecido (II). Lo que correspondió a un 20 %. Con lo que se comprueba la Hipótesis de trabajo.

En el aspecto psicológico el 100% de la muestra estudiada presentó rasgos de personalidad pasivo dependiente en razón a lo anterior es lo que para ellos significó el saberse portadores de una enfermedad que tarde o temprano los llevará a la Invalidez, lógicamente, esto trae como consecuencia que ante tal situación se tomen una carga para el núcleo familiar, ya que los elementos constituyentes del mismo, no están aún con una preparación tanto física como económica y psicológica. Por lo que podemos deducir que además de este parámetro mencionado, si nos enfocamos a la esfera de tipo afectivo puede ser motivo de rechazo, aislamiento y abandono por parte de ellos.

CAPITULO IX

CONCLUSIONES.

- 1.- La Espondilitis Anquilosante existe en proporción mayor que la ordinariamente creída por el medico familiar en general por lo que hay que saber buscarla en mayor escala, y para - lograrlo hay que tener información adecuada de la enfermedad.
- 2.- Es importante su reconocimiento temprano y brindar un tratamiento oportuno, evitando que el paciente llegue a la invalidez definitiva, en cuanto sea posible.
- 3.- El no diagnosticarla puede ser causa de confusión importante con repercusiones en el medio social, económico, laboral y familiar.
- 4.- Su trascendencia económica es importante en cuanto al costo y tiempo del tratamiento, pero se hace más ostensible en cuanto a la pérdida imponderable de la función del trabajador y el convertirse en un inválido, encontrándose aún en etapas productivas de la vida.
- 5.- El problema se irá magnificando en un futuro basado en un diagnóstico oportuno y una mejor atención en todos los aspectos de la problemática de estos pacientes.

6. Es sorprendente el gran número de pensionados o en trámite de pensión por Invalidez, lo cual es definitivamente aceptable - conociendo la Historia Natural de la Enfermedad. En estos casos se explicaría por el diagnóstico tardío, manejo inadecuado en - el principio, orientación errónea psicológica, medio socioeconómico y cultural bajo, dictámenes apresurados.
- 7.- En el estado psicológico el estudio revela una desaptación - psicológica del paciente que incluye culpa por ser una carga en pocas palabras, depresión, sentimiento de inutilidad y/o - minusvalía.
- 8.- Se concluye en la necesidad de que haya un enfoque terapéutico multidisciplinario para los enfermos con Espondilitis Anquilosante, capaz de auxiliarles en los aspectos médicos y atendiendo también sus repercusiones psíquicas, sociales, económicas y familiares.

CAPITULO X

RECOMENDACIONES.

- 1.- El adiestramiento adecuado del médico del primer nivel de atención para diagnosticarla tempranamente e instituir el tratamiento correcto, y brindar orientación psicológica.
- 2.- Insistir en el conocimiento del médico familiar para saber en que consiste y en que circunstancias debe ser derivado a la consulta especializada.
- 3.- Orientación por el equipo multidisciplinario al enfermo, a su familia o su medio laboral, con el fin de proporcionarle el apoyo para su desarrollo en las variadas actividades de la vida.
- 4.- Valorar de acuerdo con los criterios ya establecidos, para determinar la pensión por Invalidez.
- 5.- Insistir con el paciente en forma específica que gran parte del manejo para evitar daños orgánicos no esta en la medicación, sino en una serie de medidas que se hacen en la rehabilitación y en su vida diaria.

CAPITULO XI

BIBLIOGRAFIA.

- 1.-ALARCON SEGOVIA.D -SOCIEDAD MEXICANA DE REUMATOLOGIA.
P: 79-86 1977.
- 2.- OFFICIAL J.OF THE AMERICAN RHEUMATISM ASSOCIATION
ANKYLOSING SPONDYLITIS.
24:159-164-N2F 1981.
- 3.- OFFICIAL J.OF THE AMERICAN RHEUMATISM ASSOCIATION.
ANKYLOSING SPONDYLITIS.
26:326-335-N3M 1983.
- 4.-CECIL LOEB.TRATADO DE MEDICINA INTERNA.
DECIMOCUARTA ED. T:I I79-182-1977.
- 5.- HERREJON CERVANTES G. PROYECCION SOCIOECONOMICA
EN PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE .
- 6.- KRAMER J,YELIN E, EPSTEIN W.
SOCIAL AND ECONOMICS IMPACTS OF FOUR CONDITIONS
MUSCULOSKELETAL. OFF.J.RHEUMATISM AND ARTHRITIS.
26:901-907 N.7J.1983.
- 7.- MEDSGER A,ROBINSON H,-COMPARATIVE DIVORCE IN P.SUMATROID
ARTHRITIS AND OTHER REUMATHICS DISEASES?J.CHRONIC DES.
25:269-275.1972.
8. HERREJON CERVANTES G. IMPACTO SOCIOECONOMICO EN PAD.REUMATICOS
Rev. ATENCION MEDICA 1976.

8.-FRANKLIN P;IMPACT OF DISABILITY OF THE FAMILY STRUCTURES.
SOC.SECUR BULL.5:3-12-1977.

9. - YELIN E,MEENAN R NEVITEM, EPSTEIN W.
WORK IN RHEUMATOID EFFECTS OF DISASES.

10. ROBERTH F MEENAN, MATTEW H LIANG, NORTIN M HADLER.
AND DISABILITY TASK FORCE OF THE ARTHRITIS FUN.
BULL.OF THE RHEUMATIC DISASES. Vol.33;1-1983.

II. ROSEN PS AND GREHAM DC.ANKYLOSING (Marie -Strumped)SPONDYLITIS
(A CLINICAL REVIEW OF 128 CASES).
ARCH.INTERAMER RHEUMATISM 5:158,1962.

CRITERIOS PARA CLASIFICAR LA INVALIDEZ DEFINITIVA.

ALTERACIONES DE LA COLUMNA VERTEBRAL.

A). Artritis manifestada por Anquilosis o fijación de la Columna Vertebral, Cervical o Dorsal Lumbar. a 30 grados o más de Flexión, medida de la posición neutral y con evidencia radiológica de:

I. Calcificaciones de ligamentos Espinales (vertebrales)
O Anquilosis bilateral de articulaciones sacroilíacas con apofisis articulares anormales.

FUENTE.

BULL. OF THE RHEUMATIC DISEASES
Vol. 33; 1-1983.
P.B. (10).

CUADRO No. I

CRITERIOS CLINICOS PARA:
 ESFONDILITIS ANQUILOSANTE.
 (NEW YORK)

- 1.- Limitación al movimiento, de la columna lumbar, en los tres planos (Flexión anterior lateral y extensión).
- 2.- Historia o presencia de dolor en la unión Dorsolumbar o Columna Lumbar.
- 3.- Limitación de la expansión torácica a una - pulgada o menos, medida a nivel del cuarto - espacio intercostal.

5.- FORMAS:

Espondilitis Anquilosante definida;

- 1.- Sacroilítis bilateral grado 3-4 con al menos un criterio clínico
- 2.- Sacroilítis unilateral grado 3-4 o bilateral grado 2, más el criterio clínico I. (limitación - de movilidad lumbar en tres planos). O con los criterios 2y 3 (dolor lumbar y limitación de la expansión torácica).

Espondilitis Anquilosante Probable;

Sacroilítis bilateral grado 3-4 sin criterios clínicos.

TRASCENDENCIA ECONOMICA LABORAL Y
FAMILIAR EN 20 PACIENTES CON E.A.
FRECUENCIA POR EDAD.

CUADRO No. 2

EDAD	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE.
1I - 20	2	10%
2I - 30	2	10%
3I - 40	6	30%
4I - 50	7	35%
5I - 60	2	10%
6I - 70	1	5%
TOTALES.	20	100%

FUENTE:

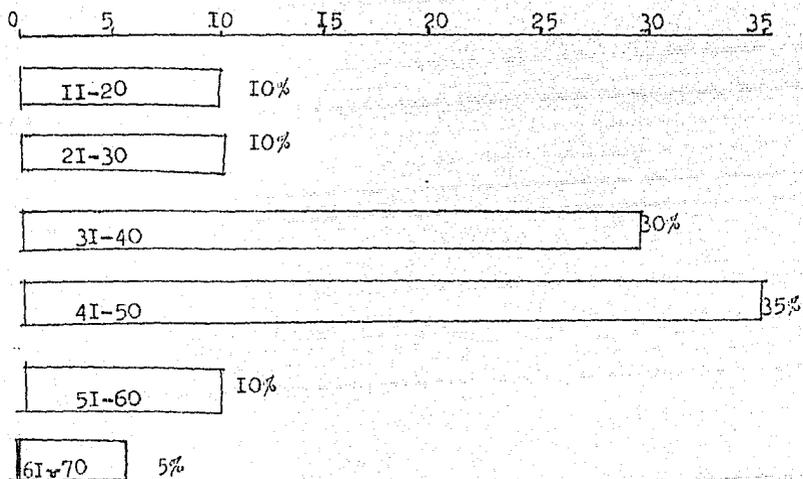
Encuesta Ficha de Identificación

Expediente Clínico.

Morelia I.M.S.S.

TRASCENDENCIA ECONOMICA LABORAL Y FAMILIAR
 EN 20 PACIENTES CON E.A.
 FRECUENCIA POR EDAD.

GRAFICA I.



FUENTE: CUADRO 2

Expediente Clínico

I.M.S.S. Morelia Mich.

TRASCENDENCIA ECONOMICA LABORAL Y FAMILIAR
 EN 20 PACIENTES CON E.A.
 FRECUENCIA DE MEDICAMENTOS EMPLEADOS

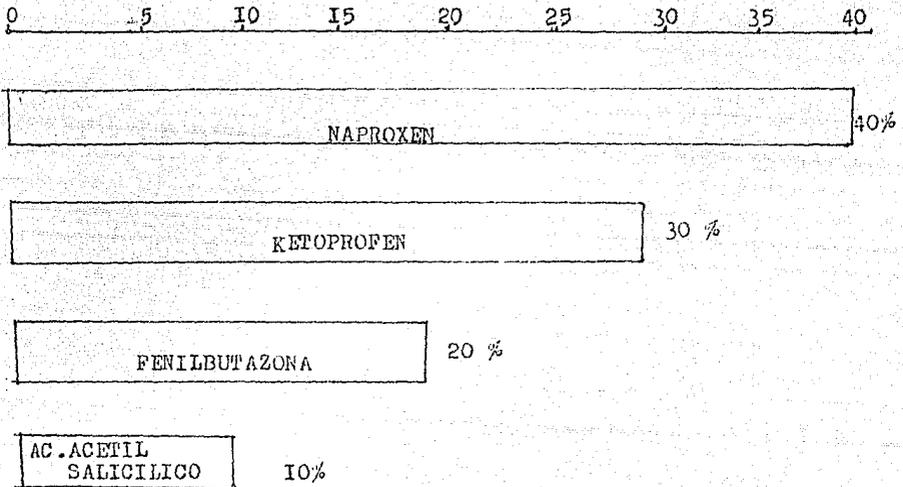
CUADRO No. 3

MEDICAMENTOS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE.
NAPROXEN	8	40%
KETOPROFEN	6	30%
FENILBUTAZONA	4	20%
AC.ACETIL SALICILICO	2	10%
TOTAL 4	20	100%

FUENTE. EXPEDIENTE CLINICO
 ENCUESTA PERSONAL.
 IMSS .MORELIA MICH.

TRASCENDENCIA ECONOMICA LABORAL Y FAMILIAR
EN 20 PACIENTES CON E.A.
FRECUENCIA DE USO MEDICAMENTOS.

GRAFICA 2.



FUENTE:
CUADRO BASICO MEDICAMENTOS
INSS. MORELIA MICH.

TRASCENDENCIA ECONOMICA LABORAL Y FAMILIAR
 EN 20 PACIENTES CON E.A.
 COSTO DE MEDICAMENTOS POR MES Y AÑO.

CUADRO No. 1

MEDICAMENTOS	COSTO X CAJA	NUMERO DE UNIDADES	COSTO X MES	COSTO X AÑO
NAPROXEN	320.44	20 tab	\$2,883.96	\$34,607.52
KETOPROFEN	229.28	20 "	\$2,069.82	\$24,837.84
FENILBUTAZONA	69.32	20 "	\$623.88	\$7,486.24
AC.ACETIL SALICILICO	40.92	20 "	\$368.28	\$ 4,419.36
DIAZEPAM.	25.86	20 "	\$ 232.74	\$ 2,792.88

FUENTE.

CUADRO BASICO DE MEDICAMENTOS
 FARMACIA I.M.S.S. MORELIA.

1983.

TRASCENDENCIA ECONOMICA LABORAL Y FAMILIAR
 EN 20 PACIENTES CON E.A.
 COSTO ECONOMICO INCAPACIDADES Y %

CUADRO No.6

COSTO INCAPACIDADES	NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE.
11,000-20,000	2	16 %
21,000 -30,000	2	16 %
31,000 -40,000	1	8 %
41,000 -50,000	2	16%
51,000 - 60,000	1	8 %
61,000 - 70,000	1	8 %
71,000 - 80,000	1	8 %
81,000 - 90,000	0	0 %
100,000 - -0 MAS.	2	16 %
	12	100 %

FUENTE:

DPTO. PRESTACIONES EN DINERO.

EXPEDIENTE CLINICO

IMSS.MORELIA MICH.

TRASCENDENCIA ECONOMICA LABORAL Y FAMILIAR
 EN 20 PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE.
 FRECUENCIA SEXO. TIEMPO EVOLUCION CLINICA.

CUADRO No. 5

NOMBRE	SEXO	TIEMPO DE EVOLUCION
SBR	MASCULINO	9 AÑOS
RLE	MASCULINO	12 AÑOS
DFE	MASCULINO	13 AÑOS
HGL	MASCULINO	5 AÑOS
AMA	MASCULINO	6 AÑOS
RGJ	MASCULINO	7 AÑOS
RSJ	MASCULINO	10 AÑOS
DFA	MASCULINO	13 AÑOS
SVP	MASCULINO	6 AÑOS
IGT	MASCULINO	13 AÑOS
LCG	MASCULINO	10 AÑOS
OZA	MASCULINO	10 AÑOS
BGE	MASCULINO	4 AÑOS
ASS	MASCULINO	13 AÑOS
GCS	MASCULINO	10 AÑOS
OCI	MASCULINO	4 AÑOS
ZMS	MASCULINO	5 AÑOS
GAB	MASCULINO	5 AÑOS
SVA	MASCULINO	10 AÑOS
GR	MASCULINO	10 AÑOS.
20		

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO. IMSS.MORELIA
 ENCUESTA PERSONAL.

TRASCENDENCIA ECONOMICA LABORAL Y FAMILIAR
EN 20 PACIENTES CON ESPONDILITIS ANQUILOSANTE

RELACION SALARIOS COSTOS DIAS NO LABORADOS Y PENSIONES.

CUADRO No. 7

TOTAL DIAS INCAPACIDAD.		SALARIO	COSTO DIAS NO TRABAJADOS	PENSIONES
SBR	88	500.00	46,464.00	NO
RLE	15	528.00	7,920	TRAMITE
DFE	NO	525.00	NO	PENSIONADO
HGL	NO	525.00	NO	PENSIONADO
TWA	90	680.00	61,200.00	TRAMITE
RGJ	30	465.00	13,950.00	NO
RSJ	60	500.00	30,950.00	TRAMITE
DFR	NO	680.00	NO	PENSIONADO
SVP	NO	1,100.00	NO	TRAMITE
IGF	179	527.00	112,233.00	NO
LCG	NO	680.00	NO	NO
OZA	258	1,100.00	183,800	NO
BGE	NO	NO	NO	NO
ASS	20	528.00	10,560.00	TRAMITE
GCS	88	528.00	46,376.00	NO
OCI	NO	1,300.00	NO	NO
ZMS	103	1,528.00	78,592.00	NO
GAB	108	2,300.00	124,200.00	TRAMITE
SVA	30	886.00	26,580	NO
G R	NO.	528.00	NO.	NO
TOTAL. 1,039		15,405	769,505.00	P. 3

T. 8

FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO
DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES
EN DINERO. I.M.S.S. MORELIA.

TRASCENDENCIA ECONOMICA LABORAL Y FAMILIAR
EN 20 PACIENTES CON E.A.

CLASIFICACION EMPLEO Y SALARIO

CUADRO No.6

NOMBRE	EDAD	PUESTO LABORAL	SALARIO Lia .
SBR	40	Campefino	500.00
RLE	57	Estibador	525.00
DFE	63	Obrero Industrial	525.00
HGL	40	Obrero Industrial	680.00
ANA	36	Obrero maquinas	528.00
RGJ	58	Almacenista	465.00
RSJ	52	Campefino	500.00
DFA	55	Operador Maquinas	680.00
SVP	46	Auxiliar Administrativo	1,000.00
IGT	47	Chofer Camión	627.00
LCG	60	Obrero Industrial	680.00
OZA	50	Mecánico Automotriz	1,100.00
BGE	18	Estudiante	-----
ASS	55	Resador de Resinas	528.00
GCS	59	Operador Maquinas	527.00
OCI	50	Contador	1,300.00
SES	47	Obrero Industrial	1,528.00
GAB	53	Campefino casero	2,300.00
SVP	46	Archivista	836.00
GR	29	Pasante Derecho	528.00
Edadj.-Prom.	43.2	14. Trab. Manuales 6. Trab. Oficina	5712.00

FUENTE: Entrevista personal
Pacientes.
IMSS.MORELIA