

11226
301.155

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Instituto Mexicano del Seguro Social



**"EL PACIENTE CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS
REUMATOIDE EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION
MEDICA Y LOS CRITERIOS DE LA ASOCIACION
AMERICANA DE REUMATISMO"**

TESIS DE POSTGRADO

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DR. AYAX VAZQUEZ ORTIZ**



México, D. F.

Enero de 1987

FALLA DE ORIGEN



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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
MARCO TEORICO DE REFERENCIA.....	2
OBSERVACION.....	8
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	8
OBJETIVO GENERAL.....	9
HIPOTESIS GENERAL.....	10
HIPOTESIS ESTADISTICAS.....	10
LIMITES DE LA INVESTIGACION.....	11
CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION.....	12
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	13
DISEÑO Y METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.....	15
RESULTADOS.....	16
ANALISIS DE RESULTADOS.....	16
CONTRASTACION DE HIPOTESIS.....	38
CONCLUSIONES.....	40
COMENTARIOS Y SUGERENCIAS.....	42
BIBLIOGRAFIA.....	46

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

La artritis reumatoide fue descubierta el -- año 1,500 A.C., y el nombre le fue dado en 1849 por Garrod, el médico inglés, quien hizo el diagnóstico--diferencial entre ésta y la fiebre reumática; en -- 1941 se aceptó el término artritis reumatoide, y el padecimiento se definió como enfermedad sistemática que afectaba principalmente al tejido conjuntivo.

Las características de la artritis reumatoide plantean algunos problemas especiales que son típicos de muchas enfermedades reumáticas. Las manifestaciones clínicas predominantes son el dolor y la -- incapacidad funcional; La Asociación Americana de Reumatismo (ARA) estableció una serie de criterios diagnósticos. En el presente trabajo se pretende -- investigar la aplicación de estos parámetros en el primer nivel de atención médica ya que la mayor -- parte de estos datos pueden ser constatados clí--nicamente mediante la exploración física.

MARCO TEORICO DE REFERENCIA

Identificar cuales son los problemas de salud que tienen mayor impacto en la calidad de vida de la sociedad, implica recurrir al uso de la biestadística. En nuestro país éstos datos se encuentran registrados - en diversas instituciones de Salud.

Y nos permite conocer porqué el paciente acude al médico, cual es el síntoma o la enfermedad que lo obliga a alterar su vida diaria o que disminuye su calidad de vida, cual es la enfermedad que lo lleva al hospital, que lo convierte en invalido o qué le causa la muerte.

Así, en la actualidad, los números bien o mal -- obtenidos e interpretados tienen primacía sobre los conceptos y, desde luego no es recomendable aplicarlos a la cuantificación del dolor, la depresión, la incapacidad física progresiva y las repercusiones en la familia.

Pero aún con ésta limitación la información numérica nos permite analizar las causas que llevan al paciente a buscar ayuda y atención médica.

La demanda de servicios o motivo de la consulta para el médico familiar atendiendo a su población de -- personas adultas, se reporta que una sexta parte son mujeres sanas que acuden para atención prenatal o postparto (2,5). Las enfermedades del aparato respiratorio y las parasitosis representan algo más de la cuarta parte de su asistencia a la consulta.

Hasta aquí se puede apreciar que el 44% del trabajo del médico familiar esta constituido por gente "sana" o por pacientes que sólo requieren una consulta para resolver su problema. (2,5)

Posteriormente con un 10% continuan las enfermedades del aparato digestivo, despues la combinación de padecimientos ginecológicos y urinarios con un 8% al -- igual que las enfermedades endócrinas y de la nutrición.

Ahora la demanda de servicios con motivo de alteraciones en el sistema músculoesqueletico es de poco más del 6% y entre los padecimientos más frecuentes se encuentran las enfermedades de tipo reumático, sin embargo estas exigen el doble de atención médica. (2,5)

Si consideramos sólo a los pacientes mayores de - 45 años, el 18% de las consultas del médico familiar corresponden al orden de las enfermedades reumáticas y -- prácticamente una de cada cinco son originadas por síntomas reumáticos.(2,5)

En el momento actual hay un número limitado de especialistas reconocidos por el Consejo Mexicano de Reumatología, y han de transcurrir algunos años para que se logre tener una cifra mínima ideal (5).

Obviamente, éstos números ideales no son para atender el 100% de las consultas correspondientes al 100% de los pacientes con afección reumática, sino solamente a -- los enfermos que no pueden ser tratados por el médico familiar y que requieren la atención del especialista.

El impacto de las enfermedades reumáticas en la sociedad no se limitan a la demanda de atención médica. El aspecto más trascendente es para la comunidad por la invalidez que éstas enfermedades producen.

En las estadísticas del I.M.S.S. por invalidez permanente en casi tres décadas, las pensiones a enfermos reumáticos son más frecuentes que las producidas por enfermedades del aparato respiratorio, cardiovascular, ó las secuelas de accidentes y de los organos de los sentidos etc. (5) Además hay que agregar los altos costos de estos padecimientos por atención médica, medicamentos, hospitalización, rehabilitación y pensiones por incapacidad temporal, así como de pérdidas indirectas por ausentismo, y los gastos del paciente que ocasiona la charlatanería o las supuestas curas milagrosas. (2,5)

Así; ¿Cuál es el papel del médico familiar ante las enfermedades reumáticas ?.

Se deberá encontrar la manera de ser eficiente en forma individual con el paciente, además de enfrentarlo en forma colectiva, haciendo lo posible para orientar mejor las políticas de salud por medio de la optimización de los recursos humanos y materiales dentro de una institución.

Por lo anterior es fundamental establecer una secuencia al respecto con los siguientes puntos:

- a).- Diagnóstico correcto.
- b).- Evaluación de la situación de la enfermedad (grado de actividad, limitación o deformidad).
- c).- Preparación del enfermo ante la enfermedad.
- d).- Revisiones periódicas.

Respecto al primer punto, ¿ qué parámetros se siguen en el diagnóstico correcto de una enfermedad reumática en el primer nivel de atención médica?

La artritis reumatoide es una enfermedad reumática, inflamatoria crónica, caracterizada por ser poliarticular y de curso progresivo, deformante e invalidante, además que como ya mencionamos, se encuentran repercusiones de todo tipo (clínicas, psicosociales y laborales). Su incidencia se reporta en los E.E.U.U. entre 0.5 y 3 casos nuevos por 1000 personas; en España se refiere 1.6 %. (1,3)

La frecuencia aumenta con la edad de 0.35% en pacientes con menos de 35 años, pasa al 10% en personas mayores de los 65 años. (1,2,3)

Es más frecuente en la mujer, en una proporción de 3:1 y se presenta en todas las razas. (1,3)

Los estudios de población no han demostrado una agregación familiar significativa y en su etiología ultimamente se han descubierto factores genéticos, endócrinos y de autoinmunidad que parecen predisponer a la enfermedad. (1,2,3)

El diagnóstico de artritis reumatoide típica no plantea excesivos problemas, sin embargo creemos que la designación de este padecimiento se ha generalizado y que se aplica a una multitud de estados dolorosos de las articulaciones.

La Asociación Americana de Reumatismo (ARA) - estableció una serie de criterios diagnósticos y de exclusiones, estos parámetros a evaluar son en total 11, los 6 primeros pueden ser constatados por el médico clínicamente y los 5 restantes mediante estudios de laboratorio, gabinete e histopatológicos, 2 de estos últimos al alcance del médico familiar. (1,3)

Criterios de la Asociación Americana de Reumatismo:

- 1) Rigidez matutina.
- 2) Dolor a la presión o movilización de al menos una articulación.
- 3) Tumefacción de al menos una articulación.
- 4) Tumefacción de al menos otra articulación dentro de los 3 meses anteriores.
- 5) Tumefacción articular simétrica.
- 6) Nódulos subcutáneos.
- 7) Alteraciones radiológicas típicas de artritis reumatoidea.
- 8) Prueba de aglutinación para factor reumatoideo positivo.
- 9) Precipitado de mucina pobre en líquido sinovial.

- 10) Alteraciones características en la membrana sinovial: Vellosidades hipertróficas ; proliferación celular de la capa superficial ; disposición en empalizada, linfocitos y células plasmáticas, focos de necrosis celular.
- 11) Alteraciones histológicas características en nodulos: Focos granulomatosos con zonas centrales de necrosis celular rodeados por células proliferantes ; fibrosis periférica, infiltración predominantemente perivascular.

El diagnóstico en base a los anteriores-criterios se define como:

- AR clásica : siete criterios.
- AR definidas: cinco criterios.
- AR probables: tres criterios.
- AR posible : dos criterios.

OBSERVACION.

En la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No 33, El diagnostico de artritis reumatoide, es emitido por algunos médicos en forma generalizada para designar cualquier estado doloroso de las articulaciones de pacientes, ya adultos y sin la aplicación de criterios o parametros que apoyen dicha enfermedad reumática, lo cual repercute en el plan terapéutico de los casos posibles, además de una sobrecarga de interconsultas al especialista.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .

De los pacientes diagnosticados con artritis reumatoide, en la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No 33. ¿ Qué porcentaje cumple con los criterios diagnosticos de artritis reumatoide (AR) de la Asociación Americana de Reumatismo (ARA) ?.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar las características de pacientes diagnosticados con artritis reumatoide, en base a los criterios de la Asociación Americana de Reumatismo.

H I P O T E S I S G E N E R A L .

" De los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide un porcentaje importante no cumple con los criterios diagnosticos de la Asociación Americana de - Reumatismo (ARA)."

H I P O T E S I S A L T E R N A T I V A .

H₁ " De los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide, menos del 50% cumplen con los criterios -- diagnosticos de la Asociación Americana de Reumatismo".

H I P O T E S I S D E N U L I D A D .

H₀ " De los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide, más del 50% cumplen con los criterios --- diagnosticos de la Asociación Americana de Reumatismo".

L I M I T E S D E L A I N V E S T I G A C I O N .**U N I V E R S O D E T R A B A J O .**

Pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 33, hombres y mujeres mayores de 30 años sin importar el tiempo de evolución del padecimiento.

L I M I T E S G E O G R A F I C O S .

Unidad de Medicina Familiar No. 33 " El Rosario" del Instituto Mexicano del Seguro Social en México Distrito Federal.

L I M I T E S D E T I E M P O .

INICIO: Noviembre de 1985.

TERMINO: Diciembre de 1986.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1) Pacientes con Artritis Reumatoide diagnosticados en la consulta externa de Medicina Familiar.
- 2) Pacientes adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario".
- 3) Mayores de 30 años.
- 4) Hombres y mujeres.
- 5) Sin límite de tiempo de evolución del padecimiento.

CRITERIOS DE NO INCLUSION

- 1) Artritis Reumatoide, más otro padecimiento sistémico.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1) Pacientes con diagnóstico de otros padecimientos no calificados como Artritis Reumatoide.
- 2) Pacientes no adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No. 33 "El Rosario".
- 3) Menores de 30 años.

CALENDARIO DE ACTIVIDADES

MES / DIA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
ENERO 86	(1)
FEBRERO																															
MARZO																															
ABRIL																															
MAYO															2																
JUNIO															2																
JULIO															2																
AGOSTO															2																
SEPTIEMBRE	(3)	()
OCTUBRE	(5)	()
NOVIEMBRE	(7)	()
DICIEMBRE	(9)	(10)

DESCRIPCION DEL PROGRAMA
DE TRABAJO .

1. En Enero se realizará protocolo de investigación y el marco teórico, con fecha de entrega para revisión el 4 de Febrero de 1986 por el Comité de Ética e Investigación de la U.M.F No 33.
2. Recolección de la información de 6 de Mayo al 31 de Agosto de 1986.
3. Del primero al 15 de Septiembre de 1986 se organizará la información.
4. Del 16 al 30 de Septiembre de 1986 se procesarán los datos obtenidos.
5. Del primero al 15 de Octubre de 1986 se realizará el análisis de la información.
6. Del 16 al 31 de Octubre de 1986 se realizará verificación de hipótesis.
7. Del primero al 15 de Noviembre de 1986 se realizará el resumen de los resultados obtenidos.
8. Del 16 al 30 de Noviembre de 1986 se emitirán conclusiones derivadas de los resultados del estudio, y se expondrán sugerencias para la posible resolución del problema.
9. Del primero de Diciembre de 1986 se presentará a revisión para imprimirse y entregarse posteriormente, a su aceptación.
10. Revisión periódica conjunta con el asesor correspondiente.

DISEÑO METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION.

Conforme a los parametros mencionados en el un verso de trabajo de esta investigación, se tomó por -- cuota a un total de 140 derechohabientes registrados - en la forma 4.30-6 con diagnóstico de artritis reuma- toide y de los 27 consultorios de la Unidad de Medicina Familiar No 33.

Todos fueron atendidos en el período comprendido del - mes de Septiembre de 1985 a Mayo de 1986.

Se excluyeron un total de 52 pacientes ya que en 31 no se encontró información en el expediente clínico, refe- rente al padecimiento de importancia y los 21 restan- tes por tener agregado otro padecimiento sistémico co- mo Diabetes Mellitus, Neoplasia etc.

El estudio fué entonces con 88 personas investigadas - que si cumplieron los criterios de inclusión de este - trabajo, se revizaron los expedientes clínicos del mes de Mayo a Septiembre de 1986 y los datos de importan- cia fueron vertidos en tarjetas diseñadas especialmen- te para facilitar el manejo de las variables, así como para procesar y posteriormente analizarlos.

Por lo anterior este estudio es de tipo retrospectivo, transversal, descriptivo y observacional.

RESULTADOS .

La edad de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que se tomó para este estudio fué - con edades comprendidas entre los 30 y los 89 años de edad, encontramos que la moda es de 55 años incluida en la clase de 50 a 59 años donde tiene una frecuencia de 25 individuos equivalente a un porcentaje de - el 28.42%. La mediana fué de 54.80, el rango de 59, - la media de 54.88, S de 12.92, S² de 16.70, D.M. de - 10.14 , C.V. 23.54, alfa 4 de 2.97 y alfa 3 de 0.21 .

Esto muestra que la curva encontrada tiene - una morfología semejante a la curva normal salvo discreta desviación hacia la derecha y levemente platocúrtica. (En el cuadro No. 1 y gráfica No. 1)

La distribución por grupo de edad y sexo de la población en estudio, predominó la sexta década de la vida y en todas las frecuencias el número de mujeres fué mayor en comparación a los hombres con diagnóstico de artritis reumatoide. (En el cuadro No. 2 y gráfica No. 2)

EDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS
REUMATOIDE.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 .

Noviembre de 1986.

C U A D R O 1

INTERVALO DE EDAD	FRECUENCIA	%	FRECUENCIA ACUMULADA	% ACUMULADO
80-89	3	3.41	88	100
70-79	7	7.95	85	96.59
60-69	21	23.86	78	88.64
50-59	25	28.42	57	64.78
40-49	19	21.59	32	36.36
30-39	13	14.77	13	14.77

\bar{X} = 54.88 Rango = 59 Moda = 55 Mediana = 54.8 S = 12.92
 S^2 = 16.70 D.M. = 10.14 C.V. = 23.54 α_3 = 0.21 α_4 = 2.47

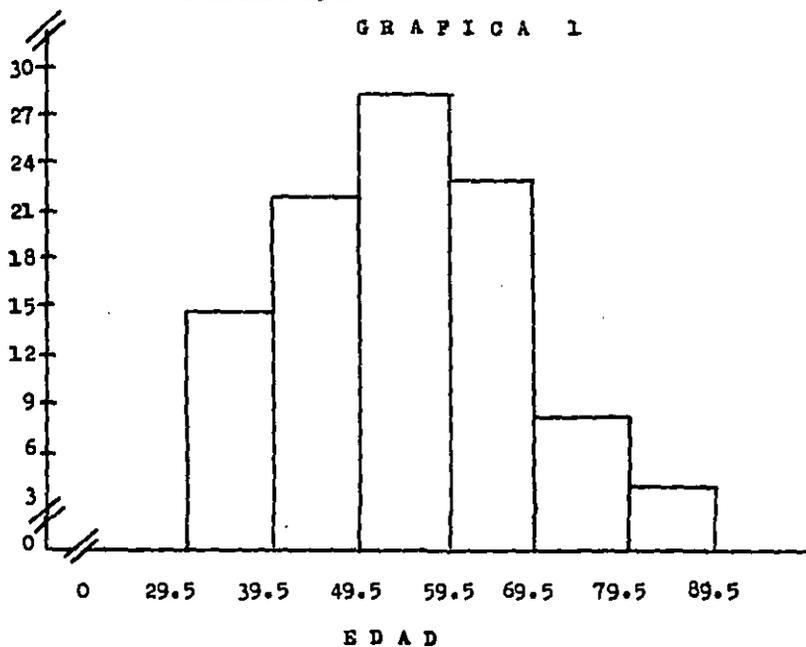
FUENTE DE INFORMACION PERSONAL
 U.M.F. No 33 IMSS
 1986.

EDAD DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS
REUMATOIDE.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 .

Noviembre-1986

GRAFICA 1



FUENTE DE INFORMACION PERSONAL
U.M.F No 33 INSS
1986.

DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD Y SEXO DE PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33

Noviembre- 1986

C U A D R O 2

EDAD AÑOS	MASCULINO		FEMENINO	
	#	%	#	%
80-89	0	.0	3	3.41
70-79	2	2.28	5	5.68
60-69	5	5.68	16	18.18
50-59	5	5.68	20	22.73
40-49	5	5.68	14	15.91
30-39	3	3.41	10	11.36
TOTAL	20	22.72	68	77.27

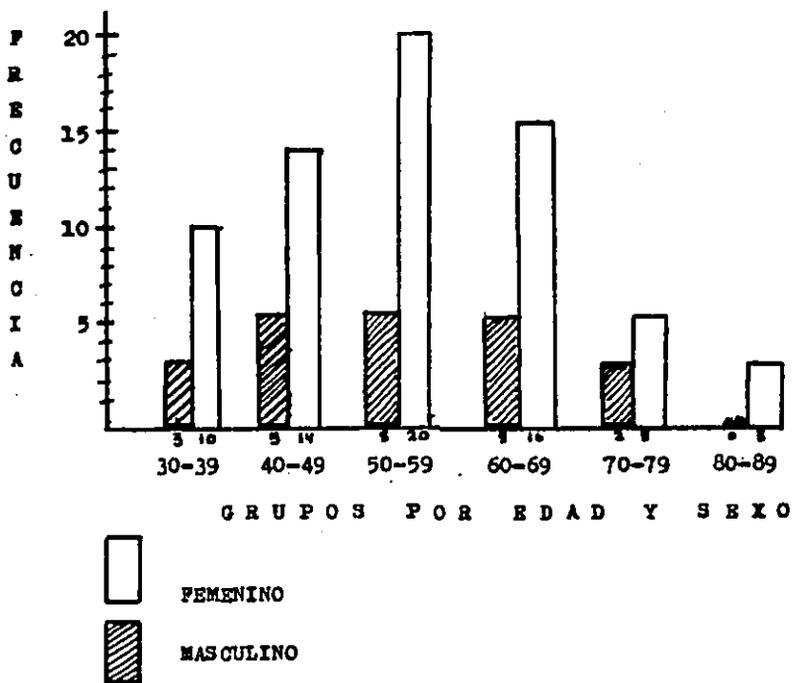
FUENTE DE INFORMACION PERSONAL
U.M.F. No 33 IMSS
1986.

EDAD Y SEXO DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
ARTRITIS REUMATOIDE.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 .

Noviembre-1986

GRAFICA 2



FUENTE DE INFORMACION PERSONAL
U.M.F No 33 INSS
1986.

Los resultados en base a los criterios de la Asociación Americana de Reumatismo (ARA), encontramos que el primer criterio de rigidez matutina en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, el 91% no se encontró referido en las notas del expediente clínico y un 9 % se afirmaba en el interrogatorio y manifestado en la fuente de información. (En la gráfica No 3)

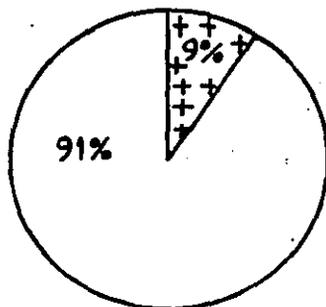
Sobre la frecuencia encontrada para el segundo criterio de dolor a la presión o movilización de al menos una articulación, este síntoma referido en ocasiones como artralgia y acompañado de la exploración, se reporto en 100% de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide.

El tercer criterio de tumefacción al menos en una articulación narrada en la exploración física del paciente, como enrojecimiento o flogosis. Se encontró que en un 58% no era referido y en un 42 % se observó y fué descrito en el expediente clínico. (En la gráfica No 4)

CRITERIO DE RIGIDEZ MATUTINA
EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS COMO
ARTRITIS REUMATOIDE.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33

GRAFICA 3



..... NO REPERIDO...91%

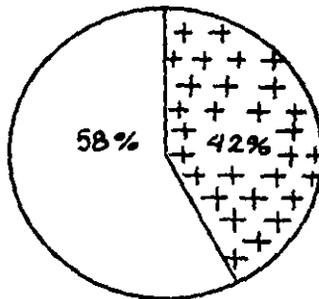
..... RIGIDEZ MATUTINA...9%

FUENTE DE INFORMACION PERSONAL
U.M.F. No 33 IMSS
1986.

CRITERIO DE TUMEFACCION AL MENOS EN UNA
ARTICULACION EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS
COMO ARTRITIS REUMATOIDE.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33

GRAFICA 4



..... NO REFERIDO...58%



..... TUMEFACCION AL MENOS
UNA ARTICULACION...42%

FUENTE DE INFORMACION PERSONAL
U.M.F. No 33 IMSS
1986.

El cuarto criterio de (ARA) de tumefacción de al menos otra articulación dentro de los 3 meses anteriores , fué buscado en todos los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y se consideró como positivo cuando en las notas previas se mencionaba afección con flogosis en otra región articular, - el resultado es que solo en el 9% estuvo presente y que en un 91% no fué manifiesto. (En la gráfica No 5)

Referente al quinto criterio de tumefacción - articular simétrica, este dato se investigó en base a los sitios de afección, describiendose como en ambas manos , rodillas o pies, se mencionaba en un gran numero el dolor simétrico de las articulaciones, pero enrojecimiento o flogosis bilaterales, solo se encontró en el 20% y en el 80% restante no hubo pruebas para apoyar este signo. (En la gráfica No 6)

Los nódulos subcutaneos como el sexto criterio de (ARA) para el diagnóstico de artritis reumatoide, fue descrito en la exploración física del paciente en un mínimo porcentaje que correspondió a un 3% y en el 97% no se comprobó la existencia de esta manifestación clínica. (En la gráfica No 7)

El septimo criterio de (ARA) que son las alteraciones radiológicas típicas de Artritis Reumatoide, solo 7 estudios fueron realizados de los 88 pacientes-

Investigados, en 3 de ellos la interpretación radiológica fué para el diagnóstico de Osteoartritis y de los otros 4 estudios se desconoce el resultado, por lo que la aplicación de este criterio en base a las alteraciones típicas de artritis reumatoide fué nulo.

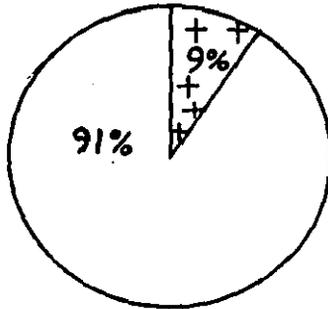
La prueba de aglutinación para factor reumatoideo positivo es el octavo criterio de (ARA), y se investigó buscando los estudios de laboratorio indicados a los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, el resultado es que en un 48% no se solicitó este estudio, el 52% restante sí tenía la hoja de laboratorio, reportando un 17% con resultado positivo y un 35% con valor negativo. (En la gráfica No 8)

Los criterios noveno, decimo y onceavo son de comprobación histopatológica e investigados solo a nivel de especialidad, por lo que no son aplicables al diagnóstico de artritis reumatoide en el primer nivel de atención médica.

CRITERIO DE TUMEFACCION DE AL MENOS OTRA
ARTICULACION DENTRO DE LOS TRES MESES ANTERIORES
EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS COMO ARTRITIS.
REUMATOIDE.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33

GRAFICA 5



..... NO REFERIDO...91%

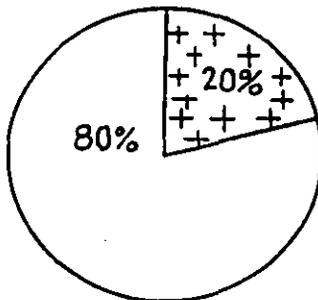
+ + + + TUMEFACCION DE OTRA ARTICULACION
DENTRO DE LOS TRES MESES ANTERIORES...9%

FUENTE DE INFORMACION PERSONAL
U.M.F No 33 IMSS
1986.

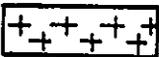
CRITERIO DE TUMEFACCION SIMETRICA EN
 PACIENTES DIAGNOSTICADOS COMO ARTRITIS
 REUMATOIDE.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33

GRAFICA 6



..... NO REFERIDO...80%



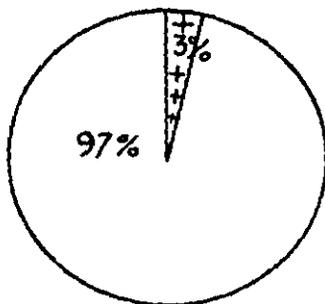
..... TUMEFACCION ARTICULAR
 SIMETRICA ...20%

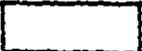
FUENTE DE INFORMACION PERSONAL
 U.M.F No 33 INSS
 1986.

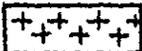
CRITERIO DE NODULOS SUBCUTANEOS
EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS COMO
ARTHRITIS REUMATOIDE.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33

GRAFICA 7



 NO REFERIDO...97%

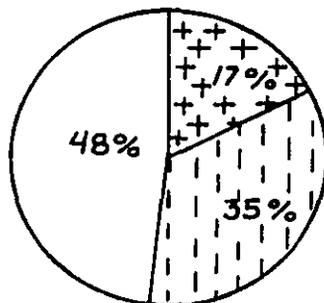
 NODULOS SUBCUTANEOS...3%

FUENTE DE INFORMACION PERSONAL
U.M.# No 33 IMSS
1986.

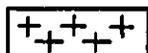
CRITERIO DE FACTOR REUMATOIDE POSITIVO
EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS COMO ARTRITIS
ARTRITIS REUMATOIDE.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33

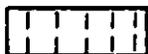
GRAFICA 8



..... NO SE REALIZO ESTUDIO...48%



..... FACTOR REUMATOIDE POSITIVO...17%



..... FACTOR REUMATOIDE NEGATIVO...35%

FUENTE DE INFORMACION PERSONAL
U.M.F No 33 IMSS
1986.

De los 88 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, se investigó la periodicidad de sus revisiones médicas subsecuentes, y encontramos que un 28% asisten regularmente a consulta por ese motivo para su medicación y control. Y que el mayor porcentaje de 72% tienen citas aisladas y con un tratamiento irregular. (En la gráfica No 9)

Respecto al tratamiento inicial, referido en la primera nota médica del expediente clínico y de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, el 96% se inicio con antiinflamatorios No esteroideos (AINE). Los fármacos más utilizados fueron: Naproxén, Acido acetil salicílico, Fenilbutazona, Acetaminofén e Indometacina. El 4% restante tenían manejo en la - posible primera consulta , el uso de esteroides como Prednisona. (En la gráfica No 10)

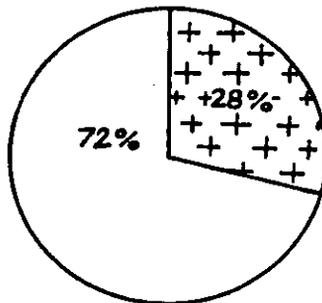
Se cuantificó además el número de envíos con diagnóstico de artritis reumatoide, para interconsulta y valoración a la especialidad de Reumatología , encontrando como resultados, que en un 42% sumaron el porcentaje de derivaciones a otro nivel de atención médica, y que el 58% restante no se otorgó envío. (En la gráfica No 11)

De 37 derechohabientes o el 42% antes mencionado, en que se pidió interconsulta para su valoración en la especialidad de Reumatología, encontramos como resultado que 11 de estos pacientes, si se calificaron con artritis reumatoide, en 16 se confirmó otro diagnóstico al de su envío como : Enfermedad degenerativa articular o Osteoartritis, y los tipos especiales de esta enfermedad (Osteoartritis generalizada primaria ó la variedad erosiva), otras respuestas fueron, artritis gotosa y gonartrosis. Por último los otros 10 pacientes con interconsulta y con diagnóstico de envío de artritis reumatoide, - no se encontró respuesta en el expediente clínico -- por parte del servicio de Reumatología. (En la gráfica No 12)

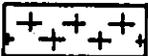
PERIODICIDAD EN LAS REVISIONES MEDICAS DE
LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS
REUMATOIDE.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33

GRAFICA 9



.....ACUDEN EN FORMA IRREGULAR...72%



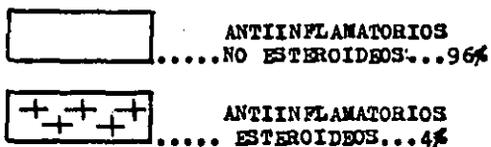
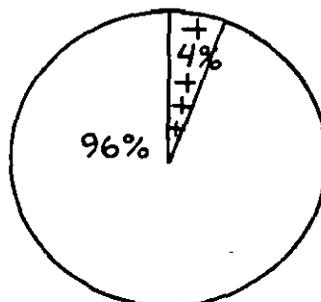
.....ACUDEN EN FORMA REGULAR...28%

FUENTE DE INFORMACION PERSONAL
U.M.F No 33 IMSS
1986.

TRATAMIENTO INICIAL CON ANTIINFLAMATORIOS
NO ESTEROIDEOS Y ESTEROIDEOS EN PACIENTES
CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33

GRAFICA 10

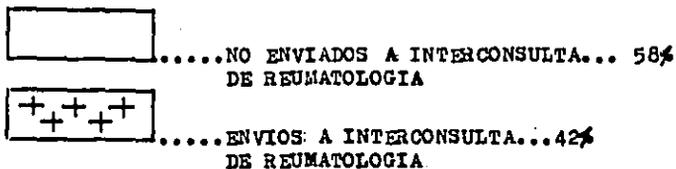
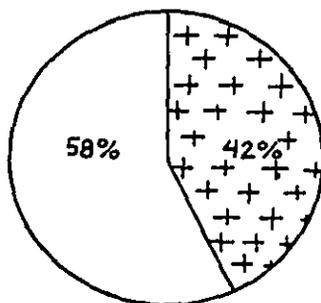


FUENTE DE INFORMACION PERSONAL
U.M.F No 33 INSS
1986.

INTERCONSULTAS A LA ESPECIALIDAD DE REUMATOLOGIA
EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS
REUMATOIDE.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33

GRAFICA 11



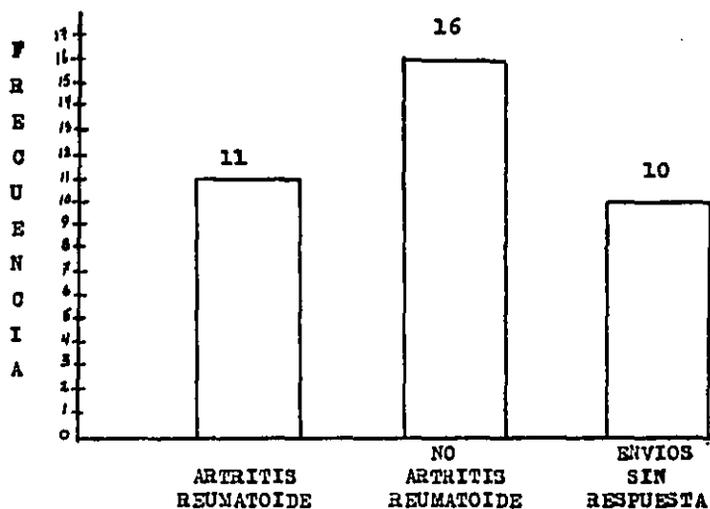
FUENTE DE INFORMACION PERSONAL
U.M.F # 33 IMSS
1986.

FRECUENCIA DE ENVIOS Y CONFIRMACION DIAGNOSTICA
A LA INTERCONSULTA DE LA ESPECIALIDAD DE
REUMATOLOGIA.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 .

Noviembre - 1986

GRAFICA 1 2



FUENTE DE INFORMACION PERSONAL
U.M.F No 33 IESS
1986.

La calificación total de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, en base al número de criterios (ARA) según la clasificación: AR posible dos criterios; AR probable tres criterios; AR definida cinco criterios; AR clásica siete criterios. Encontramos que 21 de los diagnosticados tuvieron 2 criterios, otros 25 reunieron 3 a 4 criterios, - 3 pacientes con 5 a 6 criterios, y solo 1 obtuvo 7 criterios. Además no pudieron clasificarse 38 que corresponde al 43% de los 88 derechohabientes en estudio, por tener solo un criterio (ARA) el dolor a la presión o movilización articular.

Aquí apreciamos que predominan los pacientes con AR probable y en segundo lugar AR posible (En el cuadro No 3)

CALIFICACION DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
ARTRITIS REUMATOIDE.

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33
Noviembre- 1986

C U A D R O 3

ARTRITIS REUMATOIDE	POSIBLE	PROBABLE	DEFINIDA	CLASICA	DOLOR	T O T A L
NUMERO DE CRITERIOS	2	3-4	5-6	7	1	
NUMERO DE PACIENTES	21	25	3	1	38	88

FUENTE DE INFORMACION PERSONAL
U.M.F. No 33 IMES
1986.

CONTRASTACION DE HIPOTESIS

H_1 De los pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide, menos del 50% cumplen con los criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Reumatismo.

H_0 De los pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide, más del 50% cumplen con los criterios diagnósticos de la Asociación Americana de Reumatismo.

Si consideramos el cumplimiento de los criterios de la (ARA) para emitir un diagnóstico de artritis reumatoide, y calificar como adecuado si se manifiestan de 5 a 7 criterios que correspondería en la clasificación a AR definida y AR clásica, o por lo contrario un diagnóstico no adecuado por tener solo 2 a 4 criterios y valorarse -- como AR posible y AR probable.

Tenemos como resultado en este estudio que de un total de 88 pacientes. En 38 no cumplieron más de 1 criterio, y en otros 21 no tuvieron más de 2 criterios sumando un total de 59 derechohabientes. En los que podemos -- ver que hay predominio de los que no se encontró un número de criterios para denominar un diagnóstico adecuado o correcto. (En el cuadro No 4)

Con 1 grado de libertad, tenemos una χ^2 real mayor que la χ^2 teórica con lo que se rechaza estadísticamente H_0 y se acepta H_1 . Esto resulta significativo con una P menor de 0.05, con lo que se acepta la hipótesis general.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

39

**CONTRASTACION DE
HIPOTESIS**

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 33 .

Noviembre- 1986

C U A D R O 4

		CUMPLE CON LOS CRITERIOS		
		SI	NO	TOTAL
D I A G N O S T I C O	ADECUADO	4	25	29
	NO ADECUADO	21	38	59
TOTAL		25	63	88

$G I = 1$

$X^2_t = 3.84$

$X^2_r = 4.55$

$P < 0.05$

X^2_r es mayor que X^2_t

por lo tanto se rechaza

H_0 y se acepta H_1

FUENTE DE INFORMACION PERSONAL U.M.F No 33 IMSS.

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

Con el presente estudio podemos concluir que en la población estudiada prácticamente no se realiza un diagnóstico basado en los criterios de la (ARA) para artritis reumatoide, ya que encontramos que sólo un 4.54% de ésta población se diagnóstico adecuadamente y cumpliendo con tales criterios; del resto de los pacientes investigados encontramos que 95.45% no se diagnosticaron adecuadamente en base a los criterios. La causa de ésto pudiera ser del conocimiento de la clasificación, o que las notas médicas del expediente clínico carecen del reporte de esta información.

Encontramos también que 42% fueron enviados al segundo nivel de atención médica, para confirmación del diagnóstico y sólo 73% de éstos fueron remitidos a su médico familiar con respuesta diagnóstica. Es importante la cifra de un 27% de pacientes que no tuvieron respuesta por el especialista.

Otro punto de importancia en cuanto a resultados es lo que se observó referente al control del padecimiento, es decir, a la regularidad con la que los pacientes asisten a sus citas de la consulta externa de Medicina Familiar. Encontramos únicamente 28% que acuden a control periódico regular y un 72% asiste ocasionalmente o en forma irregular.

Respecto al tratamiento, encontramos que un porcentaje importante inicia su manejo farmacológico en el primer nivel de atención médica con antiinflamatorios no esteroideos (AINE), y un mínimo porcentaje inicia con antiinflamatorios esteroideos. En éstos últimos se asocian otros factores como dependencia a los esteroides, o automedicación. Sin embargo aunque esta cifra es baja no deja de ser válido para tomarse en cuenta.

SUGERENCIAS .

Hay que hacer frente al reto que plantean las enfermedades reumáticas en forma individual con cada paciente, y ayudar a aligerar su carga. Además hay que enfrentar al paciente en forma colectiva ante su sociedad. Pero para esto es importante nuestra capacitación médica con la actualización permanente sobre estos problemas de salud.

Ya que la historia natural de la AR es tan variada como, hasta cierto punto impredecible ya que algunos pacientes van a cumplir su curso evolutivo indefectiblemente, a pesar de la utilización de variadas y numerosas medidas terapéuticas.

Por lo que es primordial:

a) La "preparación" del enfermo.

- Información básica de la enfermedad.
- Explicación de las posibilidades terapéuticas.
- Advertencias sobre los peligros de los "seudotrata-
mientos".
- Sugerencias sobre cambios en hábitos y conductas-
para convivir mejor con la enfermedad.
- Provisión de soporte emocional.
- Indicación sobre posibles efectos secundarios de-
la medicación administrada.
- Estimular al paciente para que se haga copartícipe
del tratamiento.
- Consejos referentes a su entorno sociolaboral.

- b) Revisiones periódicas, tanto por el Médico Familiar quien controla el cumplimiento del tratamiento, evalúa la presencia de reacciones adversas, solicita interconsulta al especialista.

La utilización de los criterios de (ARA) para el diagnóstico de artritis reumatoide tiene una utilidad clínica práctica para definir y clasificar a los pacientes. La búsqueda de éstos criterios constatados por el médico en el examen debe ser lo más completo posible, incluyendo la valoración de signos extraarticulares.

Los datos de laboratorio son de gran ayuda por lo que se deben incluir para un diagnóstico correcto y evaluación de la evolución de la enfermedad.

Se prestará especial atención a la exploración de manos y pies ya que un porcentaje importante de nuestros pacientes estudiados, en las notas médicas del expediente clínico se referirá limitación y deformidad articular. La valoración de la movilidad en las articulaciones puede estimar fácilmente el progreso de la enfermedad, un método alternativo sencillo consiste en moldear alambre maleable sobre el dedo (es apropiado el alambre para soldadura de calibre 14 de aprox. 2 mm de diámetro) (En la figura No 1)

El alambre es transferido despues al registro del -
caso en el expediente clinico, para dibujar en él
su contorno. Deben anotarse el nombre del dedo y -
la fecha. Puede superponerse otro registro de ex-
tensión. Repitiendo la operación puede estimarse-
fácilmente la evolución del padecimiento. (6,7)

(En la figura No 2)



FIGURA Nº 1

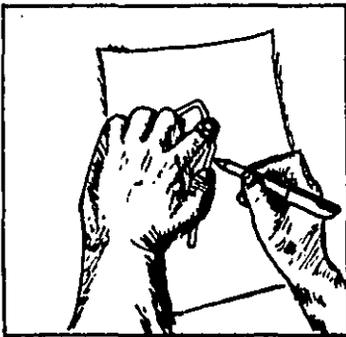


FIGURA Nº 2

BIBLIOGRAFIA DE APOYO AL
ESTUDIO

1. Rodnan PG, Schumacher HR. "Primer on the Rheumatic Diseases". Published by Arthritis Foundation, Atlanta GA, eighth edition, 1983 P 33-48
2. Fraga MA, Lavalle MC, Gudiño QJ. "Artritis Reumatoide". En: Anuario de Actualización en Medicina IMSS Vol. VII, fascículo 21, Reumatología de México 1975 P 79-93
3. Noguera HE. "Artritis Reumatoidea". En: Tratado de Medicina Práctica. MEDICINE. Vol. III, No. 12, Segunda edición. Diciembre de 1985. México. P 750-66
4. Manual para la elaboración y aprobación de proyectos de investigación científica. IMSS. México 1985. P 5-51
5. Mintz G. "El Reto Social de las Enfermedades Reumáticas". En: Medicina Social. Revista Médica IMSS. México 1981. P 331-334

Cont...

6. Daniels L, Worthingham C. "Pruebas Funcionales Musculares". Cuarta edición. Editorial Interamericana. 1983. México. P 128-153

7. McRae R. "Mano". En: Exámen Ortopédico Clínico. Editorial Salvat. 1980. Primera edición. México. P 56-71

Esta Tesis fue elaborada en su
totalidad en los Talleres de -
Impresos Noya, Rep. de Cuba -
No. 99, Despacho 23.
México 1, D.F. Tel. 657-24-74
Presupuestos 9 P.M. a 11 P.M.
Sr. Salvador Noya Franco.