

1122631  
2E.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**EVALUACION DE LA APLICACION Y FRECUENCIA DE LOS  
CRITERIOS DIAGNOSTICOS APROBADOS POR LA  
AMERICAN RHEUMATISM ASSOCIATION PARA  
DIAGNOSTICO DE LA ARTRITIS REUMATOIDE.**

## **TESIS RECEPTACIONAL**

Para Obtener el Título de:  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**DRA. NATALIA GUADALUPE SANTOS MIRANDA**

Director de Tesis : J. Gabriel Herrejón Cervantes

**MORELIA, MICHOACAN.**

**ENERO 1994**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

UNAM

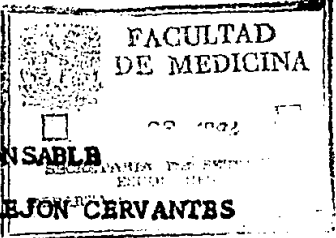


## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está 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.



**ASESOR RESPONSABLE**

**DR. J. GABRIEL HERREJON CERVANTES**

**REUMATOLOGO**

A large, stylized handwritten signature in black ink, written over a horizontal line. The signature is highly cursive and appears to read "J. Gabriel Herrejon Cervantes".

**JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION**

**DR. RAFAEL OSEGUERA VALLADARES**

**PROFESOR TITULAR DE LA RESIDENCIA DE**

**MEDICINA FAMILIAR**

**DR. HIRAM BALLESTEROS OLIVARES**

**AGRADECIMIENTOS**

**AL DR. J. GABRIEL HERREJON CERVANTES**

# I N D I C E

CAPITULO I INTRODUCCION .....	1
CAPITULO II OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO .....	3
CAPITULO III JUSTIFICACION .....	4
CAPITULO IV ORGANIZACION DEL TRABAJO .....	7
CAPITULO V FUENTES DE INFORMACION .....	8
CAPITULO VI MATERIAL Y METODOS .....	9
CAPITULO VII RESULTADOS .....	10
CAPITULO VIII DISCUSION .....	14
CAPITULO IX CONCLUSIONES .....	17
CAPITULO X RESUMEN .....	18
CAPITULO XI REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....	20
CAPITULO XII FIGURAS. TABLAS Y GRAFICAS .....	

## CAPITULO I

### INTRODUCCION

Los primeros vestigios de enfermedad reumática tienen su origen en la antigua civilización egipcia casi 2,800 años A. C. Quizá se trata de una de las entidades mas claramente identificadas, dentro de la patología articular, que haya surgido en tan remota antigüedad.

La verdadera antigüedad de la artritis reumatoide no ha quedado esclarecida. Para algunos autores el ejemplo mas antiguo de esta enfermedad es el reportado por Page May en el British Medical Journal de 1897, de una momia egipcia perteneciente a un hombre de 50 años de edad de la quinta dinastía (2750 a 2625 A. C.) y descubierto por el profesor Flinders Petrie.

En México el doctor Antonio Fraga, en cooperación con el Instituto Nacional de Antropología e Historia, revisó esqueletos pertenecientes a las culturas preclásicas, clásicas y posclásicas previamente clasificados con C14 y, por estudio de su cerámica, todos anteriores al siglo XVI. El estudio del doctor Fraga permite sospechar fuertemente la existencia de artritis reumatoide antes del siglo XVI en América y abre nuevas posibilidades



des para el conocimiento de la enfermedad.

En 1859 Alfred Baring Garred propone el término -- de artritis reumatoide para sustituir los muchos nom--- bres que se le habían asignado a esta enfermedad: gota- reumática, artritis reumática crónica, poliartritis cró- nica progresiva, etc., y este nombre se adaptó prácti-- camente en todos los países del mundo. (1)

Según diferentes estadísticas, del 0.5 al 2.0% de los enfermos que acuden a la consulta de Medicina Gene- ral tienen este diagnóstico, también se ha probado que- la relación entre los sexos es a favor del sexo femeni- no en una proporción de 2-3 a 1. Respecto a la edad -- se ha encontrado que es menos frecuente en niños y vie- jos, para aumentar entre la tercera y cuarta décadas -- de la vida. (2)

## CAPITULO II

### OBJETIVO GENERAL DEL ESTUDIO

Evaluar la aplicación y la frecuencia de 8 de ----  
los 11 criterios diagnósticos aprobados por la American  
Rheumatism Association (ARA), para el diagnóstico de --  
la artritis reumatoide. En el Hospital General de Zo--  
na No. 1 con Medicina Familiar de Morelia, Mich.

### CAPITULO III

#### J U S T I F I C A C I O N

El que se apliquen correctamente los criterios --- diagnósticos aprobados por la A. R. A. y la frecuencia con que se hace, llevará a un diagnóstico adecuado, logrando con ello, realizar investigaciones que nos hagan conocer la incidencia y prevalencia de esta enfermedad en nuestro medio, datos de los que se carecen en lo absoluto, y saber si tenemos semejanzas con otras regiones, o si existen diferencias, lo que en etapas nos llevará a cuantificar el problema de Salud Biológica, Psicológica y Social, así como su repercusión económica, alteraciones que por ahora sólo son elucubraciones, suponiendo que son muy graves.

En otras partes del mundo existen estadísticas sobre la frecuencia de cada uno de los criterios diagnósticos, aquí la ignoramos. Todo esto se facilita en --- nuestro medio por ser una comunidad Médico-Administrativa que cuenta con los estudios necesarios para llevar a cabo el estudio. Conlleva a lo mas trascendente, que es el detectar los enfermos de artritis reumatoide, -- avalando un manejo ulterior adecuado, o en caso contra-

rio programar y realizar acciones para corregirlo ya -- que también se cuenta con los medios para lograrlo.

A continuación se transcribirán en forma completa los Criterios Diagnósticos aprobados por la A. R. A., -- ya que posteriormente sólo se hará referencia a ellos -- mediante las mínimas palabras.

#### CRITERIOS DIAGNOSTICOS APROBADOS POR LA A. R. A.

- 1.- Rigidez Matutina.
- 2.- Dolor al movimiento en por lo menos una articulación.
- 3.- Flogosis (sinovitis o líquido o ambos) en por lo menos una articulación por 6 semanas continuas.
- 4.- Flogosis en una segunda articulación con un intervalo entre la primera y la segunda de no más de -- 3 meses.
- 5.- Flogosis articular simétrica con compromiso simultáneo de la misma articulación, en el lado opuesto, con excepción de las interfalángicas distales.
- 6.- Nódulos subcutáneos sobre prominencias óseas, en superficies extensoras o en regiones yuxtaarticulares.
- 7.- Alteraciones radiológicas de artritis reumatoide (osteoporosis yuxtaarticular).
- 8.- Factor Reumatoide presente (por cualquier método con menos de 5% de positividad en controles normales).
- 9.- Coágulo de mucina pobre, en el líquido sinovial.
- 10.- Cambios histológicos característicos en la membrana sinovial con tres o más de los siguientes: proliferación de las células sinoviales superficiales.

les, infiltrado linfocitario o plasmocitario, hipertrofia de vellosidades, depósito de fibrina y - focos de necrosis celular.

- 11.- Alteraciones histológicas características en nódulos: focos granulomatosos con zonas centrales de - necrosis rodeada de proliferación de células fijas, fibrosis periférica e infiltrado inflamatorio perivascular. (3)

En estudios previos en los que se probaron los 11- criterios ya enunciados, se vio que tres de los crite- rios son poco accesibles para un primer nivel de aten- ción médica y aun en un segundo nivel, haciéndolos poco prácticos para el diagnóstico de artritis reumatoide, - demostrada la efectividad de los primeros ocho. (4, 5)

La severidad de la enfermedad aumenta en propor- ción directa al número de criterios encontrados. De --- acuerdo a ésto la artritis reumatoide se clasifica en - tres categorías diagnósticas:

**ARTRITIS REUMATOIDE PROBABLE:** En la que se requieren - por lo menos de 3 ó 4 criterios positivos y un mínimo - de 4 semanas de duración de la sintomatología.

**ARTRITIS REUMATOIDE DEFINIDA:** En esta se deben reunir- 5 ó 6 criterios positivos, con duración mínima de 6 se- manas de la sintomatología articular e inflamación.

**ARTRITIS REUMATOIDE CLASICA:** Se reúnen 7 o mas crite- rios positivos, con un mínimo de 6 semanas de duración- de los síntomas articulares e inflamación. (5, 6)

## CAPITULO IV

### ORGANIZACION DEL TRABAJO

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo y sincrónico del 1o. de julio de 1981 al 30 de junio de 1982 en el Hospital General de Zona No. 1 con Medicina Familiar de Morelia, Mich. Identificándose 484 diagnósticos de artritis reumatoide, obtenidos de la forma 430/6, hoja de control de la consulta externa de Medicina Familiar, codificadas por el Departamento respectivo, anotando los siguientes datos.

- A.- No. de Afiliación y Agregado.
- B.- Nombre del paciente.
- C.- No. de Consultorio y Horario de consulta.
- D.- Si fue consulta de primera vez o subsecuente durante el tiempo del estudio.
- E.- Fecha de la consulta.

Con los datos anteriores se hizo la localización física del expediente clínico, buscando la nota médica con la fecha en que fue captado el diagnóstico de artritis reumatoide, en busca de la anotación del o los criterios en que se basó el diagnóstico.

## CAPITULO V

### FUENTES DE INFORMACION

Para la elaboración del presente trabajo fueron --  
necesarios los siguientes Departamentos y documentos:

- 1.- Estadísticas y Codificación.
- 2.- Archivo clínico.
- 3.- Afiliación y Vigencia.
- 4.- Forma 430/6 (hoja de control de la consulta externa)
- 5.- Expediente clínico.
- 6.- Forma TAC, en la que se anota al trabajador y sus beneficiarios, justificándose que de los 484 expedientes clínicos solicitados, sólo se encontraron 466, ya que los 18 restantes fueron dados de baja por diferentes motivos.

## CAPITULO VI

### MATERIAL Y METODOS

Del 1o. de julio de 1981 al 30 de junio de 1982 se revisaron las formas 430/6, generándose 243,000 consultas a nivel de Medicina Familiar, tomando en cuenta sólo los diagnósticos de artritis reumatoide, de primera vez o subsecuentes en su primera consulta durante el lapso de tiempo de este estudio, siendo un total de 484 diagnósticos, revisando únicamente 466 expedientes-clínicos ya que el resto de expedientes no se localizaron por encontrarse dados de baja en el Departamento de Afiliación y Vigencia.

Durante la revisión de los 466 expedientes clínicos con el diagnóstico de artritis reumatoide, se hizo la búsqueda de los 8 criterios estudiados de la siguiente forma: viendo la frecuencia de cada uno de ellos y de la tabulación total, se procedió a clasificar el diagnóstico de artritis reumatoide en Probable, Definida y Clásica según el número de criterios, por sexo, edad mínima, edad máxima, edad promedio y cuántos diagnósticos de primera vez y subsecuentes. No hubo grupos testigos.



## CAPITULO VII

### RESULTADOS

Del universo total de 243,000 consultas durante el tiempo de estudio, se identificaron 484 diagnósticos -- de artritis reumatoide, tabulándose sólomente 466 por causas ya mencionadas, correspondiente a un 0.20% del total. En relación al sexo, se encontró que 335 correspondieron al sexo femenino (71.88%) y 131 al sexo masculino (28.12%). Con 164 consultas de primera vez --- (35.19%), 120 de pacientes femeninos (73.18%) y 44 de pacientes masculinos (26.83%). De las consultas subsiguientes 302 (64.81%). 192 pacientes femeninos (63.58%) y 110 pacientes masculinos (36.42%). Con una edad años máxima de 102, mínima de 7 y promedio de 51.47. Tablas A, B.

Se encontraron los 8 criterios buscados, con las siguientes cifras y porcentajes:

Rigidez matinal 203 (43.56%, Artralgia 385 (83.04%)  
Flogosis en una Articulación 143 (30.68%), Glogosis en otra articulación 53 (11.37%), Simetría 358 (76.82%), -  
Nódulos 19 (4.08%), Alteraciones Rx 11 (2.36%), Factor-Reumatoide 29 (6.22%). Gráfica I.

De acuerdo con el número encontrado de criterios -

en cada expediente se hizo la división diagnóstica de -  
artritis reumatoide con los resultados siguientes:

A. R. Probable 252 casos (54.09%). A. R. Definida-  
28 casos (6.0%). A. R. Clásica 1 caso (0.21%), así co-  
mo 185 casos que no reunieron el número de criterios --  
positivos para justificar el diagnóstico de Artritis --  
reumatoide, correspondiente a un porcentaje de 1 - - -  
(39.70%). Tabla C.

De los 252 casos de A. R. Probable, 82 correspon-  
dieron al sexo masculino (32.54%) y 170 al sexo femeni-  
no (67.46%). En relación a la consulta de primera vez-  
y subsecuente, se encontró 116 de primera vez siendo 74  
pacientes femeninos con un porcentaje de (46.03%) y ---  
(63.79%) respectivamente, 42 del sexo masculino (36.21%)  
de las subsecuentes se obtuvieron 136 (53.97%), 95 pa-  
cientes femeninos (69.85%) y 41 pacientes masculinos --  
(30.15%). La edad máxima fue de 102 años, la mínima de  
12 años y la edad promedio de 46 años. Tablas D. E.

Las cifras absolutas y porcentajes de cada uno de-  
los criterios encontrados fueron las siguientes: Rigidez  
matinal 159 (63.09%), Artralgia 245 (97.22%), Flogosis-  
en una articulación 112 (44.44%), Flogosis en otra arti-  
culación 34 (13.49%), Simetría 232 (96.06%), Nódulos 14  
(5.55%), Alteraciones Radiológicas 5 (1.98%) y Factor -

reumatoide 18 (7.14%). Gráfica II.

De la A. R. Definida se encontraron 28 casos, siendo 21 del sexo femenino (75.00%) y 7 del sexo masculino (25.00%). Consulta de primera vez 8 (28.58%), 6 de pacientes femeninos (75.00%) y 2 de pacientes masculinos (25.00%). Las consultas subsecuentes fueron 20 (71.42%), 14 pacientes femeninos (70.00%) y 6 pacientes masculinos (30.00%). Edad máxima de 71 años, mínima de 16 años y promedio de 45. Tablas F. G.

Los resultados obtenidos de cada uno de los criterios son los siguientes: Rigidez matinal 24 (85.81%), - Artralgia 26 (92.85%), Flogosis de una articulación 24 (85.71%), Flogosis en otra articulación 18 (64.28%), simetría 23 (82.14%), Nódulos 5 (17.86%), Alteraciones radiológicas 5 (17.86%) y Factor Reumatoide 10 (35.71%). - Ver Gráfica III.

De la categoría diagnóstica de A. R. Clásica sólo se obtuvo un caso, el cual correspondió a pacientes del sexo femenino, subsecuente de 50 años de edad. Tablas - H, I. De los criterios buscados el único que no se encontró fue el correspondiente a Nódulos. Gráfica IV.

De los 185 casos en los cuales no se justificó --- el diagnóstico de artritis reumatoide, 132 fueron del - sexo femenino (71.35%) y 53 del sexo masculino (28.65%).

Consulta de primera vez 40 (21.62%), 38 pacientes-femeninos (95.00%) y 2 pacientes masculinos (5.00%). -- Consultas subsecuentes 145 (73.38%), 81 pacientes femeninos (55.86%) y 64 pacientes masculinos (44.14%). Edad máxima fue de 37 años, mínima de 7 años y promedio de 47 años. Tablas J, K.

De los criterios buscados sólo se encontraron los-siguientes con las cifras absolutas y porcentajes res-pectivos. Rigidez matinal 19 (10.27%), Artralgia 115 - (62.16%), Flogosis en una articulación 6 (3.24%), Flo-gosis en otra articulación 0, Simetría 102 (55.13%). -- Nódulos 0, Alteraciones radiológicas 0 y Factor reuma--toide 0. Tabla V.

## CAPITULO VIII

### D I S C U S I O N

De la revisión de los 466 expedientes clínicos, en que se anota el diagnóstico de A. R. cabe hacer ciertas reflexiones para valorar adecuadamente el valor de cifras mencionadas en páginas anteriores.

La A. R. es una enfermedad inflamatoria con variaciones en su actividad y por lo tanto en su expresión clínica; por lo que el incluirla en un momento dado en una clasificación por el No. de criterios, no obsta para que en otra consulta sea incluida en otro grupo. La duda mayor es en las "No justificadas" en las que en -- consultas subsecuentes en la nota clínica, no se mencionan si previamente tenía mas criterios y en ese momento estaban en remisión. Cosa semejante se puede decir de las subsiguientes en las "Probables y Definidas".

Las de primera vez "Probables" y "Definidas", en un estudio prospectivo, es posible que cambien muchas Probables a Definidas o de las definidas a clásicas, -- esta reflexión puede ser en sentido inverso.

Otra idea que debe de tenerse en cuenta es la forma leve y pasajera en un enfermo con A. R. que por tolerancia a la molestia, automedicación, problemas de tiempo para ir a consulta médica, casos entonces que no se de-

tectan y que impiden hablar de incidencia y prevalencia de la enfermedad en esta Comunidad.

Además si el paciente ocurre a consulta con una artritis reumatoide y además se queja de otras molestias mas intensas aunque menos trascendentes (resfriado común), es probable que el Médico Familiar diagnostique-- y prescriba para esta segunda posibilidad y registre sólamente este diagnóstico en la forma 430/6, lo que sería otra posibilidad para reducir el número de A. R., - estadísticamente, ya que en padecimientos febriles precisos puede haber o hay rigidez, artralgias y aun artritis, sólomente que persisten los criterios al desaparecer la causa evidente del cuadro, por lo que sería necesario buscar otra que pudiera ser A. R.

En suma es necesario tener presente los criterios para el diagnóstico de Artritis reumatoide, haya o nó - otra patología agregada. Algunos de los criterios el paciente los expresa verbalmente y son espontáneos en el interrogatorio (cinco de ellos) otros, si no hay mucha intensidad o si ha sido su aparición lenta no los expresa y se obtienen sólomente por exploración (2o., - 3o., 4o. y 5o.), los demás como son Alt Rx y Factor reumatoide se obtienen ya sólo intencionadamente y en consultas subsecuentes.

Estas consideraciones son válidas para hacer mas -  
racionales los datos obtenidos en este trabajo, y los -  
juicios consecuentemente sean valederos.

Se expresa una realidad del uso y aplicación de los  
criterios, por Médicos Familiares, en un contexto sólo-  
mente válido con fines estadísticos de eso; conocer una  
realidad en una comunidad. Para la evaluación de los -  
datos obtenidos, no hay que olvidar que los médicos que  
hicieron los diagnósticos, no cursaron Cátedra de Reuma-  
tología en pregrado y probablemente sus conocimientos--  
sobre esta enfermedad son posteriores a su graduación,-  
por lecturas y cursos sobre la misma, lo que disminuye-  
posiblemente en forma significativa, el número de diag-  
nósticos de A. R. hechos, así como el uso de los crite-  
rios.

Las conclusiones son de suma utilidad, como fruto-  
que lleve a programación de una serie de actividades --  
muy positivas para el paciente reumático, (10% de la --  
población) para la Institución y para la autorealización  
del Médico, al hacer mas útil el ejercicio de su profe-  
sión.

## CAPITULO IX

### CONCLUSIONES

- 1a.- Se diagnosticó un número de casos de Artritis --- Reumatoide muy inferior, a lo referido en estadísticas de otros países.
- 2a.- Por el número de Artritis Reumatoides probables, - se utilizaron la minoría de los criterios ya enunciados ampliamente en capítulos previos.
- 3a.- Los criterios utilizados, fueron los que lógica-- mente son los mas sencillos de obtener por inte-- rrogatorio. Ejem. rigidez, artralgias, simetría.
- 4a.- La relación entre los sexos está de acuerdo a --- referencias bibliográficas y de estadísticas en - otras regiones, así como el promedio de edad.
- 5a.- Los resultados de este estudio, deben orientar -- a las autoridades respectivas, sobre la conveniencia o necesidad de concientizar el uso de los criterios entre los Médicos del Primer Nivel.



## CAPITULO X

### R E S U M E N

De la realización del presente trabajo, retrospectivo, sincrónico del 10. de julio de 1981 al 30 de junio de 1982 para la Evaluación de la aplicación y frecuencia de los criterios diagnósticos aprobados por La American Rheumatism Association en el Diagnóstico de la Artritis Reumatoide, el Hospital General de Zona No. 1- con Medicina Familiar de Morelia, Mich., se obtuvieron 484 diagnósticos de Artritis Reumatoide, revisando sólo 466 expedientes clínicos localizados. Se encontró que de los 8 criterios buscados, 4 fueron los mas utilizados para establecer el diagnóstico de A. R. (artritis, artralgia, flogosis en una articulación y simetría).

De acuerdo al número de criterios encontrados en cada uno de los expedientes clínicos se hizo la clasificación de la A. R. en:

A. R. Probable 252 casos.

A. R. Definida 28 casos

A. R. Clásica 1 caso

A. R. no justificada 185 casos.

Prueba de que aun existe cierto desconocimiento de los mismos, ya que en estudios previos se ha demostrado

su accesibilidad y aplicabilidad en un primer nivel --- de atención médica como ya se mencionó en párrafos anteriores.

Se concluye que el escaso uso de ellos, lleva a -- una menor detección de artritis reumatoide, se usaron -- los obtenidos por expresión espontánea del paciente, -- y que hay que programar y llevar a cabo acciones para -- dar mayor difusión y uso de los criterios.

## CAPITULO XI

### B I B L I O G R A F I A

- 1.- Gutiérrez, G.: Aspectos Históricos de la artritis-reumatoide. Historia de la Reumatología; 11-13
- 2.- Katona, S. G., Mintz, S., Moreno, R. J., Fraga, M. A., Gutiérrez, G. E., Reyes, C. A.: La Artritis -- Reumatoide del adulto. Inforsyntex. Boletín de -- Información Médica Syntex: 1-4, Vol. 8, No. 48, -- Julio-Agosto 1982.
- 3.- Muñoz, B. F.: Artritis Reumatoide: Diagnóstico -- y Tratamiento: Departamento de Reumatología Clí-- nica; 3-10
- 4.- Mitchell, D. M.: Fries, J. P., Arthritis and Rheu-- matism: Official Journal of the American Rheuma-- tism Association Section of the Arthritis Founda-- tion. 25; 481-487; Mayo 1982.
- 5.- Donato Alarcón-Segovia: Introducción a la Reumato-- logía. Editor. 1977.

TOTAL DE CONSULTAS OTORGADAS DURANTE EL 1º DE JULIO DE 1981 AL 30 DE JUNIO DE 1982. DE DONDE SE OBTUVO LA MUESTRA PARA LA EVALUACION DE LA APLICACION Y FRECUENCIA DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS APROBADOS POR LA A.R.A. EN EL DIAGNOSTICO DE LA A.R.

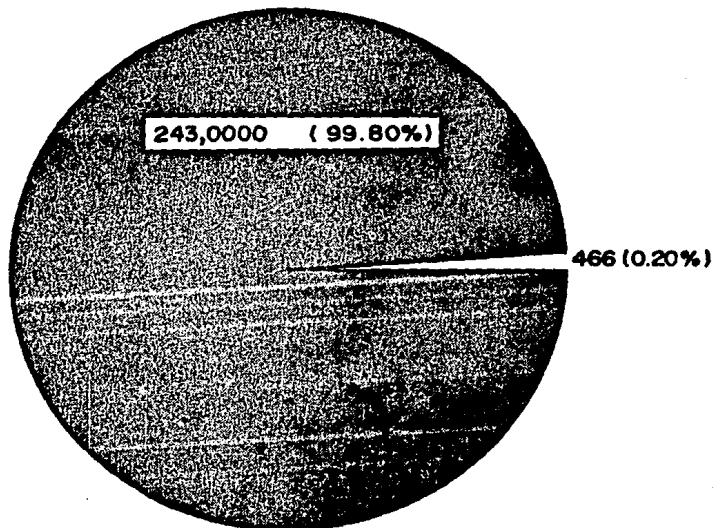


FIGURA I

FUENTE F 430/6  
Morelia, I.M.S.S.

**EVALUACION DE LA APLICACION Y FRECUENCIA DE LOS CRITERIOS  
DIAGNOSTICOS POR LA A.R.A. EN 466 CASOS.**

**Frecuencia por Edad y Sexo, de Primera consulta o subsecuente. Edad  
Mínima, Máxima y Promedio.**

<b>S E X O</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>1 a.V.</b>	<b>%</b>	<b>Sub.</b>	<b>%</b>
<b>FEMENINO</b>	<b>335</b>	<b>71.88</b>	<b>120</b>	<b>73.17</b>	<b>192</b>	<b>63.58</b>
<b>MASCULINO</b>	<b>136</b>	<b>28.12</b>	<b>44</b>	<b>26.83</b>	<b>110</b>	<b>36.42</b>
<b>TOTAL</b>	<b>466</b>	<b>100</b>	<b>165</b>	<b>100</b>	<b>302</b>	<b>100</b>

**T A B L A . A**

<b>E D A D</b>	<b>AÑOS</b>
<b>MAXIMA</b>	<b>102</b>
<b>PROMEDIO</b>	<b>31.47</b>
<b>MINIMA</b>	<b>7</b>
<b>MODA</b>	<b>45</b>

**T A B L A . B**

**FUENTE F430/6  
Morelia, I. M. S. S.**

**EVALUACION DE LA APLICACION Y FRECUENCIA DE LOS CRITERIOS  
DIAGNOSTICOS APROBADOS POR LA A.R.A. CLASIFICACION DE LA A.R.  
EN 466 CASOS SEGUN NUMERO DE CRITERIOS.**

<b>DIAGNOSTICO</b>	<b>Nº.</b>	<b>%</b>
<b>PROBABLE</b>	<b>2 5 2</b>	<b>54.09</b>
<b>DEFINIDA</b>	<b>2 8</b>	<b>6.00</b>
<b>CLASICA</b>	<b>1</b>	<b>0.21</b>
<b>NO JUSTIFICADA</b>	<b>1 8 5</b>	<b>39.70</b>
<b>T O T A L</b>	<b>4 6 6</b>	<b>100.00</b>

**T A B L A C.**

**FUENTE F430/6  
Morelia, I.M.S.S.**

EVALUACION DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS EN SU APLICACION Y FRECUENCIA EN 252 CASOS DE A.R. PROBABLE.  
 FRECUENCIA POR EDAD, SEXO, CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTE. EDAD, MINIMA, MAXIMA Y PROMEDIO.

SEXO	No.	%	1a.V.	%	Sub.	%
FEMENINO	170	67.46	74	63.79	95	69.85
MASCULINO	82	32.54	42	36.21	41	30.15
TOTAL	252	100	116	100	136	100

T A B L A D

EDAD	AÑOS
MAXIMA	102
PROMEDIO	46.09
MINIMA	12
MODA	52

T A B L A E

FUENTE F430/6  
 Morelia, I. M. S. S.

**EVALUACION Y APLICACION DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS APROBADOS POR LA A.R.A. EN 28 CASOS DE A.R. DEFINIDA. FRECUENCIA POR EDAD, SEXO, CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTE. EDAD, MINIMA, MAXIMA Y PROMEDIO.**

<b>S E X O</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>1 a.V.</b>	<b>%</b>	<b>Sub.</b>	<b>%</b>
<b>FEMENINO</b>	21	75	6	75	14	70
<b>MASCULINO</b>	7	25	2	25	6	30
<b>T O T A L</b>	28	100	8	100	20	100

**T A B L A F**

<b>E D A D</b>	<b>AÑOS</b>
<b>MAXIMA</b>	71
<b>PROMEDIO</b>	45.28
<b>MINIMA</b>	16
<b>MODA</b>	55

**T A B L A G**

**FUENTE F430/6.  
Morelia, I.M.S.S.**



**EVALUACION DE LA APLICACION Y FRECUENCIA DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS APROBADOS POR LA A.R.A. EN UN CASO DE A.R. CLASICA, FRECUENCIA POR EDAD, SEXO, CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTE. EDAD, MINIMA, MAXIMA Y PROMEDIO.**

S E X O	No.	%	1a.V.	%	Sub.	%
FEMENINO	1	100	0	0	1	100
MASCULINO	0	0	0	0	0	0
T O T A L	1	100	0	0	1	100

T A B L A H

E D A D	AÑOS
MAXIMA	0
PROMEDIO	50
MINIMA	0
MODA	50

T A B L A I

FUENTE F430/6.  
Morelia, I. M. S. S.

**EVALUACION DE LA APLICACION Y FRECUENCIA DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS APROBADOS POR LA A.R.A. EN 185 CASOS DE A. R. NO JUSTIFICADA. FRECUENCIA POR EDAD, SEXO, CONSULTA DE PRIMERA VEZ Y SUBSECUENTE. EDAD, MINIMA, MAXIMA Y PROMEDIO**

S E X O	No.	%	1 a. V.	%	Sub.	%
FEMENINO	132	71.35	38	95	81	55.86
MASCULINO	53	28.65	2	5	64	44.14
TOTAL	185	100	40	100	145	100

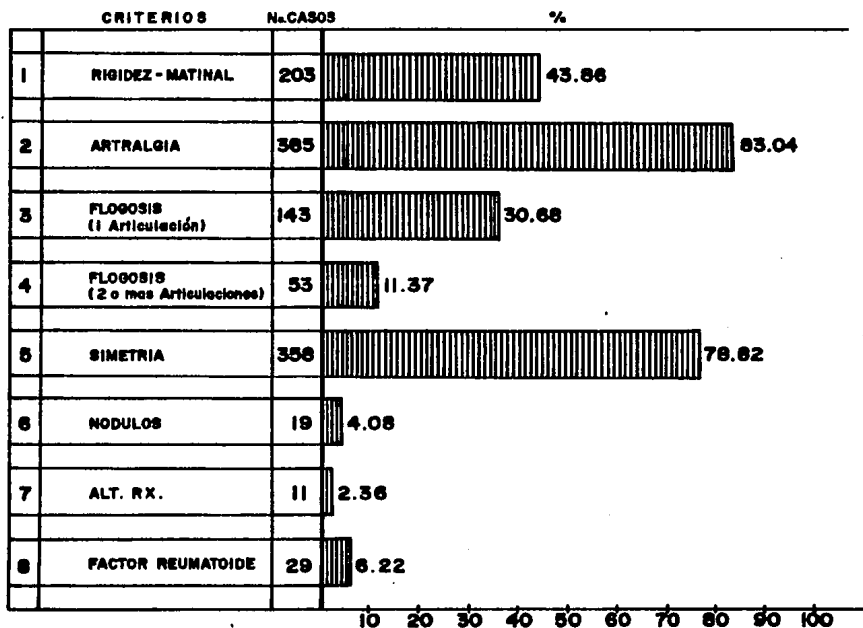
T A B L A J

E D A D	AÑOS
MAXIMA	87
PROMEDIO	47
MINIMA	7
MODA	39

T A B L A K

FUENTE F 430/6.  
Morelia, I. M. S. S.

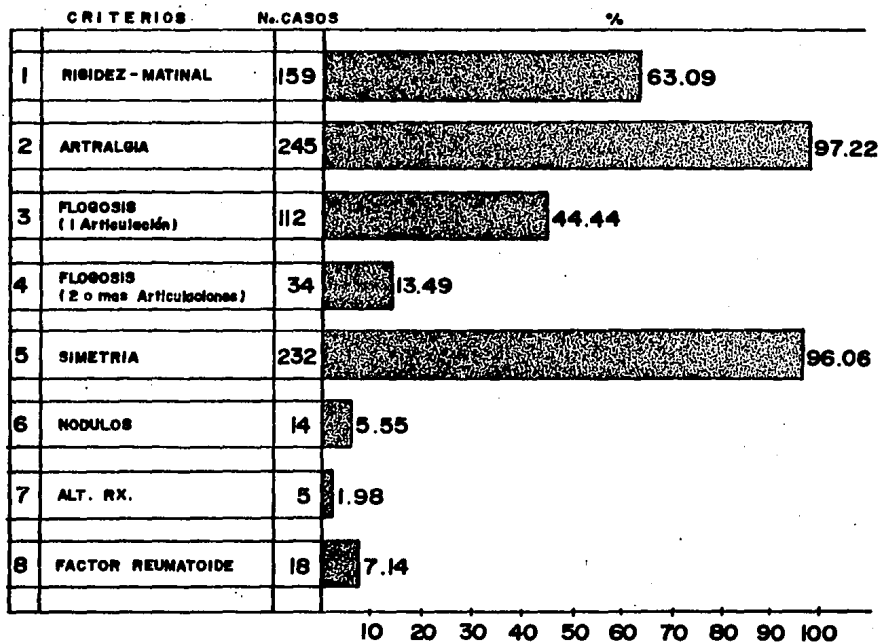
**EVALUACION DE LA APLICACION Y FRECUENCIA DE LOS CRITERIOS  
DIAGNOSTICOS APROBADOS POR LA A.R.A. EN 466 CASOS DE A.R.  
DEL 1º de Julio de 1981 al 30 de Junio de 1982.**



**GRAFICA I**

**FUENTE F 430/6.  
Morelia, I.M.S.S.**

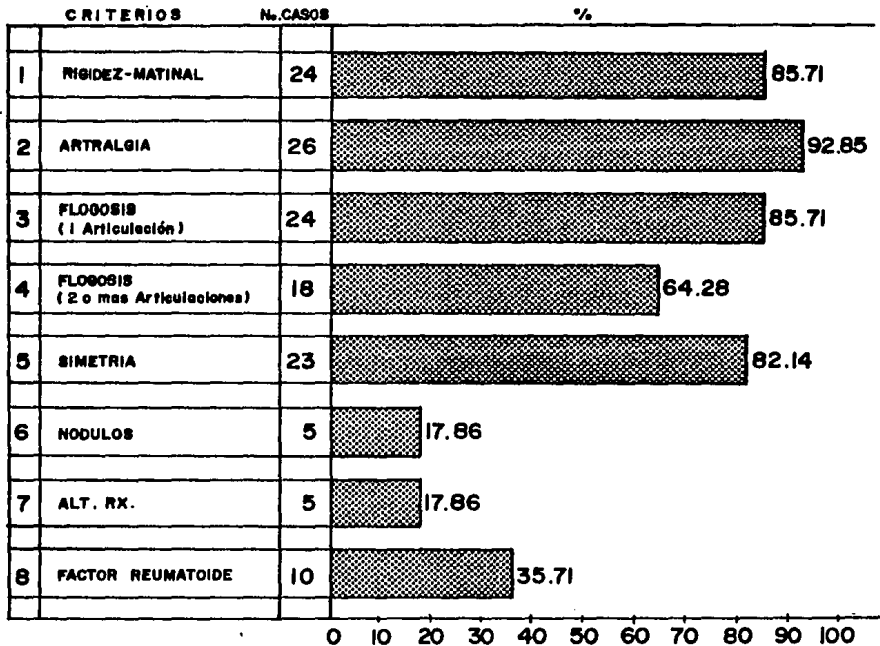
EVALUACION DE LA APLICACION Y FRECUENCIA DE LOS CRITERIOS APROBADOS POR LA A.R.A. EN 252 CASOS DE A.R. PROBABLES ( 3 o 4 Criterios) .



GRAFICA II

FUENTE F 430/6.  
Morelia, I.M.S.S.

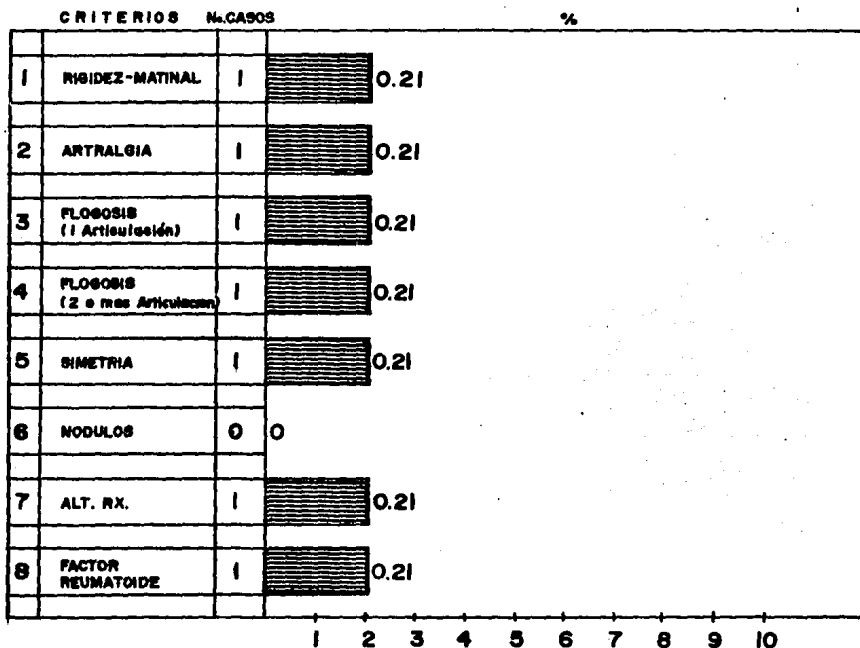
EVALUACION DE LA APLICACION Y FRECUENCIA DE LOS CRITERIOS  
DIAGNOSTICOS APROBADOS POR LA A.R.A. EN 28 CASOS DE A.R.  
DEFINIDA. ( 5-6 Criterios ).



GRAFICA III

FUENTE F 430/6  
Morelia, I. M. S. S.

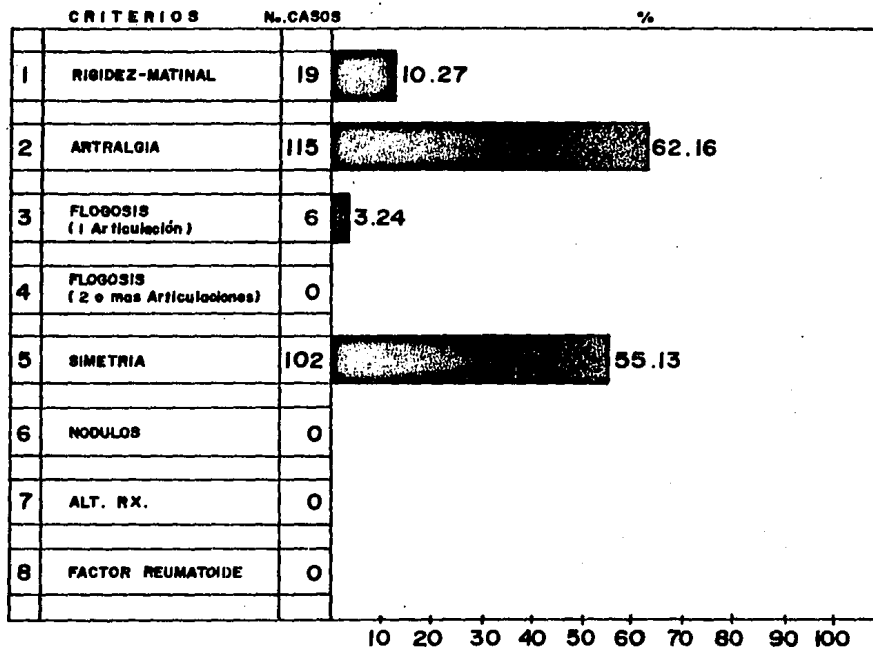
**EVALUACION DE APLICACION Y FRECUENCIA DE LOS CRITERIOS DIAGNOSTICOS APROBADOS POR LA A.R.A. EN UN CASO DE A.R. CLASICA. ( 7 o más Criterios).**



**GRAFICA - IV**

**FUENTE F 430/6.  
Morelia, I.M.S.S.**

EVALUACION DE LA APLICACION Y FRECUENCIA DE LOS CRITERIOS  
 DIAGNOSTICOS APROBADOS POR LA A.R.A. EN 185 CASOS DE ARTRITIS  
 NO JUSTIFICADA. ( 0 o 2 Criterios).



GRAFICA V.

FUENTE F430/6  
 Morelia, I. M. S. S.