



11226
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

71

NIVEL DE SATISFACCION DE LA ATENCION DE
MEDICINA FAMILIAR Y SU IMPACTO EN EL ESTADO
DE SALUD DE PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE.

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE POSTGRADO
EN LA ESPECIALIDAD DE
M E D I C I N A F A M I L I A R
P R E S E N T A :
CLAUDIA ALICIA JARAMILLO QUINTERO

ASESORA: MARIA VICTORIA GOYCOCHEA ROBLES

INVESTIGADOR ASOCIADO A

UNIDAD DE INVESTIGACION EN EPIDEMIOLOGIA CLINICA HGR 1GM

MEXICO, D.F. ABRIL 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.



SUBDIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.

36R. 30 2011

AUTORIZACIONES

Dr. José Antonio Rodríguez Covarrubias

Director de la Unidad de Medicina Familiar No. 28

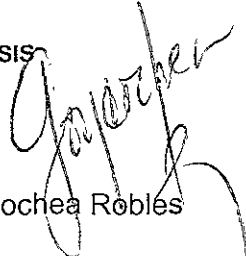
Dr. Augusto Bernardo Torres Salazar

Jefe de Enseñanza e Investigación Médica



2011

ASESOR DE TESIS



Dra. María Victoria Goycochea Robles

**Investigador Asociado de la Unidad de Investigación en
Epidemiología Clínica**

INDICE

RESUMEN.....	6
ANTECEDENTES.....	8
ETIOPATOGENIA.....	8
MANIFESTACIONES CLINICAS.....	9
LABORATORIO.....	11
DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO.....	11
JUSTIFICACION.....	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:.....	17
OBJETIVOS.....	18
OBJETIVO PRINCIPAL.....	18
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	18
HIPOTESIS.....	19
SUJETOS MATERIAL Y METODOS.....	20
DISEÑO.....	20
LUGAR DONDE SE LLEVO A CABO EL ESTUDIO.....	20
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.....	20
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.....	20
VARIABLES DEL ESTUDIO.....	21
OTRAS VARIABLES DE ESTUDIO:.....	21
<i>Factores demográficos</i>	21
<i>Factores relacionadas con AR</i>	21
<i>Otros factores del proceso de atención médica.</i>	21
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO.....	22
FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS.....	23
RECURSOS HUMANOS.....	23
RECURSOS FISICOS.....	23
RECURSOS FINANCIEROS.....	23
RESULTADOS.....	24
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LA POBLACIÓN.....	24
ESTADO DE SALUD.....	25
SATISFACCIÓN DE LA ATENCION.....	26
DISCUSION.....	28
TABLAS.....	32
BIBLIOGRAFÍA.....	43
ANEXOS.....	47

A MI ESPOSO

Por todo su amor, apoyo y
comprensión en todo momento.

A MIS PADRES

Por ser siempre los mejores y a
quienes les debo todo lo que soy

A MIS HERMANOS

ANYLU – Por su paciencia, enseñanza, y cariño
LUIGUI – Por su cariño, y comprensión.

A MI ASESORA

Por su paciencia, orientación y apoyo
incondicional para el logro en la realización
de mi tesis.

RESUMEN

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LA ATENCIÓN DE MEDICINA FAMILIAR Y SU IMPACTO EN EL ESTADO DE SALUD DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE (AR)

Introducción La participación del Médico Familiar (MF), es primordial en la atención de la AR, ya que de él depende un envío temprano, para un diagnóstico y tratamiento oportunos, además debido a la estructura de nuestra Institución es quien coordina la demanda de atención a otros especialistas que deben participar en su atención. En los HGR, la AR es la causa más frecuente de consulta reumatológica, hay un diferimiento > 6 meses y durante este período se confía el manejo al MF. **Objetivo:** Medir el nivel de satisfacción en la atención recibida en Unidades de Atención Primaria (UAP) y por el MF en pacientes con AR e identificar los factores de insatisfacción. **Pacientes y Métodos:** Se aplicó una encuesta que mide la percepción sobre el proceso y estructura de UAP y la atención del MF del IMSS. Se evaluó el estado de salud (ES) con HAQ y se correlacionaron los factores de insatisfacción identificados en la encuesta con el ES. **Análisis:** Medidas de tendencia central y dispersión, coeficientes de correlación. **Resultados:** Se estudiaron 210 pacientes, 25 hombres (12%), con edad $\bar{x} = 51.1 \pm 13.5$ años, con $\bar{x} = 10.7 \pm 8.9$ años de evolución, 91% con FR +, 36% con manifestaciones extra-articulares y el 42% tiene otras enfermedades asociadas. HAQ $\bar{x} = 0.64 \pm 0.65$, el promedio de satisfacción dado por el número de respuestas positivas fue de 23.6 ± 7.4 (0-40) para UAP, y de 13 ± 3.6 (0-20) para el MF. De acuerdo a la media poblacional el 47.6% y el 42.2% tuvieron una baja satisfacción de la UAP y del MF respectivamente. Los factores de insatisfacción más frecuentes relacionados con la atención del MF fueron: la incomprensión a la sintomatología y la indiferencia a los problemas del paciente, el constante cambio de MF, el tiempo de espera para recibir la consulta y la rapidez de la consulta que brinda el médico, la falta de envío a servicios indispensables para el manejo de la AR: como rehabilitación, dietología y grupos de apoyo. Los factores que dependen de la UAP fueron la pérdida de tiempo en el archivo clínico, desconocimiento o desinterés de la trabajadora social y falta de dotación de medicamentos. La correlación entre el estado de salud y los niveles de satisfacción fueron significativos (UAP – HAQ: $r = -0.16$ $p=0.01$; MFHAQ: $r = -0.17$ $p = 0.01$) **Conclusiones:** El estudio demuestra que las pacientes con AR tienen un bajo nivel de satisfacción de la atención recibida en UAP y por su MF, a menor nivel de satisfacción hay correlación con un pobre estado de salud. Se deben implantar medidas para elevar la calidad de atención en las UAP y específicamente las acciones que dependen del MF en la atención de pacientes con AR.

ABSTRACT

LEVEL OF SATISFACTION IN PRIMARY CARE IN RHEUMATOID ARTRITIS PATIENTS.

Objective: To evaluate the level of satisfaction perceived by the patients with RA in primary care and to identify the association between the level of satisfaction and their health status.

Rationale: the RA is the most frequent inflammatory rheumatic disease, an early diagnosis for install the right treatment is related with a good prognosis, the participation of the general physician is basic, he make the first contact, address to specialists (Rheumatology and others vr gr: psychology, physical and occupational therapy, nutrition, orthopedist) and often take the subsequent care of this patients.

Methods: Cross sectional study. In 210 patients with RA application of an specific instrument to evaluate level of perception on process and structure of primary care
Outcome measure: health status (HAQ). Other variables: demographic characteristics; related to RA: time of evolution, presence of Rheumatoid Factor (RF), extra-articular manifestations, comorbidity; others related to medical care: time in diagnosis and treatment. Analysis: χ^2 , correlation coefficients, and logistic regression

Results: 210 patients, 25 (12%) men, age $X = 51.1 \pm 13.5$ years Time of evolution $x = 10.7 \pm 8.9$, 91% RF+, 36% with extrarticular manifestations, in 42% were another diagnosis associated. HAQ: $X = 0.64 \pm 0.67$. The positive score in the satisfaction on primary unit : $X = 23.6 \pm 7.4$ (0-40), on familiar physician $X = 13 \pm 3.6$ (0-20); 47.6% and 4.2% of patients had a low perception of primary unit and familiar physician care. A significant correlation ($p < 0.05$) between HAQ and level of satisfaction in both (primary unit $r = -.16$, and familiar physician $r = -.17$), in the multivariate analyses a low level of perception in FP care and evolution time were associated with a poor health status.

ANTECEDENTES

Las enfermedades musculoesqueléticas son causa común de consulta general, condicionando morbilidad e incapacidad temporal y definitiva, particularmente en unidades de atención primaria (UAP) estos problemas condicionan hasta un 15% de motivo de consulta, la osteoartritis, los reumatismos regionales de tejidos blandos y la Artritis Reumatoide (AR) son los diagnósticos más frecuentes^(1,2). Como demanda de consulta solo es superada por problemas cardiovasculares y procesos infecciosos de vías aéreas o pulmonares, siendo así la tercera causa de problemas atendidos en medicina general.

La AR es una seria enfermedad crónica y potencialmente incapacitante, para la cual no hay todavía una terapia de curación; se presenta con una prevalencia que varía de 0.6 a 2 % de la población⁽³⁾, con una distribución mundial, son diversos los factores de riesgo⁽⁴⁾ que se han asociado a su presentación, con un fondo fisiopatológico autoinmune, se caracteriza a nivel clínico⁽⁵⁾ por afección musculoesquelética, sin embargo tiene la posibilidad de afectar sistémicamente, con una alta frecuencia de presentación de manifestaciones extra-articulares .

ETIOPATOGENIA

El evento inflamatorio inicial es desconocido, los primeros cambios son en la microvasculatura, caracterizados por infiltrado perivascular, oclusión de algunos vasos, proliferación de sinoviocitos (predominantemente tipo B) y un infiltrado inflamatorio con leucocitos Polimorfonucleares (PMN), monocitos y linfocitos.

Se asocia con algunos marcadores genéticos, destacando moléculas clase II del Complejo Mayor de Histocompatibilidad (CMH) Los pacientes cursan con diversos autoanticuerpos, el más conocido es el Factor Reumatoide (FR) que es una inmunoglobulina habitualmente IgM o IgG, con especificidad por un determinante en la fracción Fc de la IgG. Se ha encontrado depósito de complejos inmunes y activación del

complemento en líquido sinovial, cartílago y hueso subcondral. El complemento induce el daño tisular y genera factores quimiotácticos (especialmente C5a) para PMN y favorece la liberación de aminas vasoactivas que permiten el influjo de células que participan en el proceso inflamatorio. Las células inflamatorias inducen daño tisular por liberación de enzimas lisosómicas y metabolitos de oxígeno derivados de la explosión respiratoria, en especial peróxido de hidrógeno. El depósito de complejos inmunes fuera de las articulaciones puede ser responsable de las manifestaciones extraarticulares. Otros anticuerpos hallados son los Anticuerpos contra colágena tipo II y los antinucleares. La membrana sinovial se caracteriza por la presencia de infiltrado inflamatorio crónico donde los linfocitos T son los más abundantes, estos reconocen antígenos a través de un receptor antígeno-específico. Los linfocitos T CD4 que son esenciales en la inducción de la respuesta inmune y los CD8 cuya función principal es la citotoxicidad. Una de las células más abundantes en el infiltrado sinovial es el macrófago que se observa como células epitelioides que forman verdaderos granulomas. El proceso inflamatorio sinovial se acompaña por activación y proliferación del tejido conectivo parecido a un tumor. Esta anomalía celular invade y destruye el hueso y cartílago periarticular, a ésta proliferación y granulación invasiva de tejido se le refiere como "pannus", el cual propicia o desencadena prácticamente la destrucción articular. (3)

MANIFESTACIONES CLINICAS

Las manifestaciones articulares constituyen la característica más notable de la AR. Es necesario, sin embargo, tener en cuenta que estas forman parte de una enfermedad multisistémica que incluye manifestaciones generales y localizadas en aparatos y sistemas ajenos al músculo esquelético. La artritis se caracteriza por dolor, hinchazón y rigidez articular, el dolor puede empeorar con la palpación y la movilización de la articulación afectada, se presenta como una poliartritis, es decir, que afecta a varias articulaciones y que además es clásicamente simétrica. Las articulaciones que más comúnmente se afectan en forma inicial son las de las manos a nivel de carpo y

Satisfacción de la atención de Primer Nivel en Artritis Reumatoide.

metacarpofalángicas (MCF) por arriba del 80%, afectándose más del 60% las interfalángicas proximales (IFP) y 50% las metatarsofalángicas (MTF) y hombros. Menos común el involucro inicial de rodillas y mucho menos de codos y tobillos.

Manos. Casi en todos los pacientes se afecta el carpo, MCF e IFP. La deformidad en cuello de cisne se presenta en segundo y tercer dedos con flexión de IFP e hiperextensión de IFD con síntomas relacionados a sinovitis articular, dolor y disfunción de algún nervio periférico. **Codos.** Se afecta en e 15% de los pacientes ocasionando dolor e hipersensibilidad que limita la actividad, es común la limitación de la extensión y en casos avanzados también de la flexión. **Hombros.** Se afectan hasta en un 40% de los casos, lo más frecuente es observar disminución de la movilidad como conducta antiálgica que les puede hacer difícil el comer y vestirse **Tobillos y pies.** Se afectan más las MTF con inflamación que no se asocia a eritema. Al avanzar el padecimiento se observa un desplazamiento anterior del cojin fibroadiposo plantar, con deformidad de los dedos "en garra" y subluxación de las MTF, es muy común el Hallus Valgus. **Cadera.** Se afectan principalmente articulaciones coxofemorales en 5 a 10% al inicio y posteriormente hasta el 50% con evidencia radiográfica. El dolor en la ingle es el síntoma más común y se asocia con limitación y dificultad a la deambulaci3n. **Rodillas.** Se afectan en la tercera parte de los casos y se presenta como dolor de la articulaci3n que causa trastornos de la marcha y dificultades para levantarse de una silla, subir escaleras, etc. **Columna Vertebral.** Más común a nivel cervical, con dolor y limitaci3n de la movilidad en el cuello. Esto depende de sinovitis en las articulaciones interapofisarias y las bursas situadas alrededor del ap3fisis odontoides. **Otras articulaciones.** La afecci3n temporomandibular es muy com3n, la artritis de las cricoaritenoides, artritis esternoclavicular, afecci3n de los huesecillos del oído, sacroileitis y artritis de la sínfisis p3blica.

Manifestaciones Extraarticulares. **Cut3neas:** pueden aparecer n3dulos y lesiones vasculíticas, **oculares:** queratoconjuntivitis, episcleritis y escleritis asociada a Síndrome

de Sjögren. **cardiacas:** con pericarditis en el 50% de los casos. **gastrointestinales, renales, neurológicas, hematológicas y respiratorias.** (3)

LABORATORIO

No hay pruebas que indiquen un diagnóstico definitivo, los elementos de laboratorio que se emplean son: El **Factor Reumatoide** que es hallado en el 85% de los pacientes, la alteración en la velocidad de **Sedimentación Eritrocítica** que varía según la inflamación, la **Proteína C Reactiva** relacionada con la fase aguda y es usada como monitor del nivel inflamatorio. También se emplean otros indicadores como Anemia, Trombocitosis, Hipergammaglobulinemia, Hipocomplementemia y Eosinofilia.

DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Según criterios realizados por el Colegio Americano de Reumatología se consideran como sigue: (4)

Clase I: posibilidad de realizar actividades de la vida diaria normal.

Clase II: posibilidad de realizar autocuidado (vestirse, alimentarse, bañarse) y actividades vocacionales (trabajo, escuela, trabajo en casa) pero no las avocacionales (de recreación).

Clase III: realizar autocuidado pero con limitación en las actividades vocacionales y avocacionales.

Clase IV: Limitaciones para el autocuidado normal así como para actividades vocacionales y avocacionales. (5)

Para establecer el diagnóstico de AR se requiere de la combinación de datos clínicos y paraclínicos de una enfermedad articular inflamatoria crónica. La especificidad diagnóstica aumenta a localizar el proceso inflamatorio crónico en las pequeñas articulaciones de las manos (muñecas, MCF IFP y MTF), según los criterios revisados por la Asociación Americana de Reumatología en 1987 para la clasificación de AR son

1 Rigidez matutna; 2 Inflamación de tejidos blandos de 3 o más articulaciones, 3 Inflamación articular de muñeca, IFP, MCF, 4 Inflamación simétrica, 5 Nódulos

Satisfacción de la atención de Primer Nivel en Artritis Reumatoide.

reumatoídes; 6. Presencia de factor reumatoide; 7. Erosión radiográfica y osteopenia periarticular en mano y /o muñeca.

La AR se define con la presencia de 4 o más criterios ⁽⁵⁾

Se realizó un estudio conducido a desarrollar los criterios para la remisión clínica en pacientes con AR, la remisión espontánea o bajo influencia de medicamentos. Sus características no han sido bien definidas. El término remisión completa implica la total ausencia de inflamación articular y extraarticular así como actividad inmunológica ausente para AR.

El término remisión parcial habla de reducción de la actividad de la enfermedad, con grandes problemas para describirse la cuantificación de éste proceso.

Existe un plan de tratamiento para AR, el cual comprende un tratamiento sintomático que utiliza antiinflamatorios y analgésicos, además existen tratamientos específicos para el que se utilizan medicamentos antirreumáticos también conocidos como de segunda línea, inductores de remisión, drogas modificadoras de los síntomas de la enfermedad. ⁽⁶⁾

El tratamiento de los pacientes con AR tiene varios objetivos: aliviar los síntomas, disminuir la progresión de la enfermedad y optimizar la calidad de vida de los pacientes, en años recientes el desarrollo de nuevas drogas (leflunamida, etanercept, terapia monoclonal, etc) y la utilización cada día mas frecuente de drogas "modificadoras de la enfermedad" solas o en combinación (metotrexate, sulfasalazina, ciclosporina, cloroquina etc.), han modificado la progresión del padecimiento ⁽⁷⁾,

Si bien se ha incrementado el consenso de una terapia inmunológica agresiva lo más temprano posible, durante largos periodos de tiempo, es importante mencionar que los efectos colaterales son frecuentes y potencialmente severos (cuadro 1), por lo que se requiere de una vigilancia estrecha durante su manejo, además porque se utilizan en asociación con antiinflamatorios no esteroideos en mas del 90% de los casos y esteroides (hasta el 50%), en distintas modalidades (vía oral continua, intramuscular, intravenosa o intrarticular intermitente) o en distintos tiempos de la evolución

Satisfacción de la atención de Primer Nivel en Artritis Reumatoide.

Por otro lado se debe asociar al manejo farmacológico otras medidas no menos importantes par el tratamiento global (^{8,9,10}) como son: fisioterapia, nutrición especializada, apoyo psicológico, medicina del trabajo, evaluaciones periódicas por otros especialistas por ejemplo: para tratamiento quirúrgicos ortopédicos, para detección oportuna y/o manejo de efectos colaterales como oftalmología, gastroenterología etc.

Así el cuidado del paciente con AR es complejo, requiere del manejo multidisciplinario, piedra angular en la atención es el cuidado del médico familiar, (MF) además debido a la alta prevalencia así como a la cronicidad del padecimiento frecuentemente es él quién debe vigilar estrechamente, e incluso organizar este complicado manejo, sobre todo en aquéllos pacientes que aunque se encuentran en remisión, la mayoría de las veces continúan crónicamente con múltiples medicamentos, manifestaciones extrarticulares y/o enfermedades asociadas, complicaciones o secuelas de la enfermedad o bien secundarias al tratamiento.

En nuestro país contamos con un servicio de salud dividido en 3 niveles de atención, debido a la alta prevalencia de AR la mayoría de los casos son atendidos en un segundo nivel esto es en los hospitales generales y/o regionales, siendo la AR la consulta subsecuente más frecuente en la especialidad de reumatología, por lo que aproximadamente en la mitad de los casos se envían para control periódico a su Unidad de Medicina Familiar, (UAP) recomendándose los aspectos particulares a vigilar, pero finalmente confiando su manejo al MF.

Hay escasos estudios que han explorado la atención del MF en cuanto a AR se refiere, con resultados variables, por ejemplo en Holanda Pollemans y cols (¹¹), en base al hecho de la publicación local del manejo de AR, recomendado por el Dutch College of General Practitioners en 1994, confrontaron la opinión del MF y la del médico reumatólogo asistente en cuanto al manejo de AR, evidenciando diferencias sustanciales entre ambos profesionistas, los médicos familiares mostraron una actitud mas expectativa en el manejo de AR iniciales (probables e incluso con diagnostico reciente), en cambio los

Satisfacción de la atención de Primer Nivel en Artritis Reumatoide.

reumatólogos asistentes refirieron al paciente para atención del especialista titular más tempranamente.

Un interesante trabajo canadiense (¹²), examinó el manejo de AR que los médicos de primer nivel de atención (muestra randomizada de 798 miembros del Colegio de Médicos Familiares) llevan a cabo comparándolo con lo recomendado por un panel de especialistas, evidenciando que hay un consenso en el manejo entre médicos familiares y especialistas, pero un bajo porcentaje de los pacientes es referido por lo médicos familiares para un tratamiento global adecuado (fisioterapia, terapia ocupacional, trabajo social, nutrición etc), concluyendo que se requiere reforzar las recomendaciones de manejo de AR entre los médicos generales y/o familiares.

También en Canadá se evaluó la certeza en el diagnóstico de envío de enfermedades reumáticas por el médico de primer nivel, los resultados demostraron valores predictivos y concordancia diagnóstica bajos, considerando que el MF con frecuencia diagnóstica erróneamente las enfermedades reumáticas, lo que da pie a un inadecuado uso de pruebas diagnósticas y tratamientos. (¹³)

En nuestro país se evaluó la competencia clínica en temas de reumatología en los médicos de primer nivel, los resultados demostraron que el conocimiento entre los encuestados estuvo por debajo del 50%, que con los años de práctica médica, parece haber un deterioro con las habilidades exploradas, el posgrado ni el género influyeron en los resultados, concluyendo que se debe considerar la deficiencia de programas de educación continua. (¹⁴)

Los estudios mencionados ponen en evidencia los distintos niveles para atención que pueden recibir los pacientes, una buena calidad de atención médica es indispensable para elevar la calidad de vida de las pacientes reumáticas, así no solo el diagnóstico oportuno y la indicación de drogas inductoras de remisión son los determinantes para esto; cada vez se justifica más la evaluación integral de la calidad de la atención para considerar el

JUSTIFICACION

En el Hospital Regional Gabriel Mancera (HGR 1GM) se cuenta con una consulta de AR de más de 800 pacientes (SIMO), el diferimiento de la consulta subsecuente es mayor a 6 meses, por lo que durante este tiempo las paciente acuden mensualmente a su UMF para vigilancia clínica global, incluyendo: atención de problemas de salud concomitantes a su AR, farmacovigilancia, atención por otros servicios que requiere el manejo de AR como son: apoyo nutricional, apoyo psicológico, evaluaciones por medicina del trabajo etc, además de dotación de medicamentos.

Así vemos que es indispensable contar con una adecuada calidad de atención para nuestras pacientes en sus UMF, sin embargo y de acuerdo a lo establecido en la Literatura (¹¹⁻¹⁵), en la práctica de medicina general y/o familiar, a pesar de ser uno de los motivos más frecuentes, no se cuenta con entrenamiento adecuado para el área de Reumatología y las políticas de manejo a nivel primario de atención son diferentes a las esperadas por los especialistas; se justifica realizar entonces un estudio en el que se identifique la percepción de los pacientes sobre la calidad de atención de sus unidades de medicina familiar, ya que la calidad de la atención puede tener un gran impacto en la calidad de vida de nuestras pacientes, por otro lado el identificar el nivel de satisfacción nos permitirá considerar decisiones en el manejo subsecuente de las mismas, por ejemplo la justificación de remitirlas a sus UMF con alta temporal o definitiva, lo cual mejoraría la calidad de atención global de nuestras pacientes (¹⁶)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA:

Pregunta de investigación principal

¿Existe correlación entre la satisfacción de la Atención Médica brindada en las Unidades de Primer nivel de atención (UPNA) y por el Médico Familiar y el estado de salud de pacientes con Artritis Reumatoide, pertenecientes a la consulta externa del HGR1 GM?

Preguntas específicas

- a) ¿Cuál es la percepción de la Atención Médica brindada en las UPNA, de las pacientes con AR, pertenecientes a la consulta externa del HGR 1GM?
- b) ¿Cuál es la percepción de la Atención Médica brindada por el médico familiar, de las pacientes con AR, pertenecientes a la consulta externa del HGR 1GM?
- c) ¿Cómo es el estado de salud de las pacientes con AR, pertenecientes a la consulta externa del HGR1 GM?

OBJETIVOS

Objetivo Principal

1) Identificar la asociación entre la percepción de la calidad de Atención en las unidades de primer nivel de atención, la percepción de la calidad de atención del médico familiar y el estado de salud de pacientes con AR de la CER HGR 1 GM.

Objetivos Específicos

- a) Medir la satisfacción de la Atención Médica brindada en las UPNA, de las pacientes con AR, pertenecientes a la consulta externa del HGR 1GM.
- b) Evaluar la satisfacción de la Atención Médica brindada por el médico familiar, de las pacientes con AR, pertenecientes a la consulta externa del HGR 1GM
- c) Medir el estado de salud de las pacientes con AR, pertenecientes a la consulta externa del HGR1 GM
- d) Identificar los factores previamente asociados al impacto en el estado de salud (Edad, sexo, nivel socioeconómico, tiempo de evolución, tiempo de diagnóstico, tratamiento de fondo, uso de esteroides, actividad del padecimiento, manifestaciones extra-articulares y comorbilidad)
- e) Analizar si además de los factores previamente asociados, la atención del médico familiar evaluada por el paciente mismo a través del cuestionario de satisfacción impacta en el estado de salud

HIPOTESIS

La satisfacción sobre la calidad de atención en la UPNA y la atención del médico familiar se asocian con el estado de salud de las pacientes con AR.

Hipótesis específicas

La satisfacción que tienen las pacientes con AR sobre la Atención médica brindada en la UPNA es positiva en un máximo del 30% de las mismas.

La satisfacción que tienen las pacientes con AR sobre la atención médica brindada por su MF es positiva en un máximo del 30% de las mismas.

El estado de salud de las pacientes con AR está afectado en 50% de las mismas.

Además de los factores previamente asociados al estado de salud, la satisfacción que tienen acerca de la atención recibida en las UAPN y por el MF también impacta en el mismo.

SUJETOS MATERIAL Y METODOS.

DISEÑO

Estudio transversal, descriptivo, observacional, abierto.

LUGAR DONDE SE LLEVO A CABO EL ESTUDIO

Consulta Externa de Reumatología del HGR 1GM.

El HGR 1 GM, es un hospital de segundo nivel de atención perteneciente a la Delegación 3 SO del IMSS, que cubre la atención de derechohabientes, se atienden pacientes referidos de las Unidades de Medicina Familiar: 1, 4, 9, 28, 38 y 42.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- 1) Pacientes derechohabientes pertenecientes a la CE Reumatología HGR 1GM
- 2) Con diagnóstico de AR según criterios del Colegio Americano de Reumatología⁶
- 3) Que hayan acudido a la consulta al menos en dos ocasiones subsecuentes.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- 1) Que durante el tiempo de subsecuencia no haya acudido a su UMF

VARIABLES DEL ESTUDIO

La descripción conceptual, la descripción operativa así como clasificación y escalas de medición de las variables se encuentran en el anexo 1

Variable Dependiente: Estado de Salud.^(17,18)

VARIABLES INDEPENDIENTES: Nivel de satisfacción de la Atención Médica en UPNA
Nivel de satisfacción de la Atención del MF.^(19,20)

Otras variables de estudio:

Factores demográficos

Edad

Sexo

Escolaridad

Estado civil

Nivel socioeconómico.⁽²¹⁾

Factores relacionadas con AR

Tiempo de evolución

Presencia de FR

Presencia de manifestaciones extra-articulares

Comorbilidad

Otros factores del proceso de atención médica

Diagnóstico oportuno

Historia de tratamiento (drogas inductoras de remisión)

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

1. Se invitó a participar al estudio a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión mencionados, que acudieron a su cita subsecuente programada en la consulta externa de Reumatología. Ya que más del 75% de las pacientes con el diagnóstico de AR son citadas semestralmente a consulta se incluyó sistemáticamente a todas las que asistieron durante un período de 6 meses, con lo que se esperaba realizar la evaluación en el 100% de las pacientes de nuestra consulta.

2. Previa información sobre el estudio a realizar, se le solicitó llenar los cuestionarios de autoadministración durante el tiempo que hizo antesala para la consulta (HAQ⁽¹⁷⁾, Cuestionario sobre satisfacción de la UMF y del MF^(19,20) e INSE⁽²¹⁾)

3. Posteriormente durante la consulta de rutina, se recabó la información relacionada a las variables sociodemográficas, y aquellas relacionadas con la enfermedad, así como diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado.(hoja de recolección), además se revisó que los cuestionarios de autoadministración hayan sido completados correctamente

4. Se capturó la información en una base de datos (d-base 3 plus)

5 -ANÁLISIS DE DATOS: Se utilizó para el análisis el programa SPSS versión 8

a) Estadística descriptiva: para la descripción estadística se utilizaron medidas de tendencia central y de dispersión de acuerdo al nivel de medición de las variables.

b) Análisis bivariado. Se calculó con análisis de correlación, además para medir el grado de asociación se empleó la razón de momios con su respectivo intervalo de confianza del 95%, para evaluar significancia estadística de estas asociaciones se utilizó prueba de χ^2 . o prueba exacta de Fisher en aquellos casos en que no se cumplieran las condiciones para realizar la primera.

c) Análisis multivariado Las variables en las que se obtuvo significancia estadística se incorporo a un modelo de regresion logistica a pasos

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS.

Es un estudio factible, dado que se cuenta con una población registrada subsecuente de más de 500 pacientes con el diagnóstico de AR, además esta entidad requiere de un seguimiento crónico en la consulta.

Durante una consulta de rutina se pudo obtener la información para el estudio, ya que no requerimos de ninguna evaluación invasiva, ni alguna maniobra de experimentación, por lo que no fué indispensable la elaboración de una carta de consentimiento informado, independientemente a lo cual el estudio fue apegado a las normas éticas de confidencialidad y seguridad para el paciente, y se solicitó la aceptación para participar en el estudio.

RECURSOS HUMANOS

Investigadores responsables: Investigadora asociada adscrita a la Unidad de Epidemiología Clínica y a la consulta externa de Reumatología y alumna de tercer año de la especialidad en Medicina Familiar.

Colaboradores: Médicas Reumatólogas de la consulta externa HGR1 GM y Pasante de Servicio Social de la Licenciatura en Enfermería.

RECURSOS FISICOS

Servicio de consulta externa

Servicio de archivo clínico

Unidad de Investigación en Epidemiología Clínica

Bibliotecas (CMN, CMR, HGR 1GM)

RECURSOS FINANCIEROS

No se contó con ningún apoyo financiero

RESULTADOS

Características Generales de la Población.

Se estudiaron 210 pacientes, 25 del sexo masculino (12%) y 185 del sexo femenino (88%), con un promedio de edad de 51.1 ± 13.5 años; el estado civil de los pacientes, se distribuyó de la siguiente manera: 123 (58%) son casados, 49 (23%) solteros, 22 (10%) viudos, 2 (1%) en unión libre, 6 (2.9%) divorciados, 8 (3.8%) corresponden a otra condición. (tabla no 1)

El tiempo de evolución con el padecimiento fue de 10.7 años en promedio ± 8.9 años, al 70% de los pacientes se les realizó el diagnóstico en el primer año de evolución, pero en el 30% el tiempo en realizar el diagnóstico fue mayor de 1 año, en estos 61 pacientes el tiempo promedio para llegar al diagnóstico fue de 3.2 ± 4.3 años, habiéndose encontrado que en 4 pacientes se retrasó el diagnóstico más de 10 años. De acuerdo a la fecha de ingreso a la consulta del hospital se encontró que un 44.8% tenían más de 5 años de haber ingresado, el promedio fue de 7.3 ± 7.1 años, con un rango desde 0 hasta 39 años.

La presencia de antecedentes heredofamiliares directos de AR, se encontró en el 26.2%. En cuanto a las características generales de la AR en la población se encontraron las siguientes frecuencias: 123 pacientes (58.6%) tienen manifestaciones extra-articulares siendo la más frecuente la presencia de nódulos reumatoideos, el 35% tenía además alguna otra manifestación, de las más frecuentes. Síndrome de Sjogren 6 (2.9%), manifestaciones oculares diferentes a xeroftalmia 6 (2.9%), subluxación atlanto-axoidea (4.3%)

El 91% tuvieron la presencia de factor reumatoide, el promedio de la determinación de este factor fue de $146 \text{ U I} \pm 288 \text{ U I}$, 10% de los pacientes con más de 500 U I (tabla no 2)

Satisfacción de la atención de Primer Nivel en Artritis Reumatoide.

En base al estadio radiológico los pacientes se clasificaron con las siguientes frecuencias: grado I = 66 (31.4%), grado II:84 pacientes (40%), grado III: 47 pacientes (22.4%), grado IV: 13 pacientes (6.2%) (tabla no 3)

El 52.4% de los pacientes reportó tener otras enfermedades asociadas al padecimiento de base, siendo las más frecuentes, Hipertensión Arterial 17 (8.1%), y las gastrointestinales 14 (6.7%).(tabla no 4)

En cuanto al tratamiento farmacológico se encontró que el 12 (5.7%) no habían recibido previamente inductores de remisión, 124 (59%) si lo habían recibido, incluso 71 (33.8%) habían utilizado más de dos inductores de remisión, y solo el 3 (1.4%) habían recibido tratamiento esteroideo.(tabla no 5)

Los pacientes estudiados reciben actualmente el siguiente tratamiento general: 101 (48.1%) algún inductor de remisión, 87 (41.4%) más de dos inductores, 7 (3.3%) con inductores de remisión más esteroide, 8 (3.8%) con inductor de remisión más Aine y solo 1 paciente (0.5%) se desconoció el tratamiento; solo 6 (2.9%) reciben solo aines. La distribución de frecuencias por inductor de remisión, así como combinaciones se describen en la tabla no 6.

Además el 32% (69 pacientes) habían sido sometidos a un tratamiento quirúrgico siendo el más frecuente el reemplazo total de rodillas.

Estado de Salud.

El estado de salud se identificó con el cuestionario HAQ (¹⁶), solo en 10 pacientes se tuvo que ayudar a contestarlo, por analfabetismo, problemas visuales o limitación para la escritura, en el resto de la población fué autoaplicado sin dificultad. El promedio de tiempo en que contestaron fue menor de 5 minutos. El promedio de la calificación obtenida en nuestra población fue de 0.64 ± 0.65 , con un rango de 0 a 3.

Satisfacción de la atención de Primer Nivel en Artritis Reumatoide.

El 26% (55 pacientes) con una calificación mayor de 1 lo que traduce gran afección del estado de salud. El 50% tuvo una calificación menor de 0.5, lo que habla de leve afección del estado de salud, y solo 33 pacientes (15.7%) tuvieron una calificación de 0, la que sería ideal.

Satisfacción de la Atención.

Para considerar una buena satisfacción de la atención se esperaría tener un alto número de respuestas positivas a través del cuestionario aplicado. Se obtuvo una tasa de respuesta del 100%, todos los pacientes contestaron y no tuvieron dificultad para la comprensión de ninguna pregunta. El promedio de satisfacción dado por el número de respuestas positivas fue de 23.6 ± 7.4 (0 - 40) para UAPN, y de 13 ± 3.6 (0 - 20) para el MF.

Los factores más frecuentes de insatisfacción, identificados por la frecuencia de respuestas negativas fueron sobre todo los relacionados con el MF, específicamente: la incomprensión a la sintomatología y la indiferencia a los problemas del paciente, el constante cambio del MF titular, el tiempo de espera para recibir consulta y la rapidez con que se realiza la consulta, la falta de envío a servicios indispensables para el manejo de AR como Rehabilitación, Dietología y Grupos de apoyo. Los factores de insatisfacción relacionados con la atención recibida en las UAPN fueron la pérdida de tiempo en el archivo clínico, desconocimiento o desinterés de la Trabajadora Social y falta de dotación de medicamentos. En la tabla se anotan las frecuencias y las preguntas correspondientes. (tabla no 7)

De acuerdo a la media poblacional, el 47.6% y el 42.4% tuvieron una baja satisfacción de la unidad de atención de primer nivel y del médico familiar respectivamente, los valores promedio de HAQ para cada uno de los grupos se describen en la tabla número 8, donde además se evidencia que la diferencia de promedios con una prueba de *T de Students* resultó estadísticamente significativa.

Satisfacción de la atención de Primer Nivel en Artritis Reumatoide.

Un análisis para calcular el coeficiente de correlación entre las calificaciones obtenidas en el HAQ (estado de salud) y los niveles de satisfacción, demostró una significancia estadística entre las variables de estudio: UAP - HAQ: $r = -0.16$, $p = 0.01$; MF - HAQ: $r = -0.17$ $p = 0.01$, UAP- MF= $r=0.37$ $p= 0.00$. (tabla no 9).

Finalmente un análisis multivariado de regresión logística demostró que hay asociación entre el estado de salud y la insatisfacción del médico familiar así como el tiempo de evolución (tabla 10), este análisis no demostró asociación entre la insatisfacción acerca de la atención de las unidades de medicina familiar ni los otros factores (nivel socioeconómico, retraso en el diagnóstico, presencia de factor reumatoide a títulos altos, manifestaciones extrarticulares y comorbilidad, así como el uso temprano de inductores de remisión) previamente reportados como impactantes en el estado de salud de pacientes con AR.

DISCUSION

Este estudio fué realizado con el fin de conocer la satisfacción que tienen las_pacientes, con Artritis Reumatoide (AR), en cuanto a la atención brindada por su MF y en sus UPNAI y valorar de que manera impactó en su estado de salud. (ES)

Nuestros resultados demuestran que las pacientes evaluadas tienen una importante afección del estado de salud, ya que tuvieron un HAQ promedio de 0.64, en otras poblaciones se han reportado calificaciones globales mucho menores.

Otro hallazgo importante es que un 30% de las pacientes se les diagnosticó en un período mayor a 1 año, está demostrado que un diagnóstico temprano de la AR es fundamental ya que se deben indicar drogas inductoras de remisión los primeros años de evolución, pues es uno de los factores pronósticos más importantes. En estos 61 pacientes el tiempo para llegar al diagnóstico fue de 1 hasta más de 10 años, así este factor influye en la afección del estado de salud que tienen nuestros pacientes. El papel del MF en el envío oportuno al especialista es fundamental, sobre todo desde la aparición de las primeras manifestaciones, ya que así se podrá incidir en mejorar el estado de salud de los pacientes.

Ya en el manejo subsecuente de parte del MF, es importante señalar que debe participar no solo en la distribución de medicamentos indicados por el especialista, sino en la vigilancia clínica global, incluyendo el control del estado general, nutrición, capacidad física y manejo de otras patologías asociadas. En nuestra población se encontró que la mitad tienen comorbilidad asociada, lo que exige un manejo estrecho de parte del MF, que de acuerdo a las respuestas específicas del cuestionario no siempre se lleva a cabo. Independientemente de la complejidad y severidad de la enfermedad, el proceso de atención médica es el otro factor que puede impactar en el estado de salud, en nuestro

estudio se intento evaluar parte del proceso de atención médica, a través de la percepción que el paciente tiene de ésta, específicamente de las UPNA y del MF, si bien solo es una evaluación parcial del complejo proceso de atención médica, consideramos que es fundamental, ya que de acuerdo a la estructura de la institución es con el MF con quien más interactúa el paciente, independientemente de tener o no una enfermedad que requiera de evaluación y manejo del especialista como es la AR.

Los pacientes reportaron en un 47.6% y un 42.4% tener una baja satisfacción de la atención recibida en su UPNA y del MF respectivamente. Aunque escasos ya hay estudios que han evaluado este mismo fenómeno en otros países; así nuestros resultados dan porcentajes de insatisfacción que son altos en comparación con los reportados, recientemente al medir la satisfacción de la atención médica recibida en más de 1000 pacientes nórdicas con AR, solo el 11% mencionó tener insatisfacción de la atención ⁽²²⁾ Al analizar las frecuencias de los factores que más insatisfacción motivan en los pacientes identificamos que son factores susceptibles de modificación y si impactan directamente en la atención, por ejemplo la falta de dotación de medicamentos en este padecimiento es fundamental, también la falta de envío a otros especialistas o servicios con que cuenta la institución y que son importantes en el manejo integral de los pacientes, así el identificar estos factores nos obliga a proponer medidas para modificarlos.

Hay otros factores que no dependen directamente del MF y estas deben también contemplarse para hacerlas susceptibles de modificación, como sería la eficacia de otros servicios: archivo clínico, trabajo social.

Limitaciones del Estudio

Si bien la atención que proporciona el MF a las pacientes con AR, impacta de forma directa sobre el estado de salud, en las instituciones del sector salud, la población que nuestros medicos atienden es demasiada para poder cubrir y proporcionar un mayor tiempo en la consulta, si bien la forma de la consulta depende directamente del MF, el

tiempo que dedica a ella y que fue uno de los factores de insatisfacción reportado con más frecuencia, depende de las políticas administrativas de la Unidad y obliga al MF a dar consultas no mayores a 10 minutos, así con nuestro estudio no es posible identificar en la insatisfacción reportada por las pacientes el peso real que tienen otros factores como sería la competencia clínica y calidad del MF, contra las políticas y otros factores administrativos de la institución.⁽²³⁾

Es importante mencionar que una importante limitación de este estudio es que solo se realizó una evaluación parcial del estado de salud, hubiera sido ideal evaluar con un instrumento específico para calidad de vida.

Expectativas del Estudio

Se pretende difundir esta información a distintos niveles, en primer lugar a los MF para que en conjunto con ellos se propongan actividades dirigidas a mejorar la atención específica de los mismos, con el objetivo final de mejorar la relación médico paciente y por ende la satisfacción e impactar en el estado de salud de nuestras pacientes.

Algunas propuestas específicas serían: que se imparta una adecuada capacitación para el manejo específico de esta patología, difundir los resultados de este estudio para que se conozca sobre la importancia del manejo de la AR en el primer año de evolución, así también que se establezca mayor calidad en la atención médica y que haya mayor comunicación entre los médicos especialistas del primero y segundo nivel respectivamente. Se han propuesto ya por otro lado con los directivos y administrativos de quienes dependen las políticas en la atención en UAPN : que se aumente el número de médicos especialistas para poder cubrir a la población a la que se atiende, así mismo aumentar el tiempo de consulta para poder mejorar la calidad de la misma, y establecer adiestramiento a todo el personal principalmente en archivo para manejo práctico de expedientes y que este incluya un sistema de cómputo, y abastecer en todo momento el suministro de medicamentos, los cuales deben ser de excepcional calidad

Satisfacción de la atención de Primer Nivel en Artritis Reumatoide.

Finalmente todo paciente con AR debe saber que su enfermedad requiere un tratamiento específico, el cual abarca desde el manejo médico, quirúrgico en algunas ocasiones, psicológico y físico, por lo cual debe saber que su patología en primer lugar requiere de cooperación personal para tener una mejor evolución, por lo tanto es importante señalar que no solo depende del MF y el reumatólogo, ni tampoco de la UPNA, sino que la enfermedad es del paciente y es él quien debe ayudar para evitar un estado de limitación físico y mental, hacer conciencia en todo momento sobre su patología de base y saber las limitaciones que tiene la institución al proporcionarle manejo para la misma.⁽²³⁾

Cuadro No. 1

Efectos Colaterales de Inductores de Remisión

Sales de oro (IM VO)	Rash, proteinuria, citopenia, aplasia medular, diarrea
D-Penicilamina (VO)	Rash, citopenia, proteinuria, Miastenia Gravis, LES*, Síndrome de Goodpasture.
Sulfasalazina (VO)	Rash, citopenia, manifestaciones neurológicas, aumento en las transaminasas.
Hidroxicloroquina o Cloroquina (VO)	Retinopatía, alteraciones cutáneas, citopenia, neuropatías.
Metotrexate (VO)	Citopenia, alteraciones gastrointestinales, náusea, elevación de transaminasas, hepatotoxicidad.

LES = Lupus Eritematoso Sistémico

IM= Intramuscular

VO = Vía Oral

IDR = Inductor de Remisión.

Tabla No. 1

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA POBLACION

		Frec	Porcentaje
EDAD ($\bar{x} \pm DE$)	51.1 \pm 13.5		
SEXO	Masculino	25	12%
	Femenino	185	88%
Estado Civil	Casados	123	58%
	Solteros	49	23%
	Viudos	22	10%
	Union Libre	2	1%
	Divorciados	6	1%
	Otros	8	3.8%
INSE(\bar{x})	--	10	5.7%

\bar{x} = Promedio

DE= Desviación Estándar

Frec= Frecuencia

Tabla No. 2

CARACTERISTICAS DE LA AR EN LA POBLACION ESTUDIADA

		$\bar{x} \pm DE$	Frec	Porcentaje
T. EV		10.7 ± 8.9	-	-
T DX		9.7 ± 8.6	-	-
ING HGR		7.8 ± 7.1	-	-
AHF		-	55	26.2%
MExt	Nodulos		123	58.6%
	SS		6	2.9%
	MC		6	2.9%
	SAA		9	4.3%
F R (UI)	{ $\bar{x} \pm DE$ }	146 ± 288	-	-
	Positivo		191	91%
INSE()	Negativo		19	9%

T. Ev.= Tiempo de Evolución TDX=Tempo de Diagnostico

AHF=Antecedentes Heredofamiliares

MExt= Manifestaciones Extrarticulares, SS= Sx Sjögren

MC=Manifestaciones Cutaneas SAA=Subluxación Atlanto Axoidea

FR= Factor Reumatoide

Tabla No. 3

CAMBIOS RADIOLOGICOS

Radiología (Frec.)	Frecuencia	Porcentaje
Grado I	66	31.4%
Grado II	84	40.0%
Grado III	47	22.4%
Grado IV	13	6.2%

Frec = Frecuencia

Tabla No. 4

ENFERMEDADES ASOCIADAS

	Frecuencia	Porcentaje
Hipertensión Arterial	17	8.1%
Úlceras	4	1.9%
Gastrointestinales	14	6.7%
Renales	1	0.5%
Diabetes Mellitus	1	0.5%
Lumbalgia	2	1.0%
Alérgicos	3	1.4%
Otros	19	9.0%

Tabla No. 5

HISTORIA DE TRATAMIENTO

Previo General	Frecuencia	Porcentaje
Sin IDR	12	5.7%
Con IDR	124	59.0%
> 2 IDR	71	33.8%
Tratamiento Esteroideo	3	1.4%

IDR= Inductor de remisión

Tabla No. 6

TRATAMIENTO ACTUAL

Tratamiento Actual General	Frecuencia	Porcentaje
Con 1 IDR	101	48.1%
>2 IDR	87	41.4%
IDR + Esteroide	7	3.3%
IDR + AINE	8	3.8%
Sin Tratamiento	1	0.5%
Solo AINE	6	2.9%

IDR= Inductor de remisión AINE= antiinflamatorio no esteroideo

Tabla No. 7

FACTORES DE INSATISFACCION

Pregunta	Si es cierto		No es cierto		No sé	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
❖ En el servicio de urgencias casi siempre me atienden rápidamente.	75	35.7%	76	36.2%	49	23.3%
❖ Casi siempre la farmacia de mi unidad me da todos los medicamentos.	107	51%	96	47.5%	7	45.7%
❖ El médico familiar que me atiende es indiferente a mis problemas.	54	25.7%	142	67.6%	14	6.75%
❖ Mi médico familiar casi nunca me entiende cuando le explico mis síntomas.	48	22.9%	155	73.8%	7	3.3%
❖ Mi médico no resuelve mis problemas de salud.	87	41.4%	115	54.8%	7	3.3%
❖ Con frecuencia tengo que hacer de mensajero para realizar trámites.	78	37.8%	121	57.6%	9	4.3%
❖ La consulta que me da mi médico casi siempre es muy rápida.	97	46.2%	103	49.0%	9	4.3%
❖ Mi MF no escucha mis molestias.	59	28.1%	147	70%	4	1.9%
❖ El dentista me trata con amabilidad.	46	21.9%	13	6.25	126	60.0%
❖ El tiempo que me tardan para cobrar una incapacidad es demasiado.	30	14.35	41	19.55	116	55.25
❖ El tiempo que espero para recibir consulta es demasiado.	125	59.5%	78	37.15%	5	2.4%
❖ Casi siempre pierdo mucho tiempo en el archivo.	63	30%	94	44.8%	52	24.8%
❖ La asistente médica me orienta sin que se lo pida	109	51.95	68	32.4%	24	11.45
❖ Mi MF me ha enviado a dietología.	56	26.75	140	66.7%	12	5.7%
❖ Mi MF me ha enviado a trabajo social	23	11 0%	169	80 5%	12	5.7%
❖ Mi MF me ha enviado a grupos de apoyo.	17	8 1%	177	84.3%	12	5.7%
❖ Mi MF me ha enviado a Medicina Física y Rehabilitación.	55	26 2%	144	68 6%	8	3.8%

MF = Medico Familiar

Frec = Frecuencia

Tabla No 8

NIVELES DE SATISFACCIÓN Y ESTADO DE SALUD

SATISFACCIÓN	HAQ	N (porcentaje)	\bar{x}	DE
UPNA (ppp)			23.6	7.67
MF(ppp)			13.0	3.6
Baja satisfacción UPNA	.70 ± .69	89 (42.4%)		
Buena satisfacción UPNA	.59 ± .61	121 (57.6%)		
Baja satisfacción MF	.73 ± .73	100 (47.6%)		
Buena satisfacción MF	.55 ± .55	110 (52.4%)		

UPNA= Unidades de primer nivel de atención, MF= Médico Familiar, ppp= puntos positivos promedio

Tabla No. 9

COEFICIENTES DE CORRELACION

Correlación de Pearson	r	p
HAQ – SUPNA	-0.16	0.01*
HAQ – SMF	-0.17	0.01*
SUPNA-SMF	0.37	0.00*

HAQ= Cuestionario de estado de salud. SUPNA= Satisfacción de la atención en unidades de primer nivel de atención. SMF= Satisfacción de la atención del Médico Familiar

* Correlación Significativa < 0.05.

Tabla No.10

ANÁLISIS DE REGRESIÓN LOGÍSTICA

	Beta	Sig
INSE	-0.030	0.69
SUPNA	-0.21	0.82
SMF	-2.27	0.02
FR	1.37	0.17
T.EVOL	3.23	0.001

INSE= Índice de nivel socioeconómico SUPNA= Satisfacción de las Unidades de Primer Nivel de Atención, SMF= Satisfacción de la atención del médico familiar, FR= Factor Reumatoide, TEVOL= Tiempo de evolución

BIBLIOGRAFÍA

1. Glazier R, Dalby D, Badley E, Hawker G, Bell M, Buchbinder Determinants of physician confidence in primary care management of musculoskeletal disorders. *J Rheumatol.* 1996; 23:351-6.
2. Bjelle A, Mägi M. Rheumatic disorders in primary care. *Scand J. Rheumatol* 1981, 10:331-341.
3. Goronzy J, Anderson. Rheumatoid Arthritis in: Primer on the rheumatic diseases. Arthritis Foundation 1997. 11 Ed U.S.A.
4. Arnett FC, Edworthy SM, Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatic arthritis. *Arthritis Rheum* 1988, 31: 315-324.
5. Pinals RS, Masi AT, Larsen RA, et al Preliminary criteria for clinical remission in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1981 24:1308-1315
6. Pincus T, Breedveld FC, Emery P Does partial control of inflammation prevent long-term joint damage? Clinical rationale for combination therapy with multiple disease-modifying antirheumatic drugs *Clinical and Experimental Rheumatology* 1999, 17, (suppl18):S2-S7

7. Choy E., Panayi G, Mechanisms of action of second-line agents and choice of drugs in combination therapy. *Clinical and Experimental Rheumatology* 1999, 17,(suppl18):S20-S28
8. Weinblatt M. The role of current strategies in the future treatment rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 1999, 38.(suppl, 2): 19- 23.
9. Borigini M, Paulus HE, Rheumatoid Arthritis. En: Weisman MH, Weinblatt ME, Louie James editors. *Treatment of Rheumatic Diseases* 2o. Ed. Philadelphia USA, WB Saunders Company, 2001, P: 217-235
10. Schumacher, Klippel J, Koopman W. *Primer on the Rheumatic Diseases*, 10a. Edition. Atlanta. Arthritis Foundation, 1993, p: 90-95.
11. Pollemans MC, Gorter SL, Rethans JJ, vander Linden S, Grol R. Various opinions of family physicians and rheumatologists about the manegement of patients with rheumatoid arthritis. *Nederlandsn Tijdschrift voor Geneeskunde*. 1996, 140. 2040-4 (English abstract)
- 12 Glazoer RH, Dalby DM, Badley EM, Hawker GA, Bell MJ, Buchbinder R, Lineker SC. Management of the early and late presentations of rheumatoid arthritis: a survey of Ontario primary care. *CMAJ*. 1996, 155 (6): 679-87
13. Gamez Nava J, González L, Belzeck E, Davis P, Suárez Almozor ME. Certeza en el diagnóstico de Enfermedades Reumáticas por el Medico de primer nivel. *Revista Mexicana de Reumatología* 1998, 13:70.

- 14 Macias C, Robles A, Viniestra L. Competencia Clínica en temas de reumatología en los médicos de primer contacto. Revista Mexicana de Reumatología 1998, suppl 13:5
15. Hazes J, Cats A. Management of RA end stage and complications. En : Kippel J, Dieppe P. Editores. Rheumatology 2ª. Ed. London UK, Mosby International 1998. p:5, 15.1
16. . Hochberg. M, Rowland.W, et al: The American College of Rheumatology 1991. Revised Criteria for the Classification of Global Functional Status in Rheumatoid Arthritis. Arthritis and Rheumatism 1992, 35: 498-502.
17. Cardiel M, Abello M, Banfi R , Ruiz Mercado R, Alarcón D. How to measure health status in rheumatoid arthritis in non spanish speaking patients. Validation of a Spanish version of the Health Assessment Questionnaire Disability Index Spanish HAQ-DI. Clinical and Experimental Rheumatology 1993 11 117-121.
18. Morales J, et al Introducción a la Reumatología. 2a. edición. México, Inter-sistemas SA de CV, 1997, p 119-140.
19. García C, Hernández B, Anzures R, Reyes S. Development and validation of an inventory to measure satisfaction of users of family medicine clinics in Mexico. Psychological Reports 1999,84.677-685
20. Morales F. García C. Satisfacción de los usuarios en Unidades del primer nivel de atención médica. Archivos de Investigación Clínica 1997; 35 (2) 139-143.
21. Bronfman M. Guicafre H Castro V La medición de la desigualdad Una

estrategia metodológica .Análisis de las características socioeconómicas de la muestra.

Arch Inves. Med. 1988,19:351-60 .

22. Brekke Mette, Hjorthdahl P, Kvien T. Involvement and satisfaction: a Norwegian Study of health care among 1,024 patients with rheumatoid arthritis and 1,509 patients with chronic noninflammatory musculoskeletal pain. Arthritis Care Research 2001, 45::8-15.

23. García C, Reyes I, Reyes S, Villa S, Libreros V, Muñoz O. Development and validation of an inventory for measuring job satisfaction among family physicians. Psychological Reports. 1996, 79:291-301.

24. Beutew S. The scope for the involvement of patients in their consultations with health professionals: rights, responsibilities and preferences of patients. J. Med ethics 1998; 24:243-247.

ANEXOS

ANEXO 1

VARIABLES DEL ESTUDIO

VARIABLE DEPENDIENTE: Estado de Salud

Definición Conceptual.- Situación específica para valorar el nivel biopsicosocial de un individuo.

Definición Operativa.- Se evaluará con instrumentos como el Health Assessment Questionnaire (HAQ).

Escala de razón.

VARIABLES INDEPENDIENTES:

Percepción de la atención médica en unidad de primer nivel

Definición Conceptual.- Grado en que los servicios de salud sean compatibles a los individuos y a las poblaciones, tomando en cuenta conocimientos actuales de los profesionales.

Definición Operativa.- Se evaluará con los instrumentos del cuestionario que valora las unidades de atención de primer nivel de atención (8).

Escala Ordinal.

Percepción de la atención del Médico Familiar.

Definición Conceptual.- Aprender la realidad en la aplicación de los conocimientos médicos, de forma directa en el paciente y sus familiares.

Definición Operativa - Se evaluará el apartado referente al Médico Familiar contenido en el cuestionario de Unidades de Primer Nivel de Atención y se anexarán algunas preguntas específicas

Escala Ordinal

Edad

Definición Conceptual.- Tiempo transcurrido desde el nacimiento o duración de la vida.

Definición Operativa.- Se registrará el número de años cumplidos.

Escala de intervalo.

Sexo.

Definición Conceptual.- Condición orgánica que distingue el hombre de la mujer.

Definición Operativa.- Se valorará a individuos del sexo femenino y masculino.

Escala Nominal

Escolaridad.

Definición Conceptual.- Duración de los estudios en un centro docente.

Definición Operativa.- Se compone de los siguientes grupos:

Primaria	:	0 a 6	-	baja
Secundaria	:	0 a 9	-	regular
Preparatoria y/o técnica	:	12	-	bueno
Profesional	.	mayor a 12	-	bueno

Escala Ordinal

Ocupación.

Definición Conceptual.- Acción y efecto de emplear tiempo en una cosa.

Definición Operativa.- Se registrará el empleo como tal : amas de casa , pensionados , empleados públicos , propiedad privada y desempleados por padecimiento actual.

Escala nominal

Estado Civil

Definición Conceptual.- Condición de cada individuo en relación con los derechos y obligaciones civiles

Definición Operativa.- se registrara el estado civil actual con el siguiente puntaje

Soltera = 1 , Casada = 2 , Viuda = 3 , Union Libre = 4 , Divorciada = 5 , Otros = 6

Satisfacción de la atención de Primer Nivel en Artritis Reumatoide.

Escala de razón.

Nivel Socioeconómico.

Definición Conceptual.- Instrumento para averiguar el nivel de posibilidades en una persona.

Definición Operativa.- Se registrará calificación obtenida en INSE (anexo 1)

Escala de razón

Tiempo de Evolución.

Definición Conceptual.- Curso de una enfermedad.

Definición Operativa.- Rango medible desde la aparición sintomática de la enfermedad, hasta la última valoración médica.

Escala de intervalo.

Tiempo de Diagnóstico.

Definición Conceptual.- Periodo que comprende el conocimiento en la determinación de una enfermedad por los síntomas.

Definición Operativa.- Se registrará fecha en que se establece el diagnóstico de Artritis Reumatoide sobre la base de criterios de ACR. (6)

Escala de intervalo.

Presencia de Factor Reumatoide.

Definición Conceptual.- Inmunoglobulina, habitualmente IgM o IgG, con especificidad por un determinante en la fracción Fc de la IgG

Definición Operativa.- Todas las mujeres con determinación de inmunoglobulina positiva.

Escala de razón.

Presencia de Manifestaciones Extraarticulares.

Definición Conceptual.- Situación multisistémica con inflamación no aparente en articulaciones, con afección en órganos tales como corazón, ojo, nervios periféricos y vasos

Satisfacción de la atención de Primer Nivel en Artritis Reumatoide.

Definición Operativa.- Aquellas pacientes con presencia de nódulos reumatoides, síntomas hematológicos, pleuropulmonares, cardiovasculares, oftalmológicos y neurológicos.

Escala nominal.

Historia de Tratamiento.

Definición Conceptual.- Tiempo en el que se utiliza un conjunto de medios empleados para la curación de una enfermedad.

Definición Operativa.- Uso de analgésicos, antiinflamatorios no esteroideos, inductores de remisión y la combinación de varios.

Escala de intervalo.

ANEXO 2

ENCUESTA PARA EVALUAR LA CALIDAD DE ATENCIÓN
DEL MEDICO FAMILIAR A LOS PACIENTES CON
ARTRITIS REUMATOIDE

ESTIMADO PACIENTE:

Esta encuesta se ha realizado para valorar la calidad de atención que usted recibe por parte de su médico familiar, la cual nos servirá para realizar una evaluación y determinar de que manera afecta su enfermedad articular.

Gracias por su participación

ATENTAMENTE

Dra. Claudia Alicia Jaramillo Quintero

Dra. Maria Victoria Goycochea Robles

Abril 2000

NOMBRE _____

Domicilio _____

Este cuestionario tiene como finalidad conocer su opinión acerca de la atención que le brinda su médico familiar así mismo de la atención que presta su Unidad Familiar, agradeciendo responder con la mayor sinceridad ya que la información obtenida será de gran utilidad para todos

Las preguntas serán contestadas con si es cierto, no es cierto y no sé y/o no hay, debe marcar la opción que considere oportuna en cada fase, por ejemplo

Mi Unidad de medicina Familiar esta cerca de mi casa

Si es cierto () No es cierto (X) No sé () No hay ()

CUESTIONARIO

1. Los baños de mi unidad de medicina familiar están sucios.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

2. Mi médico familiar siempre me da una explicación de la exploración que me va a efectuar.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

3. El médico familiar siempre me habla con palabras que no entiendo.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

4. En el servicio de urgencias casi siempre me atienden rápidamente.

Si es cierto () No es cierto () No sé () No hay ()

5. Me molesta que en mi unidad de medicina familiar me cambian de médico a cada rato.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

6. Casi siempre la farmacia de mi unidad de medicina familiar me da todos los medicamentos recetados por mi médico familiar.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

7. Mi médico familiar respeta mi pudor cuando me revisa.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

8. El médico familiar que me atiende es indiferente a mis problemas

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

Satisfacción de la atención de Primer Nivel en Artritis Reumatoide.

9 Mi médico familiar casi nunca me entiende cuando le explico mis síntomas.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

10. Mi médico familiar es muy amable.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

11. Me parece que el personal de farmacia casi siempre es amable.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

12. En mi unidad de medicina familiar es fácil obtener una cita con mi médico familiar.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

13. Mi médico no resuelve mis problemas de salud.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

14. Creo que en mi unidad de medicina familiar el clima es agradable.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

15. Con frecuencia tengo que hacer de mensajero para la realización de mis trámites.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

16. El médico familiar sólo me da la receta sin explicarme lo que tengo que hacer.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

17. Casi siempre el personal de archivo es grosero.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

Satisfacción de la atención de Primer Nivel en Artritis Reumatoide.

18. Creo que mi médico familiar con frecuencia se equivoca en el diagnóstico.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

19. Si pudiera cambiaría de médico.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

20. La consulta que me da mi médico familiar casi siempre es muy rápida.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

21. Mi médico familiar no escucha mis molestias.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

22. El dentista me trata con amabilidad.

Si es cierto () No es cierto () No sé () No hay ()

23. Habitualmente la asistente de mi consultorio cumple bien con su trabajo.

Si es cierto () No es cierto () No sé () No hay ()

24. El tiempo que me tardan para que pueda cobrar una incapacidad es demasiado.

Si es cierto () No es cierto () No sé () No hay ()

25. Los medicamentos prescritos por mi médico familiar disminuyen mis molestias

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

26. A las enfermeras de curaciones casi siempre les falta el material necesario para curarme.

Si es cierto () No es cierto () No sé () No hay ()

27. El personal de laboratorio es amable.

Si es cierto () No es cierto () No sé () No hay ()

28. El tiempo que espero para recibir consulta en mi unidad me parece muy largo.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

29. Creo que mi unidad de medicina familiar casi siempre está limpia.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

30. Frecuentemente el archivo suspende el servicio.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

31. La asistencia médica casi siempre me trata mal.

Si es cierto () No es cierto () No sé () No hay ()

32. Habitualmente mi médico familiar revisa bien a toda mi familia.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

33. El personal de laboratorio casi siempre me da la información suficiente para la toma de análisis.

Si es cierto () No es cierto () No sé () No hay ()

34. Mi unidad de medicina familiar está bien ventilada.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

35. Casi siempre pierdo mucho tiempo en el archivo

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

36. La asistencia médica siempre me orienta sin necesidad de que yo se lo pida.

Si es cierto () No es cierto () No sé () No hay ()

37. Con frecuencia me niegan indebidamente el servicio médico, diciendo que no estoy vigente.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

38. Habitualmente la trabajadora social se desentiende de mi problema.

Si es cierto () No es cierto () No sé () No hay ()

39. Mi Médico Familiar continua siempre las indicaciones que le envía el especialista

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

40. Mi Médico Familiar ingresa a su expediente la hoja informativa que le envía el Reumatólogo.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

41. Mi Médico Familiar me ha enviado a dietología.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

42. Mi Médico Familiar me ha enviado a trabajo social.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

43. Mi Médico Familiar me ha enviado a grupos de apoyo

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

Satisfacción de la atención de Primer Nivel en Artritis Reumatoide.

44. Mi Médico Familiar me ha enviado a Medicina Física y Rehabilitación.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

45. Mi Médico Familiar me atiende por otros problemas de salud además de su
Artritis Reumatoide.

Si es cierto () No es cierto () No sé ()

ANEXO 3

CUESTIONARIO PARA LA VALORACIÓN DE
LA MOVILIDAD ARTICULAR

Marque con una X la opción que mejor describa la situación actual de usted.

ACTIVIDAD	¿PUEDE EL PACIENTE	SIN DIFICUL TAD	CON DIFICUL TAD	CON AYUDA	NO PUEDE
1 Vestirse y arreglarse	sacar la ropa del closet, ropero y cajones?				
	vestirse solo inclusive abotonarse y usas cierre?				
	lavarse el cabello?				
2. Levantarse	levantarse de una silla recta sin apoyarse con los brazos?				
3 Comer	cortar la carne?				
	llevarse a la boca un vaso con líquido?				
4. Caminar	caminar en terreno plano?				
5. Higiene	lavar y secar todo su cuerpo?				
	abrir y cerrar las llaves del agua?				
6. Alcance	sentarse y levantarse de la taza?				
	peinarse?				
7. Agarre	alcanzar y bajar una bolsa de 2 kg. que esté por arriba de su cabeza?				
	abrir las puertas de un carro?				
	destapar un frasco de rosca no muy apretada?				
8. Actividad	escribir?				
	manejar un carro o coser en una máquina de pedales?				
9. Sexo	no puede por causas ajenas a su artritis —				
	salir de compras?				
	Tener relaciones sexuales? (no tiene pareja) —	sin ninguna dificultad	algo molesto	muy incómodo o limitado	le es imposible

ANEXO 4

INDICE DE NIVEL SOCIOECONOMICO

INSE/ARJ

En las siguientes preguntas anote su respuesta en el espacio correspondiente, o marque con una cruz en el paréntesis adecuado.

1. Anote el numero de personas que vive en su casa: ()
- 2 Anote el numero de cuartos que hay en su casa: ()
3. De que material es la mayor parte del piso de los cuartos de su casa
 - Tierra = 0 ()
 - Cemento = 1 ()
 - Recubrimiento (alfombra, mosaico, etc.) ()
4. El agua potable que se usa en su casa la obtienen de:
 - Hidratante público (llave de agua pública) = 0 ()
 - Llave de agua dentro del vecindario o terreno = 1 ()
 - Llave de agua dentro de su casa = 2 ()
5. El excusado de su casa tiene drenaje:
 - SI = 2 ()
 - NO = 0 ()
6. Hasta que año escolar curso el jefe de familia:
 - Hasta tercero de primaria o menos ()
 - De cuarto a sexto de primaria ()
 - Preparatoria o carrera técnica ()
 - Profesional ()
 - Calificación parcial obtenida ()
 - Calificación global obtenida ()