



11226
PENSIONES CIVILES
DEL ESTADO

14/
2 ej.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

"OSTEOARTRITIS DEGENERATIVA,
UN DIAGNÓSTICO DUDOSO EN USUARIOS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO."
CHIHUAHUA, CHIH., 1998.

TESIS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSÉ CONCEPCIÓN BALDERRAMA DÍAZ

CHIHUAHUA, CHIH., 1998.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2007 71



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.

**"OSTEOARTRITIS DEGENERATIVA,
UN DIAGNÓSTICO DUDOSO EN USUARIOS
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA"**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,
PRESENTA:**

DR. JOSÉ CONCEPCIÓN BALDERRAMA DÍAZ

ASESORES:

DR. MANUEL ACOSTA ARMENDÁRIZ

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MÉDICOS GENERALES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA.
CHIHUAHUA, CHH.

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES

PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR DE LA
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO.

**AUTORIZACIONES DE PENSIONES CIVILES
DEL ESTADO DE CHIHUAHUA**

LIC. MIGUEL ETZEL MALDONADO

DIRECTOR GENERAL DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO

DR. RENE NÚÑEZ BAUTISTA

DIRECTOR MÉDICO DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO

**“OSTEOARTRITIS DEGENERATIVA,
UN DIAGNÓSTICO DUDOSO EN USUARIOS DE PENSIONES
CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA”**

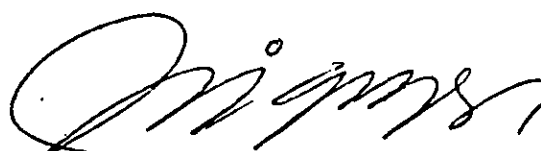
**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR,
PRESENTA:**

DR. JOSÉ CONCEPCIÓN BALDERRAMA DÍAZ


AUTORIZACIONES:



DRA. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ISAIÁS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

INDICE

	Pág
I. INTRODUCCIÓN.....	5
II. MARCO TEORICO.....	7
Cuadro Clínico.....	16
Clasificación de la Osteoartritis.....	17
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	19
IV. JUSTIFICACION.....	21
V. OBJETIVOS.....	24
VI. METODOLOGIA.....	26
VII. RESULTADOS.....	29
VIII. DISCUSIONES.....	31
IX. CONCLUSIONES.....	33
X. BIBLIOGRAFIA.....	35
XI. ANEXOS.....	39

INTRODUCCIÓN

En este estudio se presentan criterios diagnósticos, además de esquemas de tratamiento, así como de evolución, de la osteoartritis degenerativa que son aplicados en Pensiones Cíviles del Estado. Esta información será de utilidad para los médicos familiares y médicos de primer nivel.

Se ha observado que los diagnósticos de osteoartritis degenerativa se pueden poner en tela de duda, pues en ocasiones no están completos los estudios de laboratorio y se realiza el diagnóstico, y en otras ocasiones faltan radiografías de las partes afectadas, y por último, el cuadro clínico no corresponde al probable diagnóstico.

Además, en este instituto de salud no existen familias cautivas por un mismo médico familiar, sino que los usuarios escogen al médico por azar o porque tiene cupo libre en ese día. Por lo anterior, al parecer no existe un criterio uniforme para una misma enfermedad, o de tratamiento, pues en ocasiones se cambia el diagnóstico o el tratamiento, por lo que no hay continuidad del trabajo iniciado por un médico "equis". Por lo que es indispensable tener un asignamiento de las familias, para que estén cautivas con un solo médico, y así se evite una gran cantidad de recursos, los cuales pueden ser aprovechados en otras instancias. Por lo que las autoridades tienen que presionar a los sindicatos para la asignación de las familias.

MARCO TEÓRICO

La Osteoartritis degenerativa es una enfermedad articular caracterizada por la degeneración progresiva del cartílago, sin manera de reparación del mismo.

Este es un problema actual que afecta a la mayor parte de la población de más de 35 años, siendo ésta una consecuencia de la disminución de la calidad de vida, y es un gran problema de salud y para la economía del país, con prevalencia por la gran cantidad de incapacidades que genera en los grupos de población activa.

La osteoartritis degenerativa por lo general no se presenta sola, se asocia con enfermedades concomitantes que pueden aumentar el riesgo de complicación, ocasionadas por fármacos y que limitan las alternativas terapéuticas.

La osteoartritis es la enfermedad más común del esqueleto axial y periférico, caracterizada por cambios histopatológicos en el cartílago articular, con deterioro o pérdida progresiva de éste. Las articulaciones más afectadas son: las interfalángicas distales y proximales en las manos, la primera articulación metacarpofalángica, rodillas, la articulación coxofemoral, las cervicales y lumbares.

La osteoartritis degenerativa puede ser monoarticular presentándose en forma brusca con dolor, flogosis articular.

El diagnóstico de osteoartritis degenerativa depende de varios factores incluyendo: articulaciones afectadas, características del cuadro químico, edad.

Para diagnosticar adecuadamente una osteoartritis degenerativa es necesario realizar historia clínica completa, estudios de laboratorio y gabinete.

La Osteoartritis Degenerativa ha sido ampliamente estudiada en artículos que revisan la calidad y el contenido de los artículos originados en Latinoamérica y México, y son los que han realizado estudios científicos sobre la O.A.D., durante los años de 1980 y 1990, realizándose en México 9 artículos y 20 en países diversos de Latinoamérica, específicamente son 7 países.

En estos estudios el tema más abordado fue el de tratamiento con AINE's, en un 52%, seguido con el tema de calidad en los servicios de salud con un 25%, luego "otros tratamientos", con un 12%; y otros con 10% cuyo tema fue de epidemiología.

El diseño metodológico, el más usado fue la serie de casos con un 25%, un segundo lugar fueron las "editoriales" con un 17%, y las encuestas en un 17%, con un 17% los ensayos clínicos controlados, y las monografías con un 10%. (1).

La Osteoartritis Articular Degenerativa es la enfermedad más común del esqueleto axial y de las articulaciones diartrodiales, presentados en el ser humano, la cual está caracterizada por cambios histopatológicos, caracterizados por cambios de grosor del cartílago articular y deterioro del mismo. (2).

Se ha observado que existe una penetrancia a nivel genético, la penetrancia es de tipo familiar, particularmente en la osteoartritis degenerativa de la mano, observándose mutación del Gen COL₂A1, el cual codifica el grosor del cartílago articular.

En 1984 se formuló una hipótesis, la cual se refería que existía una mutación del gen de la colágena. El gen COL₂A1 mutante, al parecer causa alteraciones biológicas mínimas en la función de la colágena tipo II.

En 1989 se descubrió un pedigree en Finlandia, el cual presentaba una penetrancia autosómica dominante de la enfermedad, este gen se localizó en los descendientes de los pacientes originales, se encontró una sustitución de la arginina por la cisteína en residuo 519 de la parte de la hélice, que es el gen que codifica la colágena tipo II. (3).

Los mecanismos responsables en los cambios irreversibles de las articulaciones presentes en enfermedades como la artritis reumatoide o la osteoartritis articular degenerativa, presentando una inflamación de la sinovia, siendo la causa principal los factores solubles de la reacción inflamatoria, y que estos últimos causan la degradación del cartílago articular. La cantidad de la fibrosis de la sinovial fue inversamente proporcional a la extensión del infiltrado celular, principalmente el de los pacientes que tenían diagnóstico de una osteoartritis articular degenerativa, pero que fueron tratados con antiinflamatorios no esteroideos. (4).

El cartílago articular de los adultos es igual en sus características histológicas y bioquímicas a los condrocitos articulares fetales, sintetizando colágena (II, IX, XI, y VI). Los condrocitos articulares responden a la degeneración del cartílago, produciendo cantidades aumentadas de proteoglicanos y colágena tipo II. Esto sugiere la estabilidad de los condrocitos en su fenotipo. Algunos

investigadores han encontrado en las capas superficiales del cartílago articular en la osteoartritis articular degenerativa, anticuerpos contra la colágena tipo II y III.

En estudios bioquímicos del cartílago articular, se demostró que en más del 95% de la colágena era tipo II en el cartílago normal, mientras que en el fibrocartílago se encuentran cantidades anormales de colágena tipo I. En este estudio se encontró la aparición de colágena tipo X, pero en una localización en forma focalizada, presentes en pacientes con osteoartritis. (5).

Para la clasificación de criterios diagnósticos de osteoartritis articular degenerativa de la mano, existen los siguientes criterios: son 10 articulaciones seleccionadas y son las interfalángicas distales, la segunda y tercera. Las interfalángicas proximales y son también la segunda y la tercera articulación antes mencionadas, y las primeras carpometacarpianas de ambas manos. Los otros criterios son artralías, rigidez de manos y tres o cuatro de los siguientes criterios:

- a) Aumento de tejido duro en 2 o más de las 10 articulares antes seleccionadas.
 - b) Aumento de tejido duro en 2 o más de las interfalángicas distales.
 - c) Menos de 3 articulaciones metacarpofalángicas inflamadas.
 - d) Deformidad de por lo menos una de las 10 articulaciones seleccionadas.
- (6).

En la Osteoartritis articular degenerativa de la cadera, tiene varios criterios como los radiológicos y clínicos, los clínicos con dolor de la cadera, y por lo menos de 2 de los siguientes criterios expuestos a continuación:

- a) Eritrosedimentación de menos de 20 mm/hr.

- b) Osteofitos acetabulares femorales.
- c) Reducción del espacio articular (medial, superior y/o interno). (7).

Y los criterios diagnósticos para la Osteoartritis de la rodilla en la cual la artropatía es idiopática, no secundaria y los criterios son clínicos y de laboratorio, son por lo menos 5 de 10 de los siguientes criterios:

- 1) Dolor articular.
- 2) Crecimiento óseo.
- 3) Edad menos de 50 años.
- 4) Rigidez de menos de 30 minutos.
- 5) Crepitación ósea.
- 6) Dolor articular.
- 7) Calor no palpable.
- 8) Velocidad de sedimentación globular de menos de 40 mm/hr.
- 9) Factor reumatoide de menos de 1:40.
- 10) Líquido sinovial que las características para la osteoartritis es de tipo claro, viscoso y menos de 2,000 leucocitos / mm³. (8).

Los hallazgos radiológicos son: pérdida progresiva del cartílago articular, disminución del espacio articular, ocasionalmente derrames sinoviales, esclerosis subcondral, osteofitos marginales y quistes subcondrales. (9).

Los criterios actuales indican que el ejercicio y la pérdida de peso desempeñan una función muy importante en el tratamiento de esta enfermedad potencialmente grave. Un estudio diagnóstico detallado, aunque costoso,

descartará otros padecimientos y seleccionará a los pacientes elegibles para tratamiento farmacológico, quirúrgico u otros procedimientos (10).

En Cuba se realizó un estudio con 126 pacientes con osteoartritis de rodilla, diagnosticados en un hospital de ortopedia y traumatología, a los que se les realizaron infiltraciones intraarticulares con oxono una vez por semana como único tratamiento, y se observó una mejoría clínica subjetiva del 81.7 por ciento, con un promedio de 4 infiltraciones para resolver los problemas y con ausencia total de complicaciones. (11).

La erosión del cartílago articular en la osteoartritis es probablemente mediado por una degradación proteolítica, por unas macromoléculas de la matriz extracelular. Las metaloproteasas se cree que son el sistema enzimático primario involucrado en el metabolismo articular. Los niveles de metaloproteasas en sus dos estados, la activa e inactiva, son los que producen el daño del cartílago. Se cree que la interleucina es el más importante inductor de las metaloproteasas, aunque este mecanismo no está del todo bien delucidado. (12).

Las tetraciclinas inhiben la actividad de las metaloproteasas, y al parecer su efecto se debe a la quelación del zinc y/o calcio, que mantiene la conformación estructural y actividad hidrolítica de las metaloproteasas. La doxiciclina inhibe la actividad de la gelatinasa purificada a nivel renal. La administración de doxiciclina disminuye la destrucción del modelo canino de O.A.D. inducida experimentalmente.

En el estudio de Framingham de Osteoartritis, un tercio de los pacientes después de los 60 años tenían evidencia radiológica de osteoartritis de rodilla. El

tratamiento involucra drogas con actividad analgésica y antiinflamatoria. El dolor puede ser por elevación periosteal, fracturas trabeculares, y una distensión capsular, pero también una inflamación sinovial puede estar involucrada. El naproxen produce mayor alivio sintomático que el acetaminofén, pero en el periodo largo, ambos tratamientos fueron igualmente efectivos para aliviar la sintomatología. (13).

El curso de la osteoartritis de la mano permanece desconocido. Se desconoce el curso longitudinal de la O.A.D. de la mano a pesar de haberse presentado varios estudios al respecto. Las personas de mayor edad tiene mayor riesgo de padecer O.A.D. de mano. No hay estudios con respecto a la incidencia de la misma, además que al parecer se desconocen los signos radiológicos iniciales de la enfermedad, al parecer se acepta que la pérdida progresiva del cartílago es el evento inicial con pérdida del espacio articular. (14).

Pero una vez que la enfermedad progresa, no se conoce qué tan rápido progresa. Los cambios radiológicos detallados por Kellgren y Lawrence han sido aceptados por la O.M.S. desde 1961. Los autores de este artículo desarrollaron una escala graduada de signos radiológicos: osteofitos, disminución de los espacios articulares, esclerosis subcondral, deformidad lateral y colapso cortical, además en este estudio se estudiaron pacientes de la edad de 14 a 29 años de edad. Al aparecer, los osteofitos son los primeros en aparecer en los Rx y junto con la disminución del espacio articular son factores para el desarrollo de esclerosis subcondral, la deformidad lateral, así como el colapso cortical son datos de Rx tardíos.

La Osteoartritis es una de las enfermedades crónico degenerativas más comunes que afectan a la población de 25 a 74 años de edad, esto último en Estados Unidos de América, y casi toda la población mayor de 75 años tiene datos radiológicos de Osteoartritis, con ingresos hospitalarios de más de 3.7 millones en el año por esta causa, y más de 60 millones de día trabajo se pierden en un año por esta causa. Los tratamientos para osteoartritis se usan para disminuir el dolor a las artralgiás, pocos estudios longitudinales examinan los efectos de tratamiento sobre los síntomas y/o función donde se observa una gran variabilidad. (15). En este estudio se les hizo una llamada telefónica para el status funcional después de un ingreso hospitalario, o de consulta, presentando una influencia lógica sobre satisfacción con el cuidado del médico, socialmente, moralmente. (16).

La terapia convencional para tratar la AR y la Osteoartritis han fallado para controlar a largo plazo la morbilidad y mortalidad de ellas. Los antiinflamatorios no esteroideos no alteran la evolución natural de la enfermedad. Esto se usa con primera fase de tratamiento, pero en la O.A.D. es importante la pérdida de peso, sobre todo cuando la Osteoartritis está localizada en articulaciones de carga, las biopsias de sinovial en la O.A.C. está en algunas veces con datos de inflamación, pero esto está aún en controversia. Otra modalidad de tratamiento es el trasplante de tejidos o las drogas moduladoras de citoquinas que están emergiendo como una terapia a potencias de la O.A.D. (17).

El depósito de fibrina es un hallazgo prominente en la sinovia de pacientes con artritis reumatoide, los macrófagos están incrementado en la sinovia de la artritis reumatoide. Mientras el dímero de la fibrina D están presentes en pequeñas

cantidades en la capa sinovial en áreas cercanas del trauma en pacientes con osteoartritis. También el factor XII y la transglutaminasa también están presentes. (18).

CUADRO CLÍNICO

Usualmente en adultos.- Monoartritis y oligoartritis. Articulaciones más afectadas:

- Interfalángicas distales de mano.
- Interfalángicas proximales de mano.
- Primera carpometacarpiana.
- Coxofemorales.
- Rodillas.
- Columna cervical y lumbar.

Características de disconfort articular:

- Agravados por el uso, mejoría con el reposo, pero en enfermedad severa no hay mejoría con el reposo.
- Rigidez articular matutina ausente o presente por menos de 30 minutos.

Signos de exploración articular:

- Dolor localizado.
- Edema de hueso o tejido blando.
- Derrames.

Características del líquido sinovial:

- Gran viscosidad.
- Prueba de mucina adecuada.
- Leucocitosis leves, menos de 2,000 leucos/campo, principalmente células mononucleares. (19).

CLASIFICACIÓN DE LA OSTEOARTRITIS

1. Primaria:

- Idiopática.
- Osteoartritis generalizada.
- Osteoartritis erosiva.

2. Secundaria:

I. Debido a incongruencia articular.

A) Defectos congénitos o desarrollo.

- a) Displasia de cadera.
- b) Enfermedad de Legg-Calve-Pethes
- c) Anormalidad del cuello femoral.
- d) Brotusio acetabuli.
- e) Displasia epifisial múltiple.
- f) Osteocondritis.
- g) Síndrome de Morquio.

B) Postraumática.

II. Debido a enfermedad inflamatoria articular.

A) Artritis reumatoide y variantes.

B) Artritis gotosa crónica o Pseudogota.

C) Artritis infecciosa.

3. Endocrinopatías:

- Diabetes mellitus
- Acromegalia.
- Anormalidades sexuales hormonales.
- Hiperacrenocortisismo iatrogénico.

4. Desórdenes metabólicos:

- Hematocromatosis.
- Ocronosis.
- Enfermedad de Wilson.
- Condrocálcinosis.
- Enfermedad de Paget.

5. Misceláneas:

- Necrosis vascular.
- Discrasias sanguíneas asociados con hematrosis. (20).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los problemas originados por un mal diagnóstico son los siguientes:

- A) El aumento de consultas originados por un mal diagnóstico, pues no existe una mejoría del estado general de salud, y por lo tanto, el usuario se presentará a consulta hasta que tenga una mejoría parcial o total.
- B) Los costos de una mala atención al derechohabiente, que presenta un aumento de los costos de todos los servicios otorgados por Pensiones Civiles del Estado, como inicia el paso por fichas, después la consulta otorgada y por último, el tratamiento y/o envío a un segundo nivel.
- C) Además del abuso de servicios, como de laboratorio y de gabinete.

El planteamiento del problema en este estudio es:

¿Se están aplicando los criterios diagnósticos universalmente aceptados para un correcto diagnóstico de Osteoartritis Degenerativa?

JUSTIFICACIÓN

La frecuencia de presentación en el diagnóstico de Osteoartritis Degenerativa en la consulta de Pensiones Civiles del Estado, ocupa el 5º lugar como motivo de consulta en Pensiones, y en consulta particular es aproximadamente el 6º motivo de consulta a éste nivel.

El problema que se ha observado es de probable diagnóstico dudoso de osteoartritis degenerativa, en los usuarios de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua. Lo observado de los médicos familiares de éste instituto es que no tiene una población cautiva, por lo tanto, los pacientes en ocasiones no encuentran al mismo médico, entonces el médico de turno no tienen una línea uniforme de criterio con respecto al primero, por lo que el diagnóstico puede ser diferente o hasta el tratamiento, por lo que la evolución puede ser alterada de su curso natural.

La Osteoartritis Degenerativa es la enfermedad reumatológica más frecuente, la cual afecta al esqueleto axial y las articulaciones diartrodiales, por lo anterior, su presentación en la población es muy alta (2), como ya menciono anteriormente, se puede alterar el curso de la enfermedad dejando incapacidades temporales o permanentes en algunos casos, llegando hasta la colocación de prótesis articulares, sobre todo de cadera o de rodilla. Además, como en cada visita de los usuarios, en ocasiones se usaba el tratamiento de AINE's, por lo que el costo del tratamiento resultaba alto para la institución. (Información de Bioestadística de Pensiones Civiles del Estado).

Además, existe un dispendio muy importante en cuanto a medicamentos, el número total de consultas mensuales y anuales. Todo esto se verificó al revisar los expedientes presentando cambios constantes de medicación y un número muy alto del total de consultas debido a ésta enfermedad.

OBJETIVO GENERAL

Conocer qué criterios diagnósticos son los que utilizan los médicos familiares de Pensiones Civiles del Estado, para emitir un diagnóstico de Osteoartritis Degenerativa, en los derechohabientes que acuden a Consulta Externa de este instituto de Salud.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Identificar qué tipos de estudios de gabinete se están realizando.
2. Identificar qué tipos de estudios de laboratorio se están realizando.
3. Describir el cuadro clínico que se ha elaborado en los expedientes.

METODOLOGÍA

MATERIAL Y MÉTODOS.-

Se realizó un estudio restropectivo, transversal, descriptivo y observacional.

LUGAR: Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua.

PERIODO: De Enero a Noviembre de 1998.

UNIVERSO DE TRABAJO: 90,014 expedientes.

Los pacientes se agruparon de la siguiente manera:

- a) Por grupos de diagnóstico correcto e incorrecto.
- b) Por estudio de laboratorio y gabinete.
- c) Por edad.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.-

- Ser derechohabiente de Pensiones Civiles del Estado.
- Edad por arriba de 35 años.
- Ambos sexos.
- Presentar osteoartritis degenerativa.

CAMPO DE TRABAJO.-

25,870 expedientes.

CAMPO DE ESTUDIO.-

250 expedientes.

DISEÑO DE LA MUESTRA.-

Se decidió tomarla en base a los pacientes que acudieron a consulta durante el periodo de estudio.

VARIABLES.-

- a) INDEPENDIENTES.- Sexo, edad y síntomas.
- b) DEPENDIENTES.- Tratamiento.

MÉTODOS: Se realizó mediante mediciones numéricas absolutas y relativas, así como medidas de tendencia central. El apoyo técnico fue una computadora convencional (586) y una calculadora CEDAR CD-B91. La recolección de datos se llevó a cabo en ficha de datos del programa EPI INFO.

MEDICIONES: Se utilizó la chi cuadrada para valorar la significancia estadística. Lo anterior con un porcentaje de confianza de 95.

La población se agrupó de la siguiente manera:

- 1) Sexo
 - 1.1. Masculino
 - 1.2. Femenino.
- 2) Edad (grupos etáreos)
 - 2.1. Grupo I (35 a 50 años)
 - 2.2. Grupo II (51 a 65 años).
 - 2.3. Grupo III (66 en adelante).

RESULTADOS

El universo de trabajo fue de 90,014 expedientes, de los cuales 25,870 fue el campo de trabajo, y 250 expedientes que fue el campo de estudio.

1. En relación a sexo y edad se encontraron los siguientes datos: Predominio del sexo femenino 58 por ciento, como muestra la gráfica 1.
2. Edades comprendidas entre los 35 y los 79 años, con una media de 22, como muestra la gráfica 2.
3. En la gráfica número 3 muestra que un 60 por ciento tiene un diagnóstico incorrecto, mientras que el restante 40 por ciento es correcto.
4. En la gráfica número 4 muestra que el cuadro clínico y radiológico son los factores que más fallaron y posteriormente fue el factor reumatoide, y por último la velocidad de sedimentación globular.
5. En la gráfica número 5 los factores más acertados fueron la velocidad de sedimentación globular, después el factor reumatoide y posteriormente en cantidades iguales los radiológicos y el cuadro clínico.

DISCUSIONES

PRIMERA:

De acuerdo a nuestro estudio se observa en los expedientes revisados una predominancia en el sexo femenino en cuanto al número de consultas realizadas en el periodo de este estudio y que concuerda con la literatura mundial en la consulta de osteoartritis con la predominancia del sexo femenino. (20)

SEGUNDA:

No hay estudios que enfoquen la cantidad de criterios diagnósticos en una consulta reumatológica específicamente sobre la osteoartritis degenerativa y lo revelado en este estudio muestra que existe un 60 por ciento de expedientes que no reúnen los criterios diagnósticos de osteoartritis, y el 40 por ciento restante sí lo reúne.

TERCERA:

El criterio diagnóstico que más se presentó en éste estudio fue la velocidad de sedimentación globular, después el factor reumatoide y por último el cuadro clínico y radiológico es igual en número de presentación, y dado que existe literatura sobre éste tema, podemos contar con un método específico para determinar la calidad de la consulta. (6, 7, 8)

CUARTA:

La literatura mundial menciona que en el cuadro clínico, las altralgias son las manifestaciones más frecuentes, pero el revisar los expedientes sólo se mencionan altralgias sin especificar localización. (19, 29)

CONCLUSIONES

De acuerdo a la pregunta planteada en los objetivos, ya sean éstos en lo general o específicos, se observó que la mayoría de los médicos de Pensiones Civiles del Estado usaron criterios diagnósticos apropiados. Así mismo, se observó que en un 60 por ciento no se llenaron en su totalidad los criterios diagnósticos para osteoartritis en la revisión de expedientes. O sea, que no existe una uniformidad diagnóstica para el caso de osteoartritis degenerativa.

Se espera una respuesta de las autoridades de Pensiones Civiles del Estado para que exista una biblioteca que contenga textos variados, pero sobre todo de reumatología, y solicitar a dichas autoridades cursos para actualización en el campo de la presente materia de estudio.

Acentuamos la importancia del indicador de optimización de recursos de nuestra institución, que es disminuir el número de consultas por ésta causa, ya que al efectuarse un mal diagnóstico aumenta dicho número de consultas y por lo tanto, de la cantidad de recetas

BIBLIOGRAFIA

1. La investigación Latinoamericana sobre osteoartritis. Gac. Med. Mex. Vol. 131, Nº. 4, Pags. 451 y 452.
2. Primer on the Rheumatic Diseases. Eighth Edition. Pags. 104.
3. Early – Onset Osteoarthritis Linked to the Típe, Il Procolegnengen, Arthritis and Rheumatism. Vol. 36, Nº. 3, March 1993. Pags. 401 y 402.
4. Synovial Membrane Histology and Immunopathology in Rheumatoid Arthritis and Osteoarthritis. Arthritis and Rheumatism. Vol. 34, Nº. 2. Febrero 1991, Pags. 153 y 154.
5. Type X Collagen Synthesis in Human Osteoarthritis Cartilage. Arthritis and Rheumatism. Vol. 5, Nº. 7, Jul. 1992. Pags. 806.
6. The American College to Rheumatology. Criteria of the classification and reposting of Osteoarthritis of the Han. Arthritis and Rheumatism. 1990. Vol. 33. Pags. 1601 a 1610.
7. The American College of Rheumatology. Criteria for the classification and reporting of Osteoarthritis of the Hip. Arthritis and Reumatism. 1991, Vol. 34. Pags. 505 a 514.
8. Development of Criteria for the Classification and Reporting of Osteoarthritis. Classification of teoarthritis of the Knee. Arthritis and Rheumatism. 1986. Vol. 29. Pags. 1039 a 1049.
9. Lo último sobre Osteoartritis. Atención Médica. Mayo, 1997. Pag. 13.

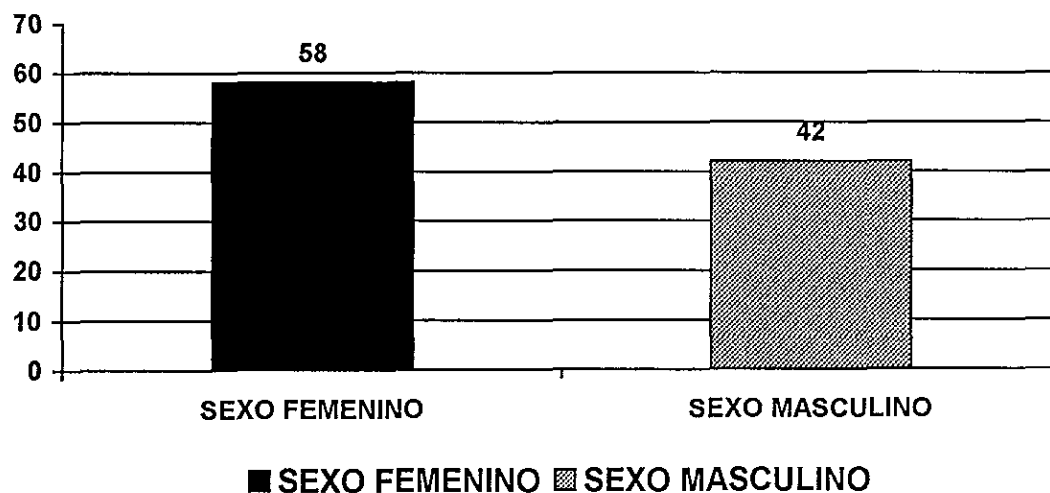
10. Resultados Terapéuticos de Osteoartritis de la Rodilla con infiltraciones de Ozono. Rev. Cuba de Inv. Biomed. 1997. Vol. 16. Pags. 124 a 132.
11. The Interleukin I Receptor in Normal and Osteoarthritic Human Articular Chondrocytes. Arthritis and Rheumatism. Vol. 35. Nº. 5. May. 1992. Pags. 530 a 531.
12. Reduction of the Severity of Canine Osteoarthritis by Prophylactic Treatment With Oral Doxycycline. Arthritis and Rheumatism. Vol. 35, Nº. 10. Oct. 1992. Pags. 1150.
13. Comparison of Naproxen and Acetaminophen in Two Year Study of Treatment of Osteoarthritis of the knee. Arthritis y Rheumatism. Vol. 36. Nº. 9. Sept. 1993. Pag. 1196.
14. The Longitudinal Course of Hand Osteoarthritis in Male Production. Arthritis and Rheumatism. Vol. 33. Nº. 9. Sept. 1990. Pags. 1323, 1324, 1330, 1331.
15. Reduction of Joint Pain in Patients With Knee Osteoarthritis who have Recalls Monthly Telephone Calls from Lay Personnel and Whose Medical Treatment Remains Unchanged. Arthritis and Rheumatism. Vol. 35. Nº. 5. May 1992. Pag. 511 y 512.
16. Management of Osteoarthritis and Rheumatoid Arthritis: Prospects and Treatments. An Journal of Medicals. Vol. 100. Supl. 2º. Feb. 26, 1996. Pags. 2ª 245, 2ª 295.
17. New Perspectives on Osteoarthritis. American Journal of Medicine. Vol. 100. February 26, 1966. Pags. 2ª 105.

18. Extramuscular Fisiun Formation and Dissolution in Synovial Tissue of Patients with Osteoarthritis and Rheumatoid Arthritis. *Arthritis and Rheumatism*. Vol. 34. Nº. 8. Agosto 1991. Pag. 996.
19. *Book Rheumatology*. Second Edition. Kelley Harris. 1985. Tab. 89.1. Pag. 1432.
20. *Book of Rheumatology*. Second Edition. Kelley Harris. 1985. Pag. 1033.

GRÁFICA 1

DIAGNÓSTICOS EN PACIENTES DE OSTEOARTRITIS DEGENERATIVA SEGÚN SEXO EN PACIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO.

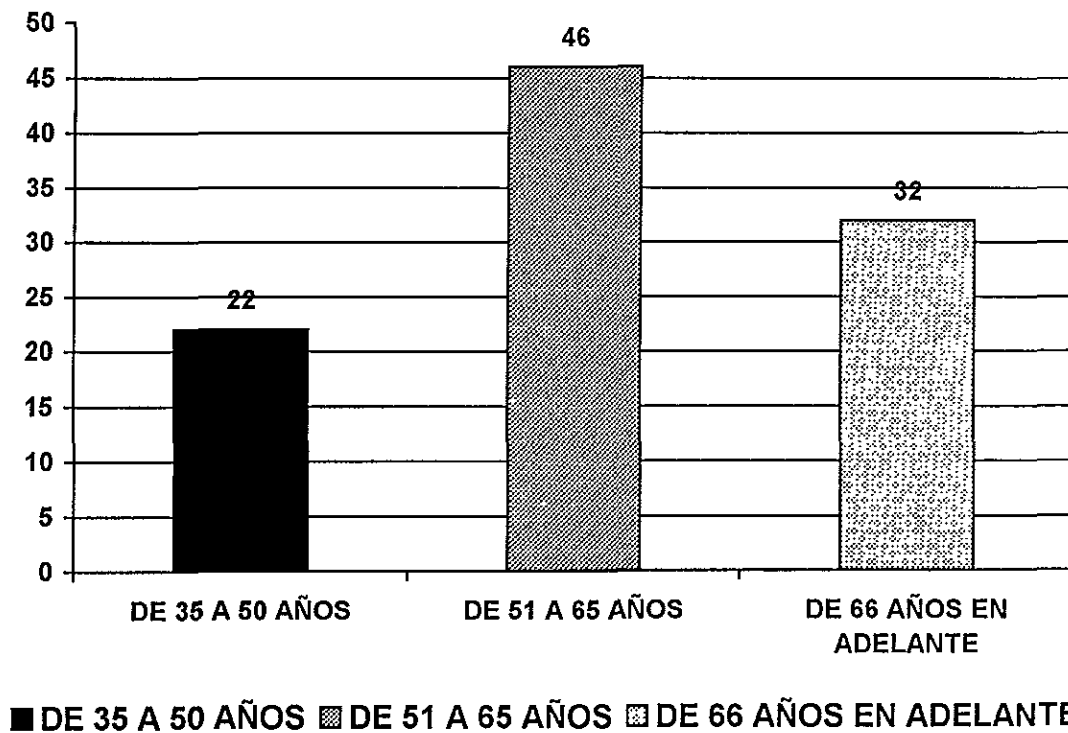
En Porcentajes:



GRÁFICA 2

DIAGNÓSTICOS EN PACIENTES DE OSTEOARTRITIS DEGENERATIVA SEGÚN EDAD EN PACIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO.

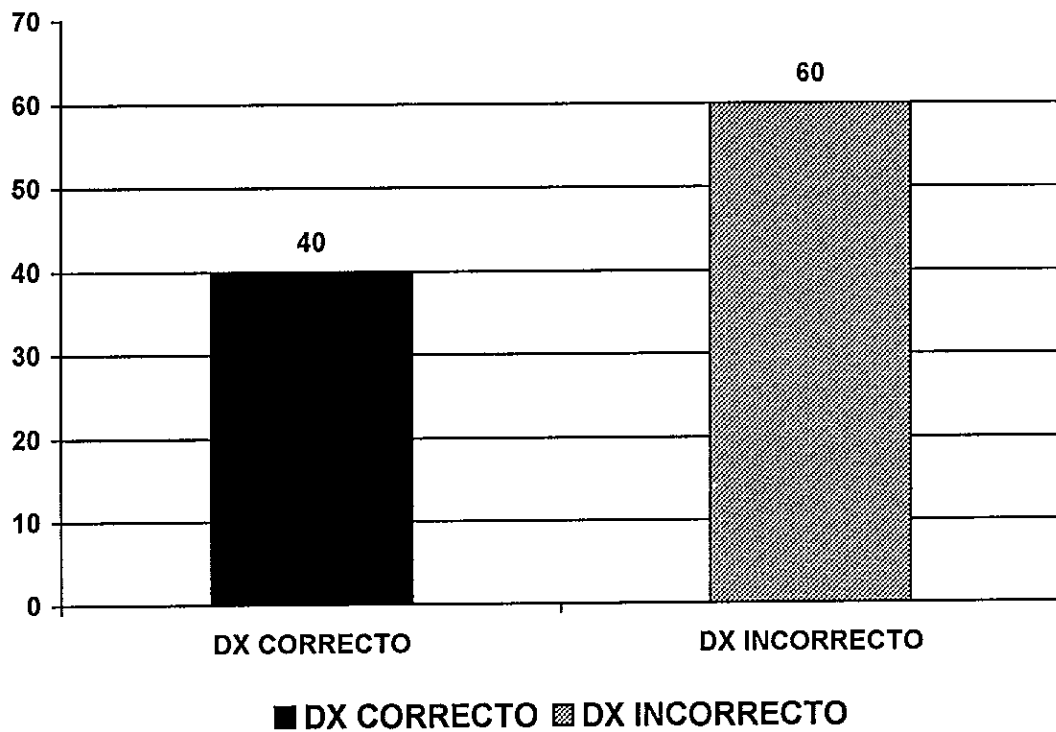
En Porcentajes:



GRÁFICA 3

DIAGNÓSTICOS EN PACIENTES DE OSTEOARTRITIS DEGENERATIVA EN PACIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA

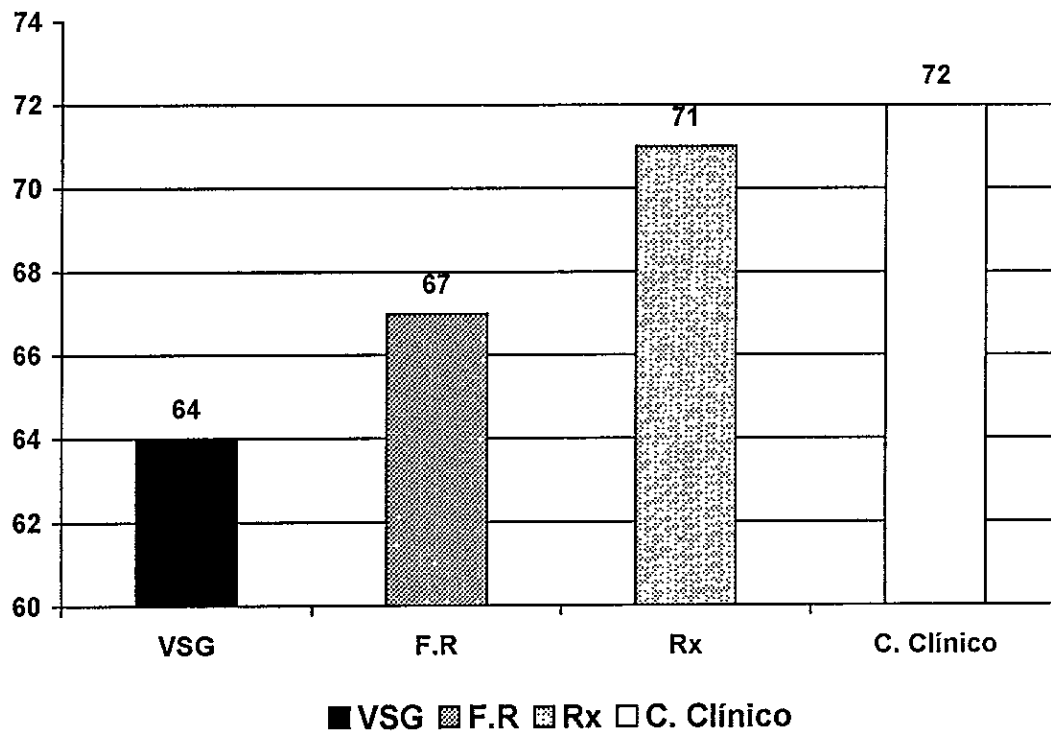
En Porcentajes:



GRÁFICA 4

GRÁFICA CORRESPONDIENTE A LA CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS INCOMPLETOS EN PACIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA.

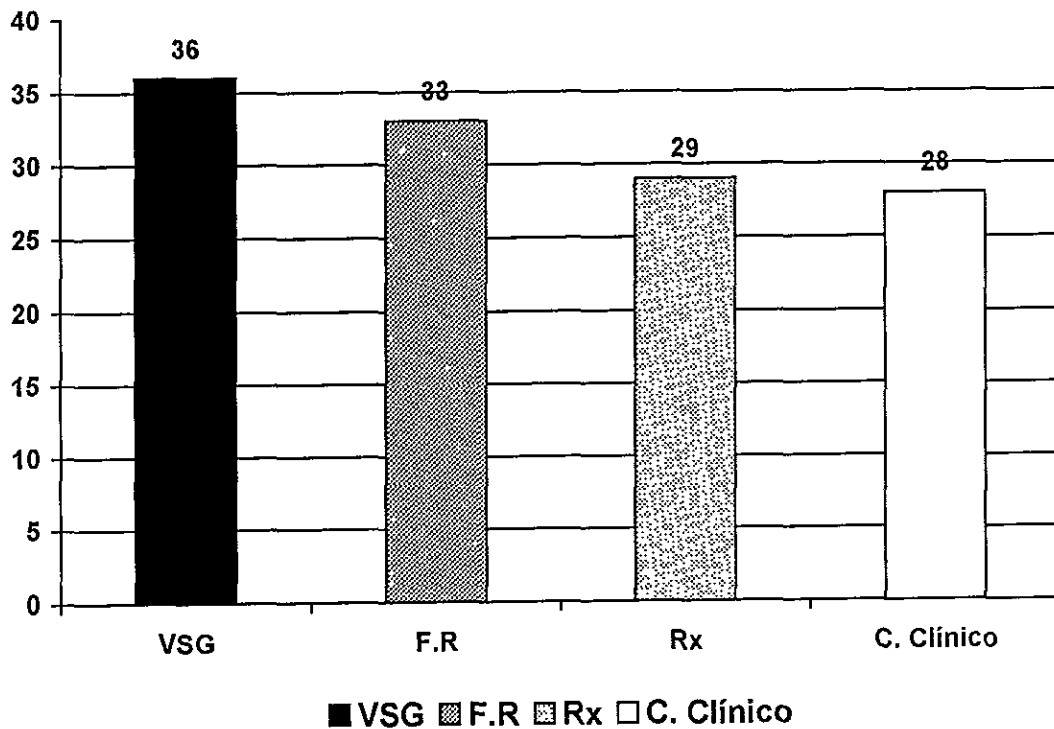
En Porcentajes:



GRÁFICA 5

GRÁFICA CORRESPONDIENTE A LA CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS
COMPLETOS EN PACIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE
CHIHUAHUA.

En Porcentajes:



CÉDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nº. Prog.	V.S.G.*	F.R.**	Rx***	CUADRO CLÍNICO****	CRITERIOS COMPLETOS
1	SI	NO	SI	SI	NO
2	SI	SI	NO	NO	NO
3	SI	SI	SI	SI	SI
4	NO	SI	NO	SI	NO
5	SI	NO	SI	NO	NO
6	SI	SI	SI	SI	SI
7	NO	SI	SI	SI	NO
8	SI	SI	SI	SI	SI
9	SI	SI	SI	SI	SI
10	NO	NO	SI	SI	NO
11	SI	SI	SI	SI	SI
12	NO	NO	SI	SI	NO
13	SI	SI	SI	SI	SI
14	NO	NO	NO	SI	NO
15	NO	SI	SI	SI	NO
16	SI	SI	SI	SI	SI
17	SI	NO	NO	SI	NO
18	SI	SI	SI	SI	SI
19	NO	NO	SI	SI	NO
20	SI	SI	SI	SI	SI
21	NO	SI	SI	NO	NO
22	SI	NO	NO	NO	NO
23	NO	SI	NO	NO	NO
24	SI	SI	SI	SI	SI
25	SI	SI	SI	NO	NO
26	SI	SI	SI	NO	NO
27	NO	NO	NO	SI	NO
28	SI	SI	SI	SI	SI
29	NO	NO	SI	SI	NO
30	SI	SI	SI	SI	SI

HASTA 250. TOTAL DE CRITERIOS COMPLETOS: 150

- * V.S.G. = Menos de 40 mm/hr.
- ** FR = Menos 1:40.
- *** Rx = Correspondientes a partes afectadas.
- **** Cuadro clínico = Crepitación, dolor articular, calor no palpable, deformidad ósea, aumento de tejido duro, rigidez matutina.