



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 20

"GRADOS DE ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD
FAMILIAR Y CUADROS DE ACTIVIDAD DE LA
ARTRITIS REUMATOIDE EN DERECHOHABIENTES
I.M.S.S. U.M.F. 20"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A
ELIUT SOSA TRINIDAD

ASESOR: DR. JUAN ESPINOZA MARTINEZ



MEXICO, D. F.,

AGOSTO DE

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



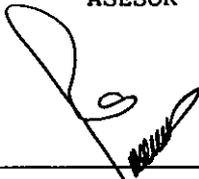
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

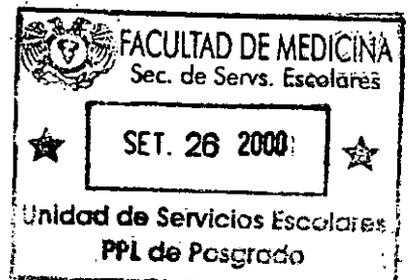
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

ASESOR



DR: Juan Espinoza Martínez
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Adjunto del curso de especialización en
Medicina Familiar U.M.F No. 20





U.M.F. No 20
DEPTO. ENSEÑANZA E INVESTIGACION

Vo. Bo.

Yolanda J. Valencia Islas

DRA: Yolanda Valencia Islas
Especialista en Medicina Familiar
Profesor titular del curso de Especialización en
Medicina Familiar U.M.F. No.20

Vo.Bo

A handwritten signature in cursive script, reading "Dra. Martha Hernández Kelly", is written over a horizontal line.

DRA:Martha Hernández Kelly
Especialista en Medicina Familiar
Profesor Adjunto del curso de especialización en
Medicina Familiar U.M.F No. 20

DEDICATORIAS

A MIS PADRES

Que con su apoyo incondicional, esfuerzo y amor me brindaron una profesión. Todo mi cariño y respeto.

A MIS HERMANOS

Que siempre me apoyan, aunque estemos lejos los llevo en mi mente con cariño y amor.

A MI NOVIA

Gracias a su amor, comprensión, apoyo y constante estímulo para nuestra superación.

AGRADECIMIENTOS

A mis maestros: JUAN, OCTAVIO, YOLANDA, MARTHA.

Por su dedicación y empeño para nuestra superación, y entender un enfoque diferente de la medicina.

A mis compañeros:

Por su tolerancia y amistad, nuestras vivencias serán gratos recuerdos.

TITULO DE LA TESIS

"GRADO DE ASOCIACION ENTRE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CUADROS DE
ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS REUMATOIDE EN DERECHAHABIENTES I.M.S.S.
U.M.F. 20"

INDICE	PAGINAS
JUSTIFICACION	1
OBJETIVOS	2
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
HIPOTESIS	18
MATERIAL Y METODO	19
PRESENTACION DE RESULTADOS	21
TABLAS Y GRAFICAS	24
ANALISIS DE RESULTADOS	51
INTERPRETACION ESTADISTICA	53
CONCLUSIONES	54
COMENTARIO	55
RESUMEN	56
BIBLIOGRAFIA	57
ANEXOS	58

JUSTIFICACION

Actualmente debido al incremento tan impresionante de la esperanza de vida así como el paralelo desarrollo de la tecnología , un gran reto de los sistemas de salud es el de enfrentar las patologías que se presentan hoy en día por el cambio en la pirámide demográfica, con predominio en personas de la tercera edad y patologías crónicas degenerativas, lo que se traduce en una demanda de atención en el sistema de salud, el cual en nuestra institución requiere que se identifiquen los factores de riesgo y así mismo detectar las necesidades de atención en un programa el cual modifique los sistemas de atención, otorgando mayor apoyo al nivel primario para brindar una atención integral adecuada.

Los médicos familiares somos el primer contacto con los pacientes debiendo investigar el entorno social ,biológico y psicológico, no nada más ver al paciente como un ente biológico con una enfermedad crónica degenerativa más, olvidando su integridad, por lo que es importante que reflexionemos en la atención brindada, ya que es común encontrar algún tipo de alteración en la función familiar, lo cual abordando en forma integral podríamos lograr una mejor calidad de vida, no olvidando que esto es un reto para nosotros y los demás especialistas formando así un grupo multidisciplinario capacitado.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre el grado de funcionalidad familiar con la actividad de la artritis reumatoide del adulto.

PARTICULAR

Identificar la etapa del ciclo familiar más afectado en enfermos con artritis reumatoide.

Determinar la composición familiar más afectada en el paciente con artritis reumatoide.

Identificar la articulación principalmente afectada por la artritis reumatoide.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La palabra familia proviene de la raíz latina "famulus" que significa esclavo doméstico.

El censo canadiense la define:

"La familia esta compuesta por el marido, la esposa, con hijos o sin estar casados; por un padre o más hijos que tampoco se han casado y viven bajo el mismo techo."

El censo americano la define:

"Un grupo de 2 o más personas que viven juntas y relacionadas unas con otras por lazos consanguíneos de matrimonio o adopción y que ejercen interacción porque saben que existen los demás y saben que existen ellos considerandose como unidad".

El hombre es un ser social que ha sobrevivido a lo largo de toda su historia a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales. La familia, el ambiente más importante en el que él ha evolucionado, es la más antigua de las instituciones sociales humanas, tan añeja como la propia humanidad y según Ralph Linton, una institución que sobrevivirá mientras exista nuestra especie.

En las vicisitudes de la historia, la familia ha mostrado una extraordinaria capacidad de resistencia, lo cual viene a contradecir aquellas teorías que de tiempo en tiempo predicen un inminente ocaso de la familia y el matrimonio.

Simultáneamente con su evolución histórica, la familia ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época, lo cual hace augurar que la familia persistirá, según Minuchin, debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes.

Aunque la familia es tan antigua como la especie humana, fue hasta la segunda mitad del S.XIX en que se convirtió en objeto de estudio científico cuando Morgan, McLennan y Bachofen, entre otros, la consideraron como una institución social histórica cuya estructura y función son determinadas por el grado de desarrollo de la sociedad global.(1)

La familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad, por ello resulta indispensable contar con un marco de referencia que permita el estudio y la comprensión de este grupo social. (2)

La reducción de la mortalidad en niños y adultos ha dado lugar a un aumento en la proporción de personas ancianas y consecuentemente, a que el médico de atención primaria se enfrente ahora más frecuentemente a pacientes con enfermedades crónicas.

La enfermedad crónica o terminal puede definirse como un trastorno con una característica insoslayable: no se curan nunca y sus repercusiones familiares están en función de su progresión y pronóstico. (3)

La familia es un sistema abierto donde las interacciones de sus miembros varían gradualmente para adaptarse a los cambios internos en los elementos que lo componen, así como a los cambios producidos en su entorno. Las enfermedades, sobre todo las crónicas o terminales, ocasionan una serie de procesos que afecta no solo al individuo que las padece, sino que dan lugar a cambios radicales en el interior de la familia, fundamentalmente influidos por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo que requiere ser atendido, cuidado y medicado. Estos cambios dependen en gran medida de las características propias de cada familia, de la etapa del ciclo de vida en que se encuentre, del momento de la vida del paciente, del lugar que ocupe en el grupo familiar y de los requerimientos de la enfermedad y su tratamiento.

Dependiendo del grado de funcionalidad familiar, estos cambios pueden provocar reacciones crónicas que exacerben la situación, prolongando un círculo vicioso difícil de romper.(1)

CLASIFICACION DE LA FAMILIA: Para el estudio de la familia, se han efectuado diferentes clasificaciones.

Por su desarrollo: En Moderna la cual cumple con ciertos fines sociales como son la provisión de alimento, protección del peligro externo, provisión de unión social, moldeamiento de los roles sexuales, preparación para la maduración sexual y ejercitación

paraintegrarse en los roles sociales y adaptar la responsabilidad social.

La familia Tradicional es en la que las costumbres de los padres o abuelos se siguen por tradición o herencia en forma rigurosa como el que el padre es el jefe de la casa y tiene la obligación de llevar el sustento económico y la mujer de efectuar las labores domésticas del hogar.

POR SU DEMOGRAFIA en rural, la cual se encuentra ubicada en poblaciones de menos de 2500 habitantes, la Urbana en poblaciones mayores de 2500 habitantes.

Por su Composición en Nuclear que consiste en padre e hijos, la Extensa con padres, hijos, abuelos o amigos.

Por su Integración, en familia Integrada la cual los conyuges viven y cumplen sus funciones, ambos participan en la toma de desiciones y tareas en el hogar. La familia Semi-integrada es aquella en la cual los conyuges viven pero no cumplen sus funciones, la comunicación es unidireccional. La familia Desintegrada es en la cual falta alguno de los dos conyuges ya sea por divorcio, muerte, abandono o separación, la madre suple el rool de padre y es proveedora.

CICLO DE VIDA

Son los cambios que sufren en el tiempo. Dentro de este existen cinco fases:El MATRIMONIO se inicia desde la unión de ambos y su preocupación inicial es prepararse a un nuevo tipo de vida, se combinan los recursos de la pareja y sus papeles tienden a alterarse por asumir nuevas funciones, las principales áreas de atención en esta fase son el ajuste sexual, información sobre el control de la natalidad.

FASE DE EXPANSION:

Se inicia con la procreación, la llegada de un nuevo elemento a la familia crea tensiones porque el patrón de relaciones debe ser ajustado.

FASE DE DISPERSION:

En esta fase los padres tiene que conseguir que el niño esté socializado ayudandolo a tener autonomía y cubrir sus necesidades y al mismo tiempo cubrir las propias.

FASE DE INDEPENDENCIA:

Es cuando uno de los hijos abandona el hogar o se casa. En esta fase los padres tienen que aprender a ser independientes nuevamente, para que la fase sea completa.

FASE DE RETIRO O MUERTE:

Es cuando muere el padre, la madre, hay divorcio, abandono, etc(2) Considerable información acerca de las funciones familiares pueden obtenerse cuando el paciente, al reportar un evento crítico al médico, describe cómo es la comunicación entre los miembros de su familia, como se distribuyen al comer, dormir, al salir de casa y compartir otras tareas. Ante esta circunstancia y cuando es evidente la disfunción familiar, el médico necesita llevar a cabo una adecuada evaluación de la funcionalidad familiar, Se puede Utilizar el instrumento para valorarla el cual es el APGAR FAMILIAR, es un cuestionario que consta de cinco preguntas, aplicables mediante una breve entrevista a diferentes miembros de una familia y en distintos momentos para percibir variaciones. Mide el funcionamiento familiar a través de la satisfacción del entrevistado con su vida en familia y constituye un instrumento de utilidad para determinar si la familia es un recurso para el paciente o si más bien contribuye a su enfermedad. Las preguntas exploran.

ADAPTABILIDAD:(A)

Es la capacidad de utilizar recursos intra y extrafamiliares para resolver situaciones de crisis.

PARTICIPACION:(P)

Capacidad de compartir los problemas y de comunicarse para la toma de decisiones.

CRECIMIENTO: (Growth)

Capacidad de cursar las etapas del ciclo vital familiar en forma madura permitiendo la individualización y separación de la familia.

AFECTO:(A)

Capacidad de expresar cariño y preocupación por cada miembro de la familia.

RESOLUCION:(R)

Capacidad de aplicar los elementos anteriores compartiendo tiempo y recursos especiales y materiales de cada miembro de la familia.(3,1)

ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis Reumatoide es una enfermedad crónica y multisistémica de etiología desconocida. Los estudios familiares demuestran una disposición genética, la artritis reumatoide grave se observa con una frecuencia aproximadamente cuatro veces mayor de la esperada en los familiares en primer grado de los pacientes con Artritis Reumatoide seropositiva. El mayor riesgo relativo para adquirir artritis reumatoide se ha relacionado con los genes de susceptibilidad localizada en el brazo corto del cromosoma 6, denominados HLA (Human Leukocyte Antigens), de ellos los más hallados en estudios grandes de población enferma son las moléculas denominadas HLA-DRI y HLA-DR4, que son habituales en dos terceras partes de los pacientes.(5) (8)(10).

Pocos estudios de AR han sido realizados en Latinoamérica. Un estudio realizado en Monterrey México, estimando la prevalencia de AR de 0.68% este estudio no es muy confiable ya que se realizó en clínicas con poca población.(16) La prevalencia de artritis reumatoide es aproximadamente del 1% de la población, las mujeres se afectan aproximadamente con una frecuencia de tres veces superior a la de los varones.(16) La prevalencia aumenta con la edad y las diferencias entre los sexos disminuyen en el grupo de población de edad avanzada. La prevalencia de la artritis reumatoide en México es similar a lo informado en la literatura mundial, 0.6% (16). La Artritis Reumatoide se observa en todo el mundo y afecta a todas las razas, su inicio es más frecuente el 4o y 5o decenios de la vida, de forma que el 80% de todos los pacientes desarrollan la enfermedad entre los 35 y 50 años de edad.(5) Las formas juveniles (de inicio antes de los 15 años) (8). En la población adscrita a la Unidad de Medicina Familiar No. 20 Vallejo se reportarán de enero a diciembre de el año de 1998 un total de 1192 casos, siendo de primera vez 211 y subsecuentes 981, con un total de el sexo femenino de 978 y masculino 214.(Fuente ARIMAC)

PATOGENIA

En las primeras fases se encuentra una inflamación predominantemente sinovial, la membrana sinovial que normalmente está constituida por una sola capa de células reacciona a la inflamación mediante congestión, edema, exudación de fibrina, proliferación y formación vellosa, los leucocitos y polimorfonucleares aunque se encuentran en grandes cantidades en el líquido sinovial no es así en la membrana.

Los hallazgos anatomopatológicos en la articulación incluyen sinovitis crónica con formación de medio que erosiona cartilago, hueso, ligamentos y tendones. En la fase aguda son comunes el derrame y otras manifestaciones de inflamación.

En la etapa tardía, la organización puede originar anquilosis, fibrosis; rara vez hay anquilosis ósea verdadera. En la fase aguda y crónica, puede ser notable la inflamación de los tejidos blandos que rodean las articulaciones y es un factor importante en el daño articular.

Los hallazgos microscópicos más característicos de la Artritis Reumatoide son los nódulos subcutáneos. Es un granuloma con una zona central de necrosis fibrinoide, una palizada circundante de células de tejido conjuntivo alargadas y dispuestas de forma radial y tejido de granulación crónico en la periferia.

En ocasiones se observan alteraciones anatomopatológicas no diferenciables de las de los nódulos subcutáneos en: miocardio, pericardio, endocardio, válvulas cardiacas, pleura visceral, pulmones, escleróticas, duramadre, bazo, laringe, en la membrana sinovial, tejidos periarticulares y tendones. (6)(12)(7)

MANIFESTACIONES CLINICAS.

Típicamente la AR es una poliartritis crónica. Aproximadamente en las dos terceras partes de los pacientes, comienza de forma insidiosa con fatiga, anorexia, debilidad generalizada y sintomatología musculoesquelética vaga, hasta que se hace evidente la sinovitis. En este período prodrómico puede persistir durante semanas o meses, y no permite la realización del diagnóstico.

La sintomatología específica aparece habitualmente de forma gradual con una afectación poliarticular, en especial de manos, muñecas, rodillas y pies, y por lo general en forma simétrica. Aproximadamente en el 10% de los pacientes, el inicio es más agudo y cursa con la aparición rápida de una poliartritis que se suele acompañar de sintomatología general que consiste en fiebre, linfadenopatía y esplenomegalia. Aproximadamente en la tercera parte de los pacientes, los síntomas pueden estar limitados inicialmente a una o varias articulaciones. Aunque el patrón de afectación articular puede permanecer asimétrico en algunos pacientes, es mucho más típico el patrón de afectación simétrica.(7)

PRINCIPALES SINDROMES CLINICOS EN A.R.

CLASIFICACION	SINDROME
EQUIVOCO	I.Artralgia seropositiva.
	II.Artralgia como"congelamiento"
	III.Monoartritis seronegativa
PROBABLE	IV.Artritis monoarticular, seropositiva o con rigidez matutina.
	V.Poliartritis seronegativa
DEFINIDA	VI.Poliartritis simétrica en ocasiones con factor reumatoide positivo, o erosiones, o nódulos.
CLASICA	VII.Poliartritis simétrica seropositiva con nódulos, erosiones, o ambos. (16)

CLASIFICACION DE STEINBROCKER PARA CAPACIDAD FUNCIONAL

I. COMPLETA(TOTAL)

CAPACIDAD PARA CONTINUAR CON TODAS LAS TAREAS USUALES SIN IMPEDIMENTO O DIFICULTAD.

II. APTO PARA DESEMPEÑAR ACTIVIDADES NORMALES.

A PESAR DE DIFICULTAD, MALESTAR O MOVIMIENTOS LIMITADOS A UNA O MÁS ARTICULACIONES.

III. LIMITADO.

SOLO PARA DESEMPEÑAR PEQUEÑAS O NINGUNA DE LAS TAREAS DE OCUPACION USUAL O CUIDADO PROPIO.

IV. INCAPACITANTE.

POSTRADO EN CAMA O LIMITADO A SILLA DE RUEDAS, SIN CUIDADO PROPIO. (10)

DATOS DE LABORATORIO

En la citología hemática es usual encontrar una moderada anemia de tipo normocítica hipocromica: La cuenta leucocitaria habitualmente es normal así como su diferencial, si bien en ocasiones existe eosinofilia, la cual se ha relacionado con la presencia de manifestaciones extraarticulares. La velocidad de sedimentación globular se encuentra elevada y de hecho es un parámetro útil para valorar la actividad del padecimiento.

El análisis de las proteínas en suero muestra discreta reducción de la albúmina e hipergammaglobulinemia de tipo policlonal. Los estudios de función hepática y renal son normales; el factor reumatoide es positivo en aproximadamente 70% de los pacientes con la enfermedad, pero no es específico de la misma.

Puede haber pruebas serológicas falsas positivas de sífilis y células LE; aproximadamente 20% de los pacientes tienen anticuerpos antinucleares; los anticuerpos antiDNA, son negativos. El estudio del líquido sinovial permite una adecuada orientación diagnóstica, pero no es indispensable para el diagnóstico y las alteraciones del mismo no son específicas de artritis reumatoide. Se trata de un exudado: macroscópicamente se aprecia turbio. La formación del coágulo de mucina, al agregar ácido acético, es débil, debido a la reducción en la cantidad de hialuronato por esto mismo su viscosidad está disminuida. Existe una mayor concentración de proteínas, con frecuencia más de 3.5%. Los leucocitos están aumentados, entre 5000 y 50 000/mm³, con predominio de polimorfonucleares, aunque en las etapas iniciales de la enfermedad pueden predominar linfocitos. Frecuentemente se encuentran leucocitos con gránulos intracitoplasmicos llamados células RA o ragocitos, que son muy sugestivos, pero no diagnósticos, de la artritis reumatoide.

EVALUACION RADIOLOGICA

En las fases iniciales de la enfermedad, las radiografías de las articulaciones afectadas no suelen ser útiles para establecer el diagnóstico. En ellas se observa únicamente lo que ya es evidente en la exploración física, es decir, signos de tumefacción de partes blandas y de derrame pleural. El valor principal de la radiología es determinar la intensidad de la destrucción del cartílago y de la erosión ósea, especialmente al considerar el tratamiento con fármacos modificadores de la evolución de la enfermedad, o bien con intervención quirúrgica. (7,10)

EVOLUCION CLINICA Y PRONOSTICO

La evolución de la Artritis Reumatoide es variable y difícil de predecir en cada paciente.

La mayoría de los pacientes presentan una actividad mantenida aunque de carácter fluctante, acompañada por un grado variable de deformidad articular. al cabo de 10 a 12 años, más del 12% de los pacientes presentan signos de incapacidad o deformidad articular. Las características de los pacientes que predicen la aparición de incapacidad son la edad avanzada, el sexo femenino, las alteraciones radiológicas más internas, y la presencia de nódulos reumatoides o de títulos elevados de factor reumatoide. El patrón de inicio de la enfermedad no predice, en principio, el desarrollo de las discapacidades ulteriores. Aproximadamente, el 15% de los pacientes con AR presentan un proceso inflamatorio de corta duración que remite sin causar deformidades importantes. (15,16)

Existen varias características en los pacientes con AR que parecen tener importancia pronóstica. Las remisiones en la actividad de la enfermedad son más probables durante el primer año. Las mujeres de raza blanca suelen presentar una sinovitis más persistente con evolución hacia la erosión, que los varones. Las personas que presentan títulos elevados de factor reumatoide, de proteína C-reactiva y de hepatoglobina también tienen un pronóstico peor, al igual que los pacientes con nódulos subcutáneos o signos radiológicos de erosiones en el momento de la valoración inicial.

Aunque la actividad mantenida durante más de un año implica una mala evolución, la progresión más rápida tiene lugar durante los primeros diez años de la enfermedad, y posteriormente el proceso evoluciona de forma mucho más lenta. La velocidad con que progresa la lesión articular es mayor durante el primer año de observación, en comparación con el segundo y tercero. Al cabo de 3 años, hasta un 70% de los enfermos muestran ciertos signos radiológicos de lesión articular. Las articulaciones del pie se afectan con mayor frecuencia que las de la mano. A pesar de que la progresión articular disminuye con el tiempo, la discapacidad funcional, que se desarrolla en las primeras etapas del proceso, empeora siempre con la misma velocidad. La esperanza de vida media de los pacientes con AR. parece acortarse de 3-7 años.(7,8)

El aumento en la tasa de mortalidad parece estar limitado a los pacientes con una afección articular más grave, y puede atribuirse básicamente a la infección y a la hemorragia gastrointestinal. El tratamiento farmacológico también puede desempeñar algún papel en el aumento de la tasa de mortalidad que presentan estos pacientes. Los factores relacionados con la muerte precoz son la discapacidad, la duración o gravedad de la enfermedad, la administración de corticoides, la edad y el sexo masculino.(7)

DIAGNOSTICO

Para establecer el diagnóstico de la artritis reumatoide se requiere de la combinación de datos clínicos y paraclínicos de una enfermedad articular inflamatoria crónica.

Así, una poliartritis simétrica crónica, con la presencia de reactantes de fase aguda y de erosiones óseas en márgenes articulares son los datos más frecuentes para fundamentar el diagnóstico. La especificidad diagnóstica aumenta al localizar el proceso inflamatorio crónico en las pequeñas articulaciones de las manos (Muñecas, metacarpofalángicas e interfalángicas proximales) y los pies (metatarsofalángicas). Sin embargo, no existen hallazgos de laboratorio o gabinete patognomónicos de la enfermedad.

Aproximadamente un 80% de los pacientes inician con un cuadro poliarticular, el cual debe diferenciarse de las enfermedades que habitualmente tienen esta presentación.

Un 20% de los pacientes tienen un inicio oligoarticular, que habitualmente evoluciona a una poliartritis simétrica en un período de tiempo variable para cada caso.(8,12)

CRITERIOS DE ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

Los criterios para la clasificación o para el diagnóstico de una enfermedad derivan de un conocimiento incompleto de la misma y de una tecnología diagnóstica imperfecta. La intención original fue proponer criterios que sirvieran como lineamientos para la clasificación de síndromes con el objeto de asegurar un diagnóstico correcto en pacientes que participen en una investigación clínica o epidemiológica. No están diseñados para incluir o excluir un diagnóstico particular en un paciente dado.

A medida que se disponga de mayores conocimientos y mejores técnicas diagnósticas los criterios deben ser modificados. En la ER los criterios propuestos en 1956 han sido modificados en dos ocasiones, Los criterios propuestos en 1987 por la entonces Asociación Americana de Reumatismo, que ahora se conoce como Colegio Americano de Reumatología.

- 1.-Rigidez matutina de por lo menos una hora de duración y que esté presente por lo menos durante seis semanas.
- 2.-Inflamación de tres o más áreas articulares durante por lo menos seis semanas.
- 3.-Inflamación de las articulaciones de la muñeca, metacarpofalán-gicas o interfalán-gicas proximales durante seis semanas o más.
- 4.-Inflamación articular simétrica.
- 5.-Nódulos reumatoides observados por un médico.
- 6.-Factor reumatoide en el suero determinado por un método que sea positivo a menos del 5% de los sujetos normales.
- 7.-Cambios radiográficos de las manos típicos de artritis reumatoide que deben incluir la presencia de erosiones o descalcificación

ósea inequívoca localizada o más marcada en las áreas adyacentes a las articulaciones involucradas (los cambios solos de osteoartritis no califican). (4)(8)(10)

CRITERIOS PARA GRADOS DE ACTIVIDAD DE A.R.

	ACTIV MINIMA	ACTIV MODERADA	ACTIV SEVERA
Rigidez matutina (horas)	0	1.5	+5
Núm.articulaciones dolorosas	-2	1.2	+34
Núm.articulaciones inflamadas	0	7	+23
Fuerza de prehensión (mmHg)			
Hombres	200	140	55
Mujeres	150	100	45
Tiempo(")de marcha (50 pies)	-9	13	+27
V.S.G.	20	20a35	+35

(10)

TRATAMIENTO

El tratamiento de la artritis reumatoide siempre debe individualizarse. Las normas generales establecen que todas las medidas terapéuticas descansan en tres pilares:

1: Tratamiento sintomático. Orientado al control del dolor, la inflamación y la contractura muscular. Por otra parte debe mencionarse la esfera afectiva que manifestandose como depresión o angustia y ansiedad, exigen tratamiento sintomático y en ocasiones medidas especializadas.

2: Medidas especiales y aun especializadas. Tiene como fin el alivio sintomático, la preservación de la función y la integridad articular, así como la recuperación de la funcionalidad de sistema musculoesquelético que siempre se ve comprometido en la AR. (Tx. Fisioterapéuticos, Rehabilitación, Qx y Ortopédicos)

también la información al paciente sobre la naturaleza de la enfermedad, las razones del tratamiento y todo lo relacionado a este que contribuyen al bienestar y a la recuperación del paciente y lograr una buena calidad de vida.

3:Medidas específicas. Se orientan esencialmente a modificar la historia natural de la enfermedad, aunque se sabe que es una enfermedad autoinmunitológica la etiología se desconoce.(8,5,12) Existen medicamentos que se han calificado como "Modificadores de la enfermedad",drogas antirreumáticas modificadores de síntomas de la enfermedad. Las más usuales son:

MODIFICADORES DE ENFERMEDAD USADOS EN LA AR.

FARMACOS	TIEMPO APROX. PARA LOGRAR BENEFICIO	DOSIS
Cloroquinas	2-4 meses	150-300mg/día
Sulfasalazina	1-2 meses	1g/2-3veces dia
Metotrexate	1-2 meses	7.5-15mg/sem
Oro inyectable	3-6 meses	25-50mg c/2-4 sem
Oro oral	4-6 meses	3mg/1-2 veces/día
D-penicilamina	3-6 meses	300-600mg/dia
Azatioprina	2-3 meses	50-150mg/día

El tratamiento sintomático es básico, confiere bienestar al paciente,mejora su calida de vida, permite mayor actividad física y autosuficiencia, facilita la práctica de medidas de fisioterapia y rehabilitación y existen algunos indicadores de que el efecto antiinflamatorio a través de mecanismos humorales y celulares puede reducir el estado lesional articular y parece contribuir a la conservación de los órganos en riesgo de sufrir tales cambios que habrían de conducir a un compromiso importante de su funcionalidad e incluso invalidez.(5)

1. DERIVADOS DEL ACIDO CARBOXILIXO

1.Acido Salicilico:Aspirina,diflunisal.

2.Acido acético:

A. Acido fenilacético

a:Diclofenaco sódico y potásico

b:Aceclofenaco

B.Acidos carboheterocíclicos

a:Indometacina

b:Sulindac
c:Tolmentín
d:Etodolac

3. Acido propiónico:

- A. Ibopruván, fenbufén, flurbiprofén, Ketoprofen, fenoprofén
- B. Oxaprozín
- C. Naproxén, naproxén sódico
- D. Acido tiaprofénico

4. Acido fenámico:

- A. Flufenámico, mefenámico, meclofenámico

11. ACIDO ENOLICOS

1. Pirazolonas: Metamizol, fenilbutazona

2. Oxicams: Piroxicam, Tenoxicam, Meloxicam, Isoxicam. (4).

Si el paciente no responde al régimen básico con una disminución de la rigidez matutina, la fatiga y la tumefacción articular, se añaden otros medicamentos.(5)

ANTIPALUDICOS (Sulfato de Hidroxicloroquina)

METOTREXATO, SALES DE ORO (Crisoterapia)

CORTICOESTEROIDES:Ultimamente se encuentra en controversia su uso(14)

SULFASALAZINA, AZIATROPINA, PENICILAMINA.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ Existe asociación entre el grado de funcionalidad familiar con los cuadros de actividad de la artritis reumatoide en derechohabientes U.M.F. 20 I.M.S.S. ?

HIPOTESIS

Hi (Alternativa): existe asociación entre los grados de funcionalidad familiar y los cuadros de actividad de artritis reumatoide así como en otros componentes de la dinámica familiar en derechohabientes de U.M.F. 20 I.M.S.S.

Ho (Nulidad): No existe asociación entre los grados de funcionalidad familiar y los cuadros de actividad de artritis reumatoide así como en otros componentes de la dinámica familiar en derechohabientes de U.M.F. 20 I.M.S.S.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, observacional, descriptivo en 110 derechohabientes con artritis reumatoide que acudieron a la consulta externa de la U,M,F No.20 de ambos turnos, que fueron elegidos al azar en forma aleatoria en el período comprendido del primero de Marzo al 31 de Julio de 1999.

Los cuales debieron cumplir con los siguientes criterios de inclusión:

Derechohabientes del I.M.S.S.

Ambos sexos.

Adscritos a la U.N.F. No. 20

Mayores de 20 años y menores de 75 años

Acepten participar en el estudio

Ambos turnos

No inclusión:

No derechohabientes

Menores de 20 años y mayores de 75 años

No acepten ingresar al estudio

Que presenten déficit neurológico

Exclusión

Que no llenen adecuadamente las encuestas

SISTEMA DE MUESTREO

Se tomó un grupo de pacientes que acudieron a la UMF No. 20 dentro del período establecido del 1o de marzo al 31 julio 1999.

Por medio del azar simple se obtuvo una muestra no probabilística que cubría los criterios de inclusión, posteriormente se les aplicó dos cuestionarios en forma directa, los cuales contenían la ficha de identificación y 24 preguntas que exploraban la función familiar, grados de actividad de A.R. composición familiar, ciclo vital, conformación familiar.

PRESENTACION DE RESULTADOS

Se trabajó con un total de 110 pacientes con Diagnóstico de Artritis reumatoide de los cuales 32 (29.09%) correspondieron al sexo masculino y 78 (70.9 %) al sexo femenino.

Encontrando actividad de artritis reumatoide mínima y funcionales 80(72.7%). Un (10%) que son 11 pacientes con Actividad de artritis reumatoide moderada y grado disfuncional moderado, No encontrando pacientes con actividad de artritis reumatoide severa ni disfunción severa. (vid. supra tabla y gráfica 1).

Se observó que el estado civil de los pacientes correspondió a unión libre funcional 5 (4.5%), (0%) en disfunción moderada y severa. Los separados funcionales 12 (10.9%), disfunción moderada 3 (2.7%), no reportandose la severa. Casados funcionales 56 (50.9%) y 12 (10.9%) disfunción moderada, (0%) severa. Viudos fueron: 16 (14.5%) funcionales y disfunción moderada 4 (3.6%), (0%) en la severa, Y en el rubro de solteros funcionales 2 (1.8%), (0%) con disfunción moderada y severa (vid. infra tabla y gráfica 2).

En cuanto al ciclo familiar correspondió al grado funcional Matrimonio 2 (1.8%), Expansión 14 (12.7%), Dispersión 34 (30.9%), independencia 29 (26.3%), retiro y muerte 12 (10.9%), En cuanto al grado de disfunción moderada fué: Matrimonio (0%), Expansión 1 (0.9%), dispersión 6 (5.4%), independencia 8 (7.2%), en retiro y muerte 4 (3.6%) (vid. infra tabla y gráfica 3).

Según la conformación de la familia encontramos en el grado funcional Nuclear 38 (34.5%), Seminuclear 11 (10%), Extensa 25 (22.7%),compuesta 13 (11.8%), múltiple 4 (3.6%) en el rubro de disfunción moderada la Nuclear 9 (8.1%), Seminuclear 3 (2.7%), extensa 4(3.6%), compuesta 1 (0.9%), y múltiple 2 (1.8%). No se encontró disfunción severa (vid. infra tabla y gráfica 4).

En la composición familiar y grados de funcionalidad familiar tenemos en la funcional la Integrada con 46 pacientes(41.8%), semi-integrada 20 (18.1%).

Desintegrada 25 (22.7%), disfunción moderada Integrada 10 (9%), semi-integrada 3 (2.7%), desintegrada 6 (5.4%), en la disfunción severa no hay pacientes. (vid. infra tabla y gráfica 5).

Según ocupación: funcionales en Hogar 37 (33.6%), Empleados 34 (30.9%), Obreros 11 (10%), y que laboran por su cuenta 9 (8.1%), los desempleados se ingresarán en el hogar. Disfunción moderada en Hogar y desempleados 10 (9%), Empleados 5 (4.5%), Obreros 1 (0.9%), por su cuenta 3 (2.7%), no se reportan disfunciones severas (vid. infra tabla y gráfica 6).

Según la escolaridad y grados de funcionalidad: funcional sin estudios 8 (7.2), Primaria 24 (21.8%), Secundaria 37 (33.6%), carrera técnica 7 (6.3%), Media superior 12 (10.9%), superior 3 (2.7%), disfunción moderada sin escolaridad (0%), Primaria 11 (10%), Secundaria 7 (6.3%), carrera técnica y media superior (0%), Superior 1 (0.9%), no reportándose disfunción severa (vid. info tabla y gráfica 7).

Pacientes que usan medicamento según grado de funcionalidad familiar funcional con 91 (82%) de los que toman medicamentos, y (0%) de los que no toman medicamento, disfunción moderada los que toman 19 (17.2%), (0%) que no toman medicamento, siendo un 100% de los pacientes que toman medicamento (vid. supra tabla y gráfica 8).

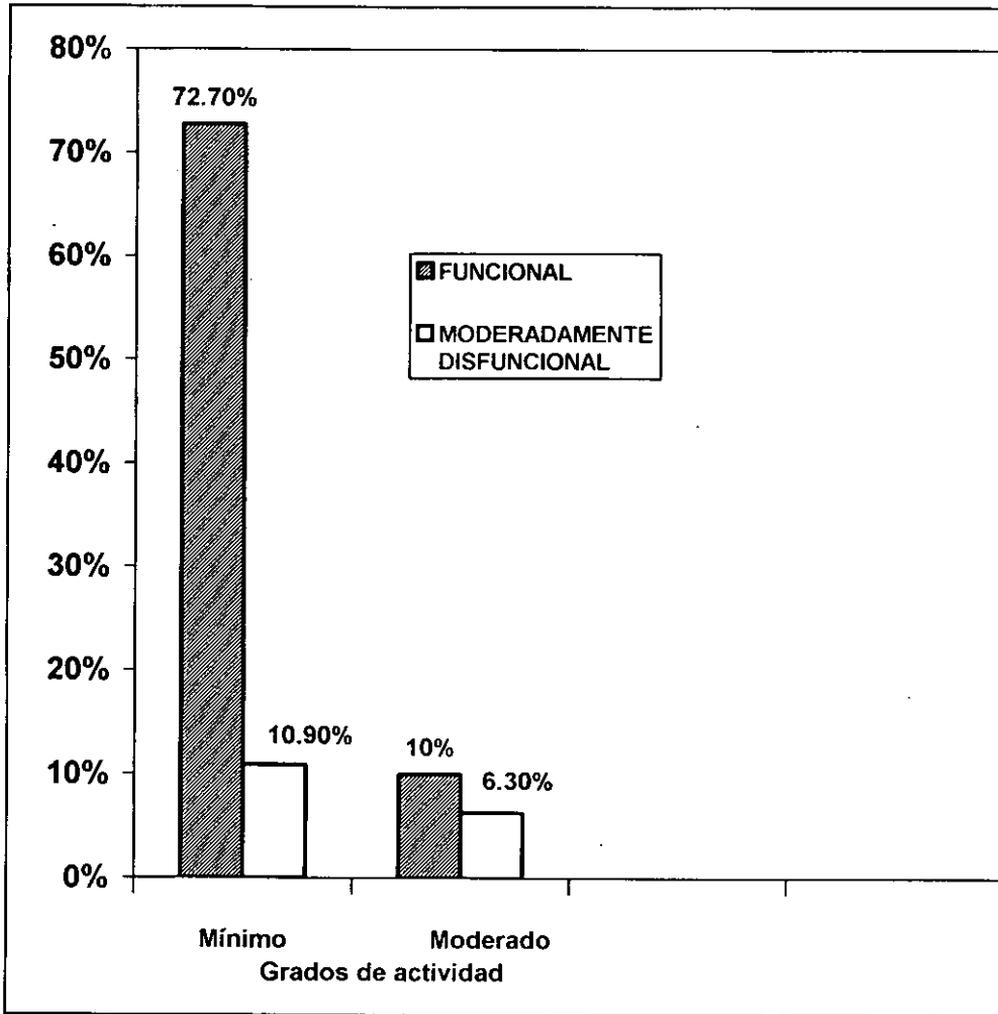
Conocimiento y no de la enfermedad según funcionalidad familiar con disfunción moderada: Conocimiento 9 (8.1%), No saben 10 (9%), funcionales que si saben 27 (24.5%), no saben 64 (58.1%), no se reporta la disfunción severa por no haber pacientes captados con esta (vid. supra tabla y gráfica 9).

Control en su clínica y funcionalidad familiar: funcionales que llavan control 84 (76.3%), no llevan control 7 (6.3%), Disfunción moderada que si llava control 17 (15.4%), no llevan control 2 (1.8%) No hay reporte de pacientes con disfunción severa (vid. supra tabla y gráfica 10).

Articulación más afectada pacientes con disfunción moderada:Manos (82.7%), Muñecas (53.6%), rodillas (20%), codos (31.8%), pies(6.3%),Hombros(4.5%),caderas(0.9%). Funcionales:manos(17.2%) muñecas (13.6%), rodillas (9%),codos (7.2%),pies (3.6%), hombros (1.8%),Caderas (0%), no se reporta la disfunción severa por no haber encontrado patients con esta variable (vid. supra tabla y gráfica 11).

GRAFICA NO. 1

Pacientes con artritis reumatoide según grados de funcionalidad familiar y grados de actividad de artritis reumatoide consulta externa en U.M.F. 20 I.M.S.S.
Marzo- Julio 1999



Nota: No se gráfica actividad severa, disfunción severa por no ser representativa (0%)

TABLA No.1

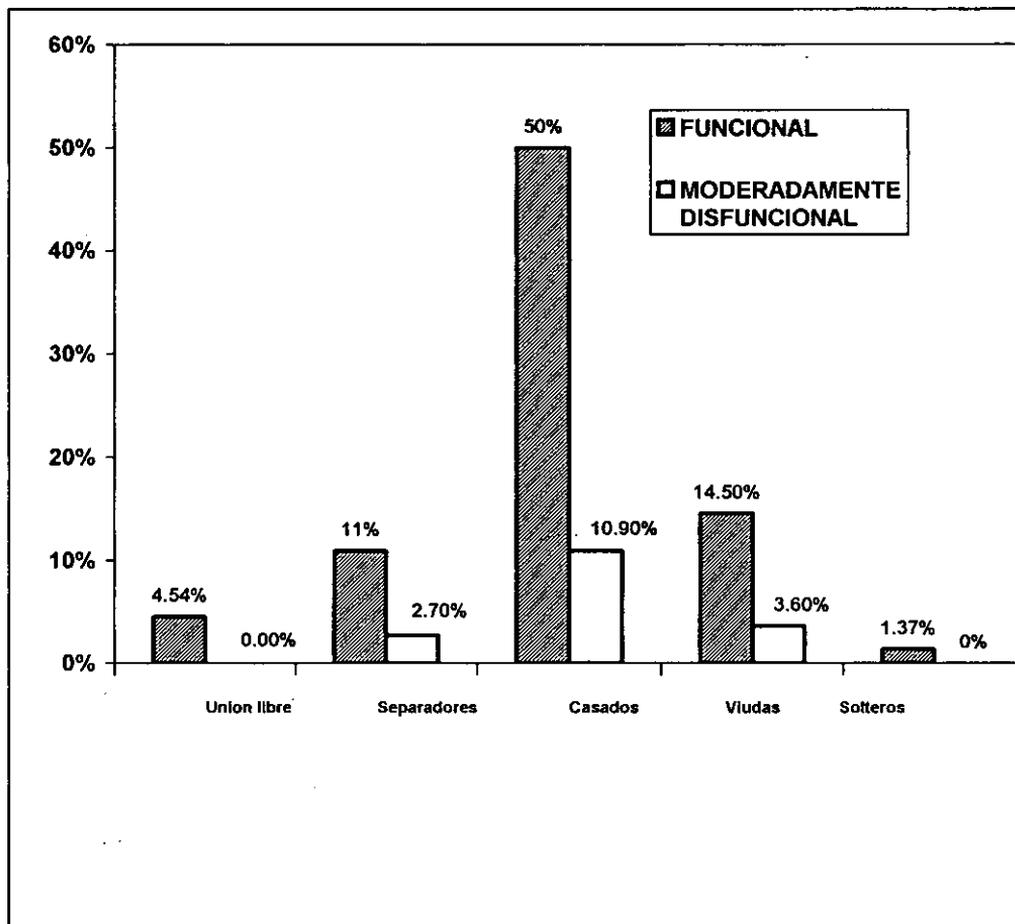
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGUN GRADOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y GRADOS DE ACTIVIDAD DE ARTRITIS REUMATOIDE CONSULTA EXTERNA U.M.F. I.M.S.S 20 MARZO-JULIO 1999.

GRADOS DE FUNCION FAMILIAR	CRITERIOS DE ACTIVIDAD ARTRITIS REUMATOIDE						
	MINIMA	%	MODERADA	%	SEVERA	TOTAL	%
FUNCIONAL	80	72.7	11	10	00	91	82.7
DISFUNCION MODERADA	12	10.9	07	06.3	00	19	17.2
DISFUNCION SEVERA	00	0	00	0	00	0	0
T O T A L	92	86.6	18	16.3	00	110	100

GRAFICA NO. 2

Pacientes con artritis reumatoide según grados de funcionalidad familiar y estado civil, consulta externa U.M.F. 20 I.M.S.S.

Marzo- Julio 1999



Nota: No se gráfica actividad severa, disfunción severa por no ser representativa (0%)

TABLA No.2

PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGUN GRADOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESTADO CIVIL CONSULTA EXTERNA U.M.F. 20 I.M.S.S. MARZO-JULIO 1999.

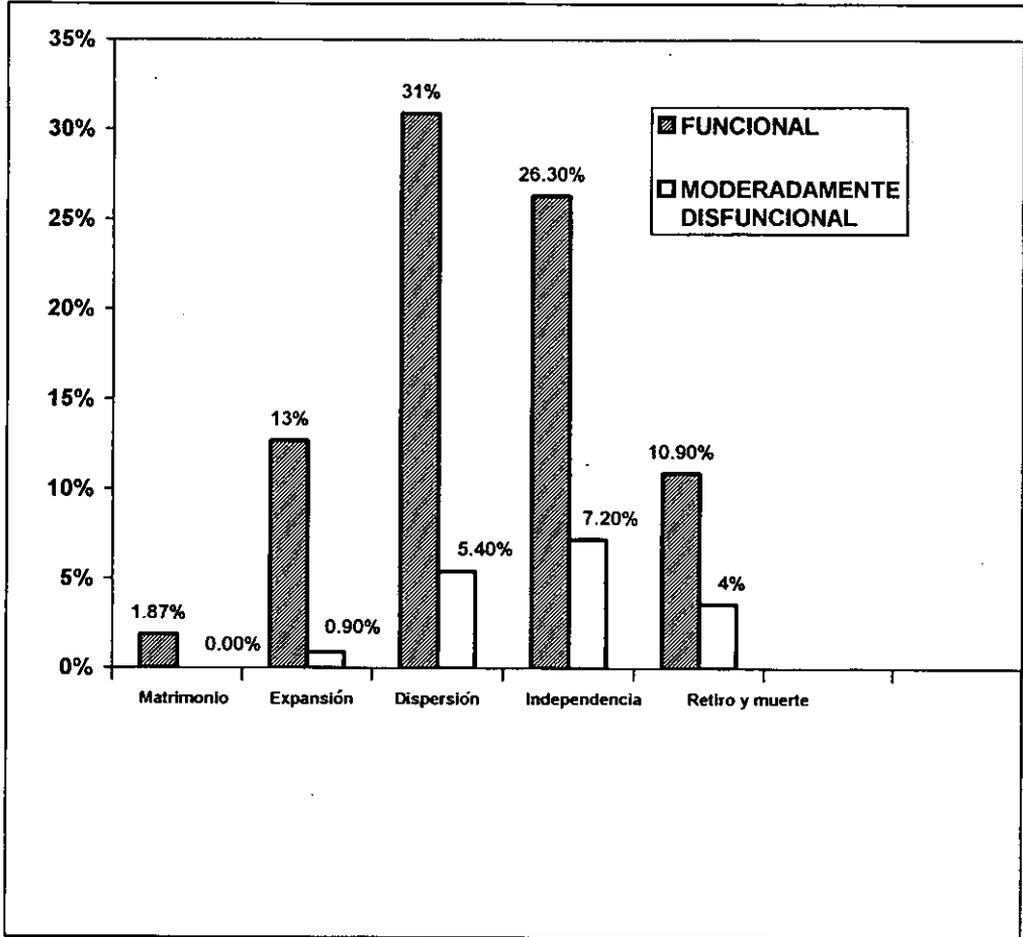
ESTADO CIVIL	GRADOS FUNCION FAMILIAR						TOTAL	%
	FUNCIONAL	%	MODERADA	%	SEVERA	%		
UNION LIBRE	05	04.5	0	0	0	0	05	04.5
SEPARADOS	12	10.9	03	02.7	0	0	15	13.6
CASADOS	56	50.9	12	10.9	0	0	68	61.8
VIUDOS	16	14.5	04	03.6	0	0	20	18.1
SOLTEROS	02	01.8	0	0	0	0	02	01.8
T O T A L	91	82.7	19	0	0	0	110	100

GRAFICA NO. 3

Pacientes con artritis reumatoide según grados de funcionalidad familiar y ciclo vital de la familia en consulta externa U.M.F. 20 I.M.S.S.

Marzo- Julio 1999

Grados de Funcionalidad Familiar



Nota: No se gráfica actividad severa, disfunción severa por no ser representativa (0%)

TABLA No.3

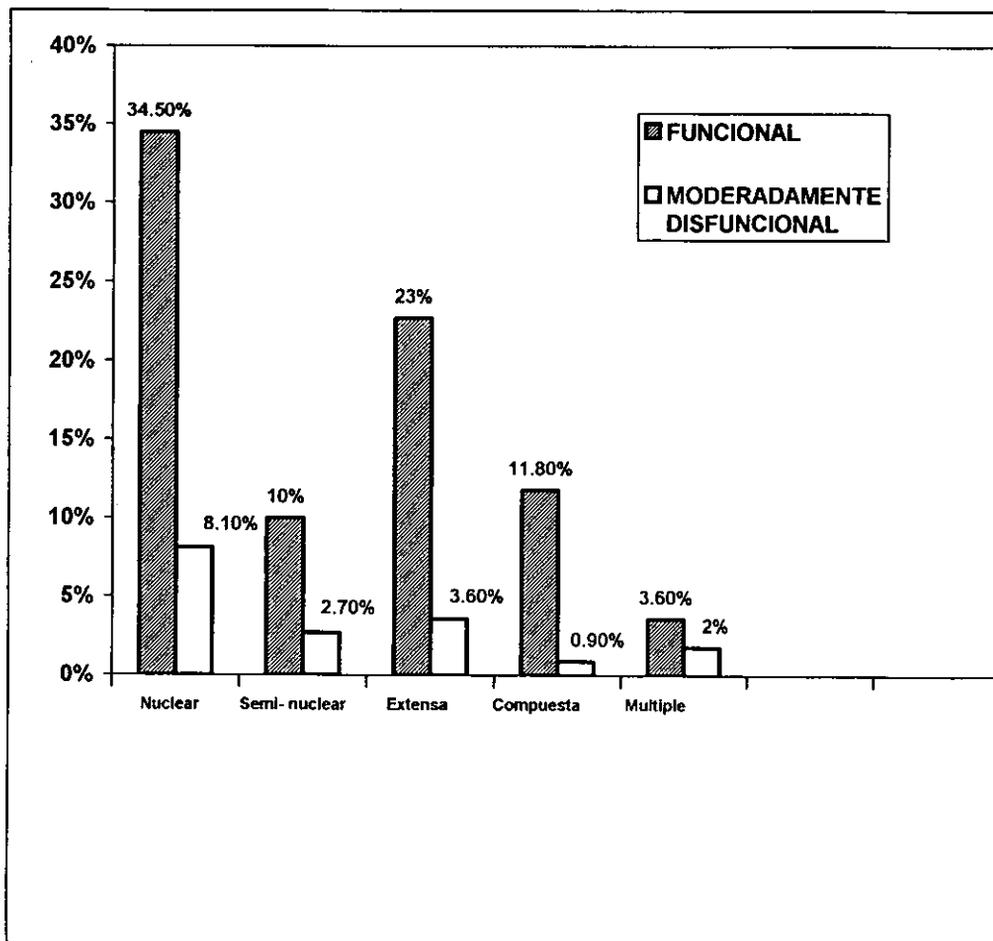
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGUN GRADOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CICLO VITAL DE LA FAMILIA CONSULTA EXTERNA U.M.F. 20 I.M.S.S. MARZO-JULIO 1999.

CICLO VITAL	GRADOS FUNCION FAMILIAR						TOTAL	%
	FUNCIONAL	%	MODERADA	%	SEVERA	%		
MATRIMONIO	02	1.8	0	0	0	0	2	1.8
EXPANSION	14	12.7	01	0.9	0	0	15	13.6
DISPERSION	34	30.9	06	05.4	0	0	40	36.3
INDEPENDENCIA	29	26.3	08	07.2	0	0	37	33.6
RETIRO Y MUERTE	12	10.9	04	03.6	0	0	16	14.5
TOTAL	91	82.7	19	17.2	0	0	110	100

GRAFICA NO. 4

Pacientes con artritis reumatoide según grados de funcionalidad familiar y conformación de la familia en consulta externa U.M.F. 20 I.M.S.S. Marzo-Julio 1999

Grado de Funcionalidad Familiar



Nota: No se gráfica actividad severa, disfunción severa por no ser representativa (0%)

TABLA No.4

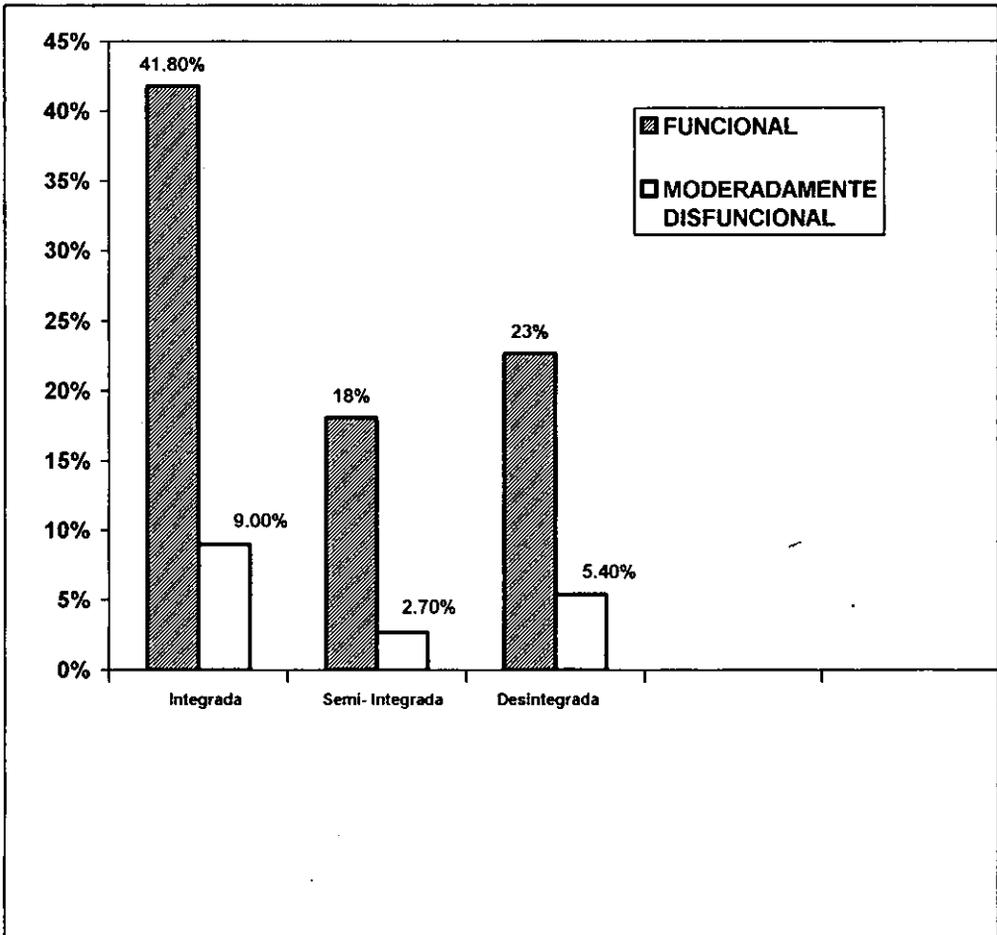
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGUN GRADOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONFORMACION DE LA FAMILIA CONSULTA EXTERNA U.M.F. 20 I.M.S.S. MARZO-JULIO 1999.

CONFORMACION FAMILIAR	GRADOS FUNCION FAMILIAR						TOTAL	%
	FUNCIONAL	%	MODERADA	%	SEVERA	%		
NUCLEAR	38	34.5	09	08.1	0	0	47	42.7
SEMINUCLEAR	11	10.0	03	02.7	0	0	14	12.7
EXTENSA	25	22.7	04	03.6	0	0	29	26.3
COMPUESTA	13	11.8	01	0.9	0	0	14	12.7
MULTIPLE	04	03.6	02	01.8	0	0	06	05.4
T O T A L	91	82.7	19	17.2	0	0	110	100

GRAFICA NO. 5

Pacientes con artritis reumatoide según grados de funcionalidad familiar y composición de la familia en consulta externa U.M.F. 20 I.M.S.S. Marzo- Julio 1999

Grado de Funcionalidad Familiar



Nota: No se gráfica disfunción severa, disfunción severa por no ser representativa (0%)

TABLA No.5

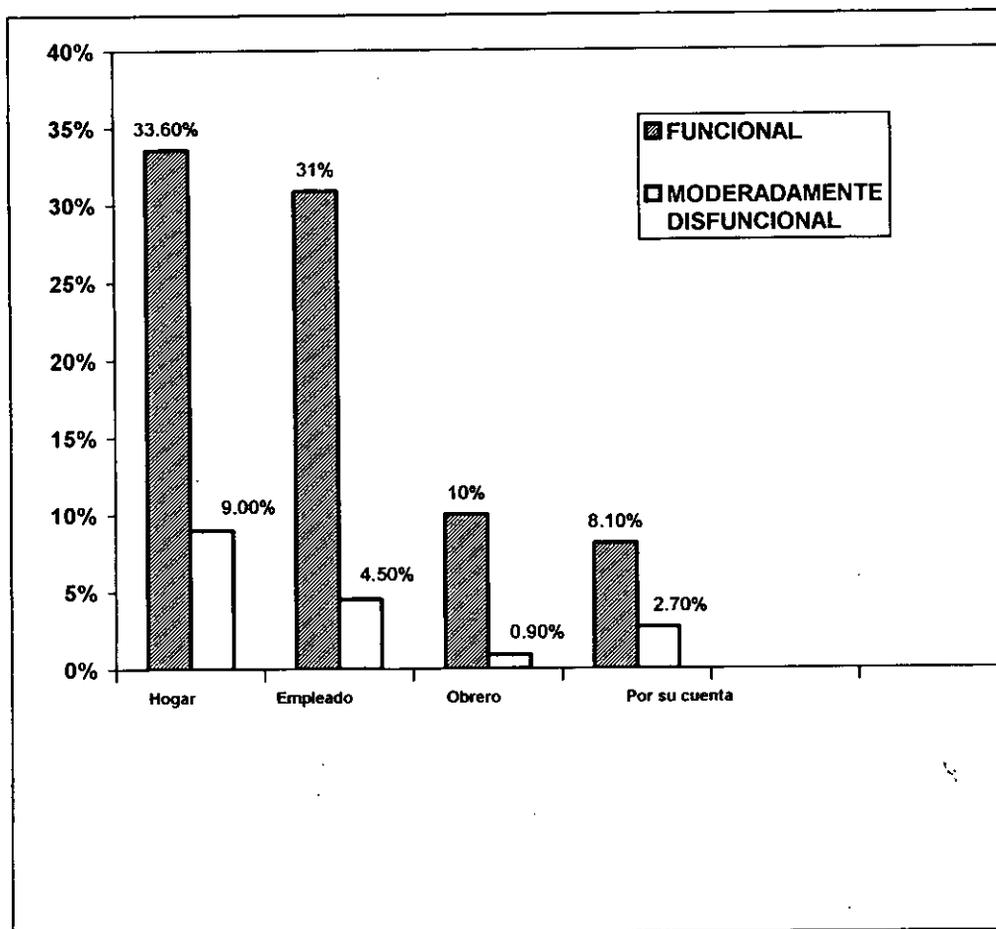
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGUN GRADOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y COMPOSICION DE LA FAMILIA CONSULTA EXTERNA U.M.F. 20 I.M.S.S. MARZO-JULIO 1999.

COMPOSICION FAMILIAR	GRADOS FUNCION FAMILIAR						TOTAL	%
	FUNCIONAL	%	MODERADA	%	SEVERA	%		
INTEGRADA	46	41.8	10	09.0	0	0	56	50.9
SEMI-INTEGRADA	20	18.1	03	02.7	0	0	23	20.9
DESINTEGRADA	25	22.7	06	05.4	0	0	31	28.1
T O T A L	91	82.7	19	17.2	0	0	110	100

GRAFICA NO. 6

Pacientes con artritis reumatoide según grados de funcionalidad familiar y ocupación de la familia en consulta externa U.M.F. 20 I.M.S.S. Marzo-Julio 1999

Grado de Funcionalidad Familiar



Nota: No se gráfica disfunción severa, disfunción severa por no ser representativa (0%)

TABLA No.6

PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGUN GRADOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y OCUPACION CONSULTA EXTERNA U.M.F. 20 I.M.S.S. MARZO-JULIO 1999.

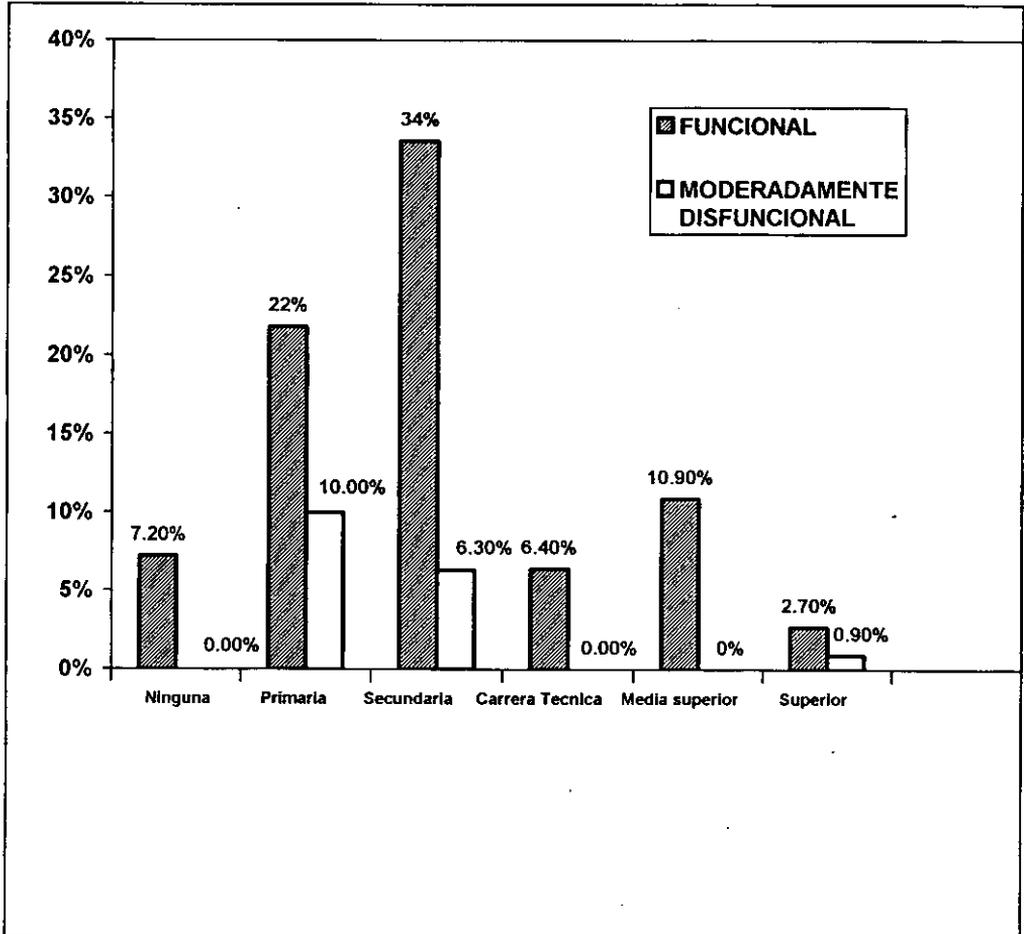
OCUPACION	GRADOS FUNCION FAMILIAR						TOTAL	%
	FUNCIONAL	%	MODERADA	%	SEVERA	%		
HOGAR	37	33.6	10	9.0	0	0	47	42.7
EMPLEADO	34	30.9	05	4.5	0	0	39	35.4
OBRERO	11	10.0	01	0.9	0	0	12	10.9
POR SU CUENTA	09	08.1	03	02.7	0	0	12	10.9
T O T A L	91	82.7	19	17.2	0	0	110	100

GRAFICA NO. 7

Pacientes con artritis reumatoide según grados de funcionalidad familiar y escolaridad en consulta externa U.M.F. 20 I.M.S.S.

Marzo- Julio 1999

Grado de Funcionalidad Familiar



Nota: No se gráfica disfunción severa, disfunción severa por no ser representativa (0%)

TABLA No.7

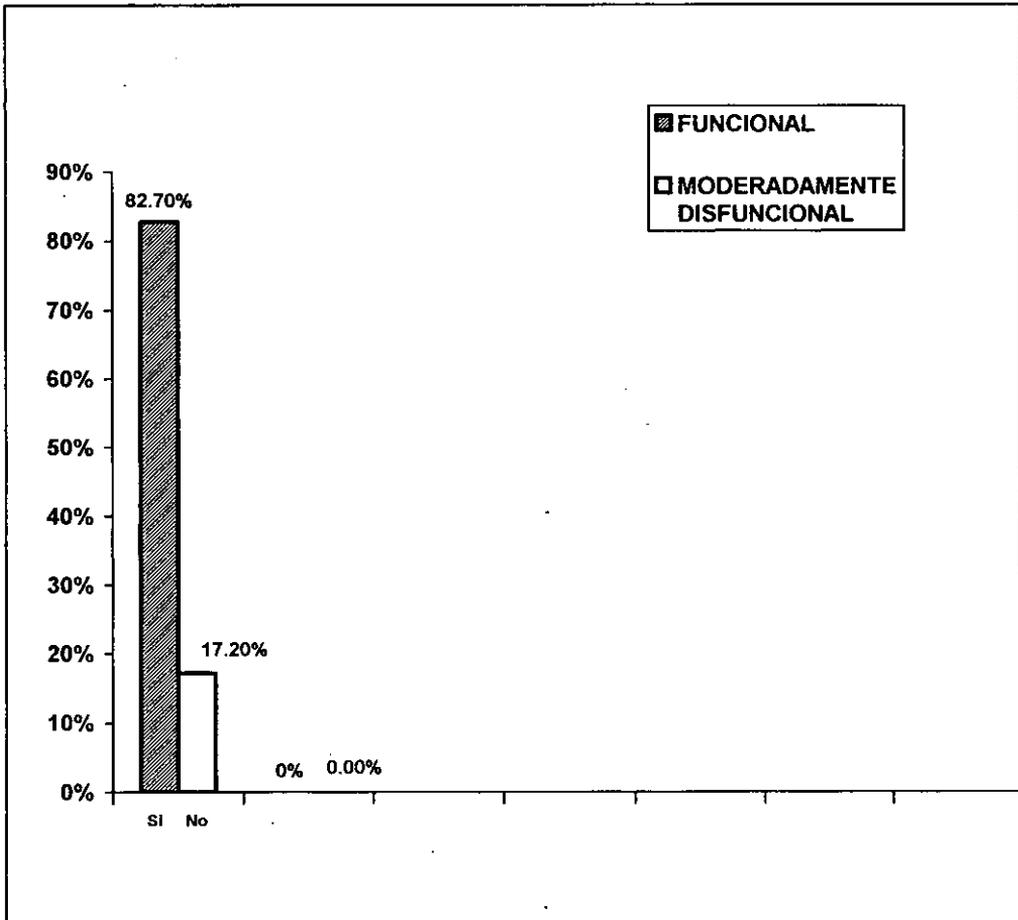
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGUN GRADOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ESCOLARIDAD CONSULTA EXTERNA U.M.F. 20 I.M.S.S. MARZO-JULIO 1999.

ESCOLARIDAD	GRADOS FUNCION FAMILIAR						TOTAL	%
	FUNCIONAL	%	MODERADA	%	SEVERA	%		
NINGUNA	08	07.2	0		0	0	8	07.3
PRIMARIA	24	21.8	11	10.0	0	0	35	31.8
SECUNDARIA	37	33.6	07	06.3	0	0	44	40.0
CARRERA TECNICA	07	06.3	00	0	0	0	07	06.3
MEDIA SUPERIOR	12	10.9	00	0	0	0	12	10.9
SUPERIOR	03	02.7	01	0.9	0	0	04	03.6
TOTAL	91	82.7	19	17.2	0	0	110	100

GRAFICA NO. 8

Pacientes con artritis reumatoide según grados de funcionalidad familiar y uso de Medicamentos para artritis en consulta externa U.M.F. 20 I.M.S.S. Marzo- Julio 1999

Grado de Funcionalidad Familiar



Uso de Medicamentos para Artritis

Nota: No hay representación de Disf.severa (0%)

TABLA No.8

PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGUN GRADOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y USO DE MEDICAMENTOS PARA ARTRITIS CONSULTA EXTERNA U.M.F. 20 I.M.S.S. MARZO-JULIO 1999.

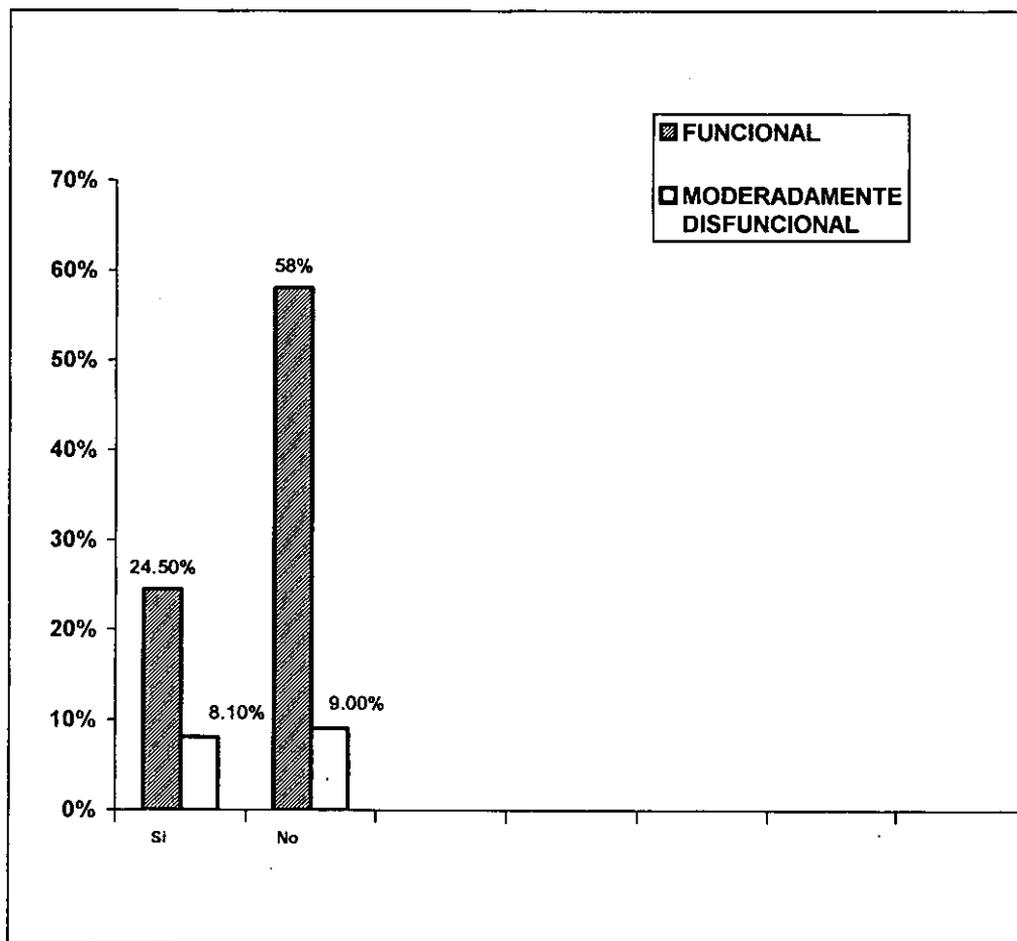
USO DE MEDICAMENTOS	GRADOS FUNCION FAMILIAR					TOTAL	%	
	FUNCIONAL	%	MODERADA	%	SEVERA			%
SI	91	82.7	19	17.2	0	0	110	100
NO	0	0	0	0	0	0	0	0
T O T A L	91	82.7	19	17.2	0	0	110	100

GRAFICA NO. 9

Pacientes con artritis reumatoide según grados de funcionalidad familiar y conocimiento de las enfermedad consulta externa U.M.F. 20 I.M.S.S.

Marzo- Julio 1999

Grado de Funcionalidad Familiar



Conocimiento Enfermedad

Nota: No se gráfica disfunción severa por no ser representativa (0%)

TABLA No.9

PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGUN GRADOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD CONSULTA EXTERNA U.M.F. 20 I.M.S.S. MARZO-JULIO 1999.

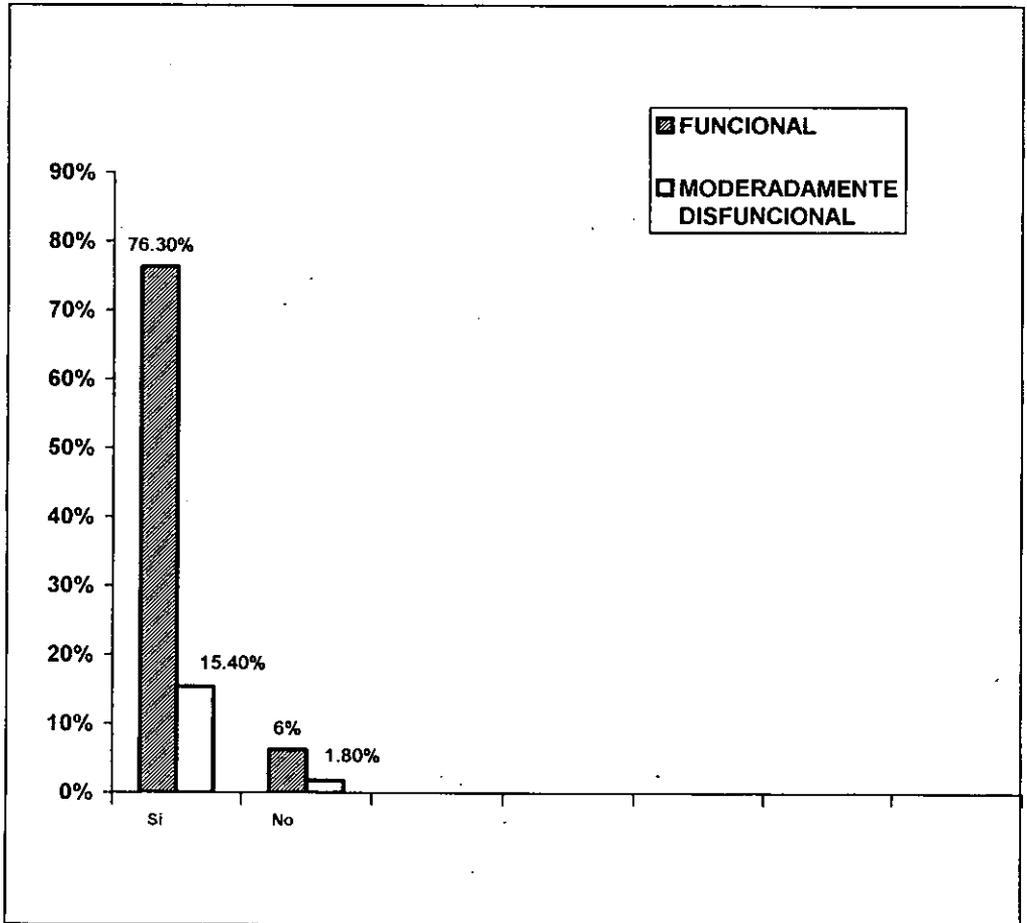
CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD	GRADOS FUNCION FAMILIAR						TOTAL	%
	FUNCIONAL	%	MODERADA	%	SEVERA	%		
SI	27	24.5	09	08.1	0	0	36	32.7
NO	64	58.1	10	09.0	0	0	74	67.2
T O T A L	91	82.7	19	17.2	0	0	110	100

GRAFICA NO. 10

Pacientes con artritis reumatoide según grados de funcionalidad familiar y control en un U. M. F. las enfermedad consulta externa U.M.F. 20 I.M.S.S.

Marzo- Julio 1999

Grado de Funcionalidad Familiar



Control en su U.M.F.

Nota: No se representa disfunción severa por no ser representativa (0%)

TABLA No.10

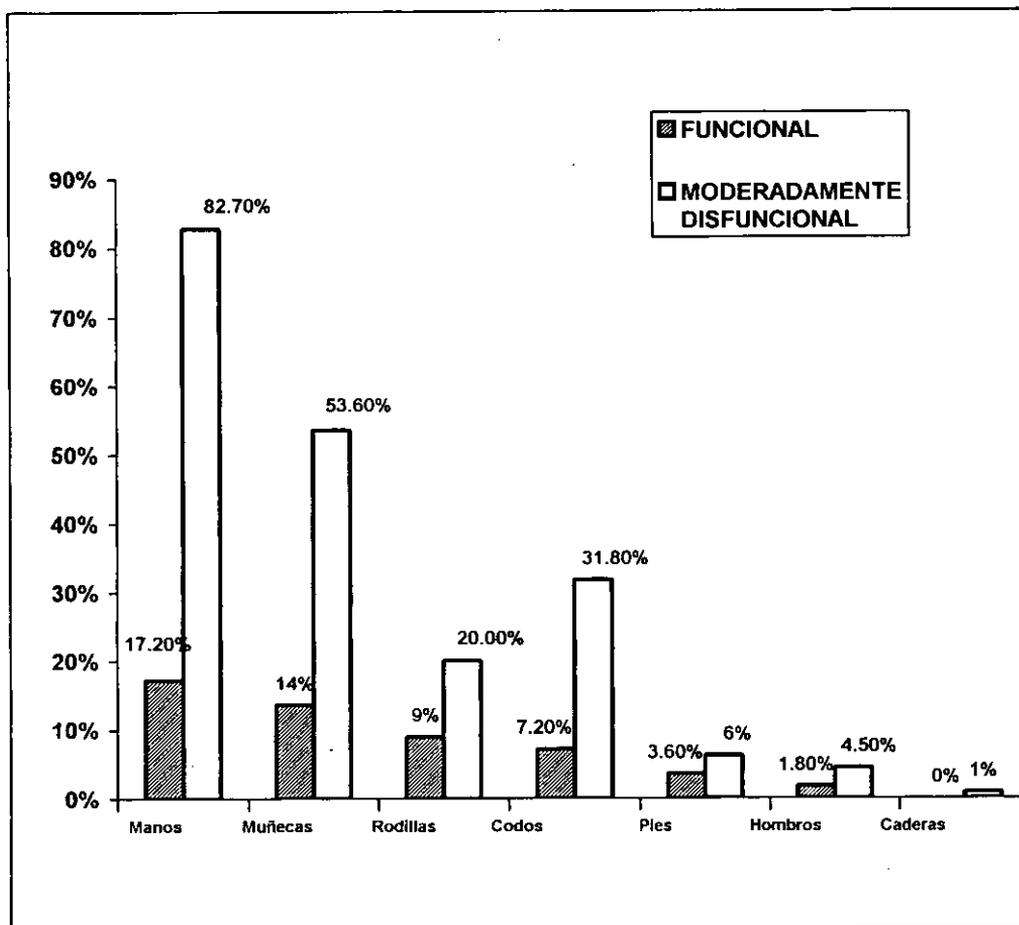
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGUN GRADOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y CONTROL EN U.M.F. CONSULTA EXTERNA U.M.F. 20 I.M.S.S. MARZO-JULIO 1999.

CONTROL EN SU U.M.F.	GRADOS FUNCION FAMILIAR					TOTAL	%
	FUNCIONAL	%	MODERADA	%	SEVERA		
SI	84	76.3	17	15.4	0	0	101 91.8
NO	07	06.3	02	01.8	0	0	09 08.1
T O T A L	91	82.7	19	17.2	0	0	110 100

GRAFICA NO. 11

Pacientes con artritis reumatoide según grados de funcionalidad familiar y articulaciones afectadas consulta externa U.M.F. 20 I.M.S.S. Marzo- Julio 1999

Grado de Funcionalidad Familiar



Articulaciones afectadas

Nota: No se representa disfunción severa por no ser representativa (0%)

TABLA No.11

PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE SEGUN GRADOS DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ARTICULACIONES AFECTADAS CONSULTA EXTERNA U.M.F. 20 I.M.S.S. MARZO-JULIO 1999.

ARTICULACIONES AFECTADAS	GRADOS FUNCION FAMILIAR			TOTAL %
	FUNCIONAL %	MODERADA %	SEVERA %	
MANOS	17.2 %	82.7%	0 %	100 %
MUÑECAS	13.6%	53.6%	0 %	067 %
RODILLAS	09.0%	20.0%	0 %	029 %
CODOS	07.2%	31.8%	0 %	039 %
PIES	03.6%	06.3%	0 %	009.9%
HOMBROS	01.8%	04.5%	0 %	006.3%
CADERAS	0.0%	0.9%	0 %	000.9%

Actividad

Funcionalidad

+ Enfermo -

+	11	80	91
-	7	12	19

R	18	92	110

Analisis de Tabla Simple

Odds ratio = 0.24 (0.07 <OR< 0.83)

Limites de Confianza de Cornfield (95%) para OR

Riesgo relativo = 0.33 (0.15 <RR< 0.74)

Limit. de Confianza (Serie de Taylor) 95% para
ignora el R.R. es estudios de Caso-control.

Valor Chi Valor-P

Sin corrección : 7.04 0.0079816 ---

Mantel-Haenszel : 6.97 0.0082720 ---

Corr. de Yates : 5.35 0.0207807 ---

Test exacto de Fisher: valor-P 1-cola: 0.01479

valor-P 2-colas: 0.01479

Un valor esperado es menor que 5.

+ Enfermo -

+	11	80	91
-	7	12	19

R	18	92	110

Limites de Confianza Exactos

Mantel CR, Patel NR, Gray R,

J. Am. Stat. Assoc., 1985, 78, 969-973.

Programa Pascal por ELF Franco & N Campos-Filho

Ludwig Cancer Institute, Sao Paulo, Brazil

Limite Exacto inferior (95%) = 0.07

Odds Ratio = 0.24

Limite Exacto superior (95%) = 0.88

<Enter> para continuar...

C
o
n
f
o
r
m
a
c
i
o
n

Funcionalidad

+ Enfermo -

+1	46	10	56
-1	45	9	54
E	91	19	110

Analysis de tabla Simple
 Odds ratio = 0.92 (0.31 <OR< 2.75)
 Limites de Confianza de Cornfield (95%) para O
 Riesgo relativo = 0.99 (0.83 <RR< 1.17)
 Limit. de Confianza (Serie de Taylor) 95% para
 Ignoira el R.R. es estudios de Caso-control

Valor Chi Valor-P

Sin corrección :	0.03	0.8688463
Mantel-Haenszel:	0.03	0.8694384
Corr. de Yates :	0.01	0.9305532

F2 más estratos;<Enter> No mas estratos;F10 Sa

+ Enfermo -

+1	46	10	56
-1	45	9	54
E	91	19	110

Limites de Confianza Exactos

Mantel OR, Patel NR, Gray R,
 J. Am. Stat. Assoc., 1985, 75, 757-775.
 Programa Pascal por ELF Franco & N Campos-Fil
 Ludwig Cancer Institute, Sao Paulo, Brazil

Limite Exacto inferior (95%) = 0.30
 Odds Ratio = 0.92
 Limite Exacto superior (95%) = 2.79

Enter para continuar...

		Funcionalidad		
		+ Enfermo -		
O c u p a c i o n	+	37	10	47
	-	54	9	63
	E	91	19	110

Análisis de Tabla Simple
 Odds ratio = 0.62 (0.20 <OR< 1.85)
 Límites de Confianza de Cornfield (95%) para OR
 Riesgo relativo = 0.92 (0.77 <RR< 1.10)
 Límit. de Confianza (Serie de Taylor) 95% para
 Ignora el R.R. es estudios de Caso-control.

	Valor Chi	Valor-P
Sin corrección :	0.92	0.3373013
Mantel-Haenszel:	0.91	0.3395071
Corr. de Yates :	0.50	0.4810788

F2 mas estratos;<Enter> No mas estratos;F10 Sal

		+ Enfermo -		
+	37	10	47	
-	54	9	63	
E	91	19	110	

Límites de Confianza Exactos

Mehta CR, Patel NR, Gray R,
 J. Am. Stat. Assoc., 1985, 78, 969-973.
 Programa Pascal por ELF Franco & N Campos-Fil
 Ludwig Cancer Institute, Sao Paulo, Brazil

Límite Exacto inferior (95%) = 0.20
 Odds Ratio = 0.62
 Límite Exacto superior (95%) = 1.85

<Enter> para continuar...

Funcionalidad

C
o
n
t
r
o
l

F
M
U

E
x
p
o
s
t
o

	+ Enfermo -		
+1	84	17	101
-1	7	2	9
E	91	19	110

Análisis de Tabla Simple
 Odds ratio = 1.41 (0.16 <OR< 5.51*)
 Límites de Confianza de Cornfield (95%) para OR
 *Cornfield inexacto. Usar preferentemente Límites
 exactos.
 Riesgo relativo = 1.07 (0.75 <RR< 1.53)
 Límit. de Confianza (Serie de Taylor) 95% para
 Ignora el R.R. es estudios de Caso-control.

	Valor Chi	valor-P
Sin corrección :	0.17	0.6818350
Mantel-Haenszel:	0.17	0.6832256
Corr. de Yates :	0.00	0.9599663
Test exacto de Fisher:	valor-P 1-coila: 0.4834	
	valor-P 2-coilas: 0.6322	

Un valor esperado es menor que 5.
 Se recomienda test de Fisher.

F2 más estratos;<Enter> No más estratos;F10 Sa

	+ Enfermo -		
+1	84	17	101
-1	7	2	9
E	91	19	110

Límites de Confianza Exactos
 menta CR, Patel NR, Gray R.
 J. Am. Stat. Assoc. 1985;78:929-979.
 Programa Pascal por ELE Franco & N Campos-Fil
 Ludwig Cancer Institute, Sao Paulo, Brazil

Límite Exacto inferior (95%) = 0.16
 Odds Ratio = 1.41
 Límite Exacto superior (95%) = 5.51

<Enter> para continuar...

Funcionalidad

+ Enfermo -

	+ Enfermo		-		
+I	27	1	9	1	36
-I	64	1	10	1	74
E	91		19		110
x					
p					
u					
e					
s					
t					
o					

Analysis de Tabla Simple
 Odds ratio = 0.47 (0.15 <OR< 1.48)
 Limites de Confianza de Cornfield (95%) para C
 Riesgo relativo = 0.87 (0.70 <RR< 1.07)
 Limit. de Confianza (Serie de Taylor) 95% para
 ignora el R.R. es estudios de Caso-control.

	Valor Chi	Valor-P
Sin corrección :	2.24	0.1348139
Mantel-Haenszel:	2.22	0.1365999
Corr. de Yates :	1.50	0.2199703

F2 más estratos;<Enter> No mas estratos;F10 Se

+ Enfermo -

	+ Enfermo		-		
+I	27	1	9	1	36
-I	64	1	10	1	74
E	91		19		110
x					
p					
u					
e					

Limites de Confianza Exactos

Menta CR, Patel NR, Gray R,
 J. Am. Stat. Assoc., 1985, 78, 968-972.
 Programa Pascal por ELF Franco & N Campos-Fil
 Ludwig Cancer Institute, Sao Paulo, Brazil

Limite Exacto inferior (95%) = 0.15
 Odds Ratio = 0.47
 Sup. (95%) = 1.48

INTERPRETACION DE RESULTADOS

Los resultados que se obtuvieron de las 110 encuestas cuya finalidad fué identificar el grado de alteración de la función familiar y los grados de actividad de la artritis reumatoide, así como el ciclo vital familiar, conformación familiar, composición de la familia, estado civil más afectado, la escolaridad, el control médico en clínica familiar y uso de medicamentos, encontrando que hubo 80 pacientes los cuales presentaron actividad mínima de artritis reumatoide y siendo funcionales lo cual es un 72.7% de la población de estudio con un 10.9% que son 12 pacientes con disfunción moderada y funcionales, con relación a la actividad moderada se encontró solo 11 pacientes funcionales y 7 con disfunción moderada lo que representa un 16.3% del total de la población estudiada, donde se pudo apreciar que la función familiar está afectada muy poco con los grados de actividad de artritis reumatoide, quedando como pregunta si estos pacientes tienen relación alguna con la actividad de artritis reumatoide o intervienen además otros factores como son los siguientes.

El estado civil fue más representativo en los casados los cuales fueron un 10.2% de disfunción moderada, siguiendo viudos con 3.6% y por último los separados con 2.7% el resto de la población fué funcional.

Según el ciclo vital los más afectados fueron los que se encontraban en el período de Independencia con un 7.2% de disfunción moderada, seguido por los de dispersión con un 5.4% habiendo en retiro y muerte solo 3.6% esto debido a los cambios que pasa la familia.

En la conformación familiar la disfunción moderada se observó predominar en la nuclear con un 8.1%, siguiendo la extensa con un 3.6%, la seminuclear con un 2.7%, Múltiple con 1.8% y la compuesta 0.9% siendo esto porque la mayoría de la población de estudio fué conformado por la familia nuclear 42.7%, esto porque en los últimos

años se ha observado unan disminución en los nacimientos y aumento de la longevidad con un cambio en la pirámide poblacional.

Pasando al aspecto de la dinámica familiar se observo mayor disfunción moderada en la integrada esto nos hace pensar que esto es dado porque la muestra principalmente fué prodominio nuclear. Según la literatura existe mayor disfunción en familias desintegradas.

Según la ocupación el desempeño en el hogar fue el más afectado en la disfunción moderada con un 9%, esto por enfrentar los problemas de todos los integrantes de la familia principalmente el sexo femenino lo cual se corrobora con la literatura.

En la escolaridad se presentó disfunción moderada en el nivel primaria 11 (10%), seguida por estudios de secundaria 7 (6.3%) esto puede estar condicionado por la clase social de las familias, que se relegan cada vez más y carecen de una cultura que las eleva, teniendo menos oportunidad de prepararse.

Hubo 19 pacientes que tomaban medicamentos y presentaron disfuncion moderada, viendo que el uso de medicamneto no esta exento de presentar disfunción.

Desconocimiento de la enfermedad ,74 pacientes lo que representa un 67.2% , presentando un 9% de disfunción moderada, lo que representa que no hay una adecuada información por parte del servicio médico que presta el servicio.

Siendo que acuden a control el 101 (91%) de los pacientes a control de su enfermedad a su clínica. Presentando un 15.4% de disfuncion moderada aún con control médico.

Las articulaciones más afectadas en ambos rubros de funcionalidad familiar fueron manos, muñecas, lo cual coincide con la literatura.

El sexo predominante de la muestra fué femenino con un 78 (70.9%) y masculino 32 (29.0%) lo cual está relacionado con la información encontrada en la literatura.

INTERPRETACION ESTADISTICA

Se realizó análisis estadístico en las variables funcionalidad familiar y grados de actividad de artritis reumatoide.

Chi cuadrada de 7.4 con P de 0.007 que es menor de 0.05 a 0.01 lo que significa que hay una fuerte asociación entre las variables y no es debido al azar. un Odds ratio de 0.24 que significa que existe un 0.24 veces más de presentar algún grado de disfunción familiar con un grado de actividad de artritis reumatoide. Con una prueba de significancia estadística del 95%.

Asociando funcionalidad familiar y conformación familiar:

Chi cuadrada 0.03 y P de 0.86 lo que significa que no hay asociación entre las variables, que es debido al azar. Un Odds ratio de 0.92 indicando que hay un 0.92 veces de presentar algún grado de funcionalidad familiar con la conformación familiar. Prueba de significancia estadística de 95%.

Asociando funcionalidad familiar y ocupación hogar:

Chi cuadrada 0.92 y P 0.33 no hay asociación entre las variables lo cual puede ser debido al azar. Odds ratio 0.62, de presentar 0.62 veces más algún grado de disfuncionalidad familiar con la ocupación hogar. Significancia estadística de 95%.

Asociando funcionalidad familiar y control en U.M.F.

Chi cuadrada 0.17 , P de 0.68 mayor de 0.05 no hay asociación entre las variables, puede ser debida al azar, Odds ratio 1.41 con un 1.41 veces más de presentar algún grado de disfunción familiar con el control en U.M.F.

Asociando funcionalidad familiar y conocimiento de la enfermedad
Chi cuadrada 2.24 y P de 0.13 no hay asociación estadística puede ser debida al azar. Odds ratio 0.47, Significancia estadística 95%, esto significa que puede ser traspasado a el resto de la población.

CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos a través de este estudio y el análisis realizado a partir de ellos se obtuvieron las siguientes conclusiones:

- 1.-La mayoría de los pacientes presentan tener grado funcional, poca disfunción familiar moderada y nula la severa.
- 2.-Se encontró asociación estadística importante entre la funcionalidad familiar y los grados de actividad familiar.
- 4.-No se encontró asociación estadística entre el grado de funcionalidad familiar y conformación de la familia
- 4.-En la composición de la familia y funcionalidad familiar no se encontró asociación estadísticamente significativa.
- 5.-Otras variables como ocupación, escolaridad, conocimiento de la enfermedad , estado civil , y control en U.M.F no se encontró asociación estadísticamente significativa.
- 6.-Las articulaciones más afectadas fueron las manos y muñecas.

COMENTARIOS

Por lo revisado en el anterior estudio, todos los pacientes son susceptibles para presentar algún grado de disfunción familiar, aunque según nuestros resultados muchos de nuestros entrevistados tenían grado funcional, sin embargo el simple echo de presentar una enfermedad crónico degenerativa es un factor para presentar disfunción familiar, por lo que creo conveniente, realizar un análisis en forma integral (biológico, psicológico y social) a los pacientes así como brindar una información amplia de su patología de fondo, no olvidando que la educación y el conocimiento es la base de el éxito en todo lo que se emprenda, ya que se puede ir preparando a las personas desde pequeños y lograr un cambio de actitud en la edad adulta y comprender que no solo es responsabilidad del médico el buen control.

En los últimos años la pirámide poblacional ha modificado su forma, prevaleciendo ahora las enfermedades crónico-degenerativas en las personas. Por lo que debemos prepararlos para que en caso de presentarla aceptarla y ayudar a controlarla, esto para ofrecer una mejor calidad de vida y una buena asistencia médica.

RESUMEN

Se realizó un estudio en 110 pacientes de ambos sexos, para determinar si los grados de actividad de artritis reumatoide está relacionado con la disfunción familiar, así mismo, su conformación, composición, ciclo vital familiar, ocupación, son factores para la disfunción familiar.

Se aplicó un cuestionario que exploraba los grados de actividad de artritis reumatoide, conformación, composición familiar y otras variables, sociodemográficas.

Encontrándose que la mayoría fue del sexo femenino (70.9%) y masculino (29%), con grado funcional y actividad mínima un (72.7%), con actividad mínima y disfunción moderada (10.9%), Actividad moderada y Funcional (10%), con actividad moderada y disfunción moderada (6.3%), No presentando actividad severa y disfunción severa ningún paciente.

El estado civil más afectado fue el casado, aunque no hubo relación estadística significativa entre estos. En cuanto al ciclo vital de la familia la más afectada fue la de dispersión en un (30.9%), en la conformación familiar fué la nuclear con un (8%) de disfunción moderada.

En la composición se encontró más afectada la integrada con un (9%), la ocupación más afectada fue hogar con un (10%) de disfunción moderada, la escolaridad fué la primaria con un (10%) de disfunción moderada.

Los pacientes que llevan control en su UMF fueron encontrados afectados con disfunción moderada (15.4%).

Los análisis realizados no tuvieron asociación estadísticamente significativa.

Las articulaciones más afectadas fueron las manos con un (17.2%) en los funcionales y 82.7% en los de disfunción moderada, seguida por las muñecas con un 13.6% en los funcionales y 53.6% en disfunción moderada. Fue más representativo el sexo femenino.

BIBLIOGRAFIA

1. JOSE LUIS HUERTA GONZALES: La familia en el proceso salud-enfermedad. 1997: 13-127
2. NATHAN W. ACKERMAN: Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Ediciones home S.A Editorial buenos aires. 1996
3. DRA. EMMA ESPEJEL ACO y cols: MANUAL PARA LA ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR. Inst. de la fam. AC. U.A.T. 1996
4. PIÑARDO MARINEZ ELIZONDO: Introducción a la Reumatología 1997; 2a edición :125-145
5. TIERNEY Jr., MCPHEE L, PAPANAKIS A.: Diagnóstico clínico Y Tratamiento. Manual moderno 1995; 33a edición: 724-729, 894.
6. ISSELBACHER; BRAUNWAL; WILSON; MARIN; FAUCI; KASPER: Harrison Principios de Medicina Interna. Editorial Interamericana. 1997 13a edición Vol. II : 1895-1904
7. ALBERTO PALACIOS BAIX: Artritis y Reumatismo Actualidades en Medicina Interna 1997; 4 : 2-18
8. ARTRITIS REUMATOIDE (AR): Revista Mexicana de Reumatología 1995; 10, Suplemento 2: 18-19
9. CARLOS LAVALLE MONTALVO: Reumatología Clínica. 1990; Editorial noriega-limusa : 325-352
10. JAIMES J; LOPEZ J; TERAN L. Determinación de Haplotipos clase II del complejo principal de Histocompatibilidad en pacientes del sexo masculino con AR. Rev. Mex. Reumat. 1998; 13: 168-71
11. -MABEL L.; VASQUEZ E. ; VALDERRAMA P. y cols. Eventos estresantes asociados al inicio y exacerbación de síntomas en pacientes con artritis reumatoide. Rev. Mex. Reumat. 1996; 11: 87-91
12. ARTHRITIS AND RHEUMATISM; Oficial of the Journal of the american rheumatism association section of the arthritis fundation. 1997; 24 No. 2: 133-148
13. GUILLERMO F. HUERTA -YÁÑEZ: Los glucocorticoides en el tratamiento de la artritis reumatoide. Rev. Mex. Reumat. 1998 ; 13 : 227-229
14. JAIMES J; YAMAMOTO J, ; VARGAS G. y cols. Rev. Mex. Reumat. 1996 ; 11: 129-131

15. KELLY W.N.; HERRIS E.D.; SLEDGE S.R. TEXTBOOK OF RHEUMATOLOGY
Editorial Philadelphia saunders 1994; 3a edición Vol.1: 833-904

16. AHAMED M. Y COLS: EPIDEMIOLOGICAL AND CLINICAL ASPECTS RELATING
TO THE VARIABILITY OF RHEUMATOID ARTHRITIS.
Seminars in Arthritis and reumatism 1997; 27: 123-140.

APGAR FAMILIAR

ANEXO 2

CASI ALGUNAS DIFICIL-
SIEMPRE OCACIONES MENTE
(2 Puntos)(1 punto)(0 Puntos)

1.Me siento satisfecho con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema.

2.Estoy satisfecho con la manera que mi familia discute de igual acuerdo - e interés y participa en la resolución de problemas conmigo.

3.Encuentro que mi familia acepta mis deseos de tomar nuevas actividades o hacer cambios en mi estilo de vida.

4.Estoy satisfecho con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos tales como ira,aflicción y amor.

5.Estoy satisfecho con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos -- juntos.

00-03 PUNTOS: DISFUNCION SEVERA)

04-06 PUNTOS:DISFUNCION MODERADA

07-10 PUNTOS:FUNCIONAL

T O T A L _____

=====

CRITERIOS DE ACTIVIDAD DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

	ACTIV. MINIMA	ACTIV. MODERADA	ACTIV. SEVERA
RIGIDEZ MATUTINA(Hrs)	_____	_____	_____
No.ARTICUALCIONES DOLOROSA	_____	_____	_____
No.ARTICUALCIONES INFLAMADAS	_____	_____	_____
FUERZA DE PRESNSION (mmHg)			
HOMBRES	-----	-----	-----
MUJERES	_____	_____	_____
TIEMPO(")DE MARCHA(50 pies)	_____	_____	_____
V.S.G.	_____	_____	_____