



11226 93
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NOROESTE. REGION "LA RAZA".
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 33
"EL ROSARIO"

CONGRUENCIA DEL DIAGNOSTICO CLINICO
RADIOLOGICO EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 33 DEL TURNO MATUTINO.



~~UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO~~ TESIS DE POSGRADO

U. M. F. No. 33 QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE MEDICO FAMILIAR

P R E S E N T A:

DRA. PATRICIA JASSO PATIÑO

ASESOR:

DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
DE LA UMF No. 33 "EL ROSARIO"



IMSS

MEXICO, D. F. A 28 DE FEBRERO DEL 2002.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



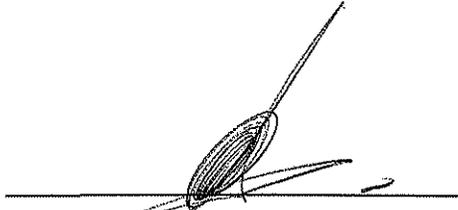
UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

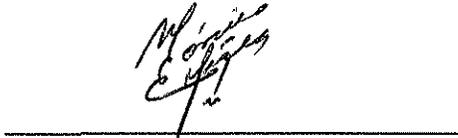
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.

AUTORIZACIONES



DR. RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
JEFE DE EDUCACION E INVESTIGACION MEDICA
DE LA UMF. NO 33 "EL ROSARIO".
ASESOR DE TESIS



DRA. MONICA ENRIQUEZ NERI
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF NO. 33
"EL ROSARIO"



DRA. MA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UMF NO. 33
"EL ROSARIO"



DRA. PATRICIA JASSO PATINO
MEDICO RESIDENTE DE 3ER. GRADO DEL CURSO DE
ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
EN LA UMF NO. 33 "EL ROSARIO".
TESISTA.

AGRADECIMIENTOS:

A MIS PADRES:

Por la confianza que me brindaron y el apoyo moral que me dieron el haber terminado y finalizado mi especialidad.

A MIS HERMANOS:

Por el empuje y el ánimo que me dieron, el haber impulsado fuerza y entrega hacia mi profesión.

AL DR. LEY SEO KY:

Por sus consejos, paciencia y cariño que me dio, al concluir una meta más en mi vida como mujer profesionista

A MIS PROFESORES:

Por su dedicación de formar médicos residentes, responsables, críticos orientados al entorno biopsicosocial de la familia.

INDICE :

TITULO.....	1
INTRODUCCION.....	2
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS	3
MATERIAL Y METODOS.....	9
RESULTADOS.....	10
TABLAS Y GRAFICAS.....	11
ANÁLISIS DE RESULTADOS.....	17
BIBLIOGRAFÍA.....	19

T I T U L O:

**" CONGRUENCIA DEL DIAGNOSTICO CLINICO
RADIOLÓGICO EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO. 33 EL ROSARIO DEL TURNO MATUTINO".**

INTRODUCCION:

La Artritis Reumatoide, es una enfermedad articular crónica, degenerativa e irreversible, en donde su incidencia es mayor entre los 40 y 60 años de edad, es tres veces mas frecuente en mujeres que en varones, su prevalencia va en aumento, ya que ocupa el segundo lugar, después de la Osteoartritis y ocupa uno de los diez primeros motivos de invalidez y de incapacidad articular. Por lo que la importancia de establecer un diagnostico temprano, mediante la identificación de los criterios clínicos y radiológicos que se utilizan, ya que las lesiones iniciales comienzan en las manos y en los tres primeros meses aparecen lesiones óseas, a nivel de estas estructuras.

En la práctica medica lo importante de poder realizar un diagnostico temprano y oportuno es en los criterios clínicos y radiográficos que describe el Colegio de Reumatología, y que nos orientan hacia un diagnostico de la enfermedad, evitando los danos que disminuyen la calidad de vida. Estos criterios en ocasiones no se realizan como deberian ser, y se da el diagnóstico solo con pruebas de laboratorio, y con un criterio clínico o radiográfico, por lo que la importancia de realizar un estudio de acuerdo a la congruencia clínica radiológica en los pacientes con el diagnostico de Artritis Reumatoide, en la UMF no. 33 , El Rosario del turno matutino.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS :

La Artritis Reumatoide es una enfermedad inflamatoria sistémica, autoinmune, crónica, del tejido conjuntivo, predominante articular de etiología desconocida y de origen multifactorial, en la que existe un infiltrado crónico de la membrana sinovial, con la presencia de linfocitos, macrófagos, células plasmáticas, que se acumulan para invadir y destruir el cartilago articular.¹

A nivel global la Artritis Reumatoide, constituye la forma mas frecuente de Artritis Inflamatoria y es la segunda después de la Osteoartritis, afecta el 1-2 % de la población, presentando una mayor frecuencia especialmente ciertas tribus de indios americanos. En México es la segunda forma de artritis y abarca el 15% de estas enfermedades inflamatorias, constituye una de las causas mas frecuentes de consulta externa, y es uno de los motivos que justifica mayor número de incapacidades trabajo.²

Esta entidad suele iniciarse en adultos jóvenes, pero puede aparecer a cualquier edad, con una incidencia máxima en la tercera y cuarta décadas de la vida. La prevalencia en la población general es de 0.8%, se estima que alrededor del 80% de los pacientes desarrolla la enfermedad entre los 30 y los 50 años de edad. Por lo que el 70% de los casos, presentan el comienzo de la enfermedad entre 25-54 años, la edad promedio de comienzo es de 42 años en varones, y 41 años en mujeres, es 3 veces mas frecuente en mujeres que en hombres, aunque en las personas mayores de 60 años de edad, la prevalencia se incrementa hasta el 2% con afectación similar en hombres y mujeres.³ La incidencia de enfermedad clínica es mayor entre los 40 y los 60 años de edad. Algunos datos demográficos estimados por el Consejo Nacional de Población (CONAPO) en la Republica Mexicana, permiten conocer que en 1998 el número de personas mayores de 65 años ascendía a 4,400,000, considerando viables los siguientes incrementos para los próximos años: 6,600,000, para el año 2010, 15,600,000 para el año 2030 y 32,000,000 para el año 2050, sugiriendo lo anterior que la prevalencia de enfermedades crónico degenerativas en nuestro país será cada vez mayor.⁴

¹ Harrison 1990.

² Kraus, 1997.

³ Kraus, 1997.

⁴ Bori, 2000.

Las enfermedades reumáticas siempre han constituido, muchas de ellas y por el origen oscuro y por las dificultades que representa su tratamiento y diagnóstico. En su mayoría están inmersas en el capítulo conocido como enfermedades crónicas degenerativas y en los últimos años principalmente en países desarrollados estas enfermedades constituyen la primera causa de morbi-mortalidad.⁵

Debido a su etiopatogenia, al aumento de la longevidad y al uso más difundido de diferentes sustancias terapéuticas, es de esperarse que en el futuro aumente su frecuencia. Estas enfermedades se clasifican como la principal causa de morbilidad entre los adultos, sus consecuencias incluyen no sólo desenlaces como la resolución de la enfermedad sino también la muerte, con daño físico, discapacidad, costos económicos elevados, toxicidad por los efectos indeseables generados por los medicamentos utilizados y la invalidez, como consecuencia probablemente más importantes, repercutiendo negativamente sobre la calidad de vida del individuo.⁶

Su importancia como problema de salud pública deriva de la necesidad de ofrecer atención médica, sea por la medicina institucional o privada, ambas necesidades de atención se traducen en la erogación de recursos, fundamentalmente económicos por concepto de atención, pago de incapacidades temporales o permanentes, pago por el costo de los medicamentos y de la fisioterapia cuando ésta es necesaria. Otro aspecto de trascendencia es la incapacidad de movimiento y autosuficiencia que en muchos sujetos reumáticos se torna con el tiempo en una característica sobresaliente, condicionando mayores erogaciones por costo de consultas y pérdidas de jornadas de trabajo.⁷

Por lo que la Artritis Reumatoide es una enfermedad crónica, que puede disminuir las expectativas y calidad de vida, y que afecta a personas jóvenes y adultas, hay una importante repercusión familiar, económico y social, por lo que hay factores relacionados que dan un mal pronóstico son: edad temprana de aparición, afección de más de 20 articulaciones, concentraciones altas de factor reumatoide, erosiones óseas en las radiografías, inflamación activa persistente, marcadores genéticos, deterioro funcional temprano y manifestaciones extra-articulares, como nódulos reumatoides, Síndrome de Sjögren, Epiescleritis, Enfermedad Pulmonar Intertiscial, Pericarditis, Vasculitis y Síndrome de Felty.⁸

⁵ Alarcon, 2000.

⁶ Bori, 2000.

⁷ Bori, 2000.

⁸ Sanchez, 2000.

La Artritis Reumatoide es una enfermedad extremadamente incapacitante que tiene una alta mortalidad, aún con una apropiada terapia medicamentosa, mas del 7% de los pacientes es tan incapacitados, después de 5 años en que se inició la enfermedad y 50% también es tan incapacitados para trabajar después de los 10 años en que se inició la enfermedad.

En el Instituto Nacional de la Nutrición y Ciencias Médicas (INNCMSZ), se seleccionaron 90 pacientes portadores de AR, con el fin de calcular los costos directos generados por atención medica, medicamentos y otros, efectuando un análisis de costo-utilidad. Durante el año del seguimiento(1998), el costo total fue de \$918,121,730, los costos de atención medica representaron el 50% por medicamentos el 27% y otros costos el 22%. Del total gastado en atención médica, la mayoría fue por exámenes de laboratorio, concretamente pruebas de función hepática, consultas y radiografías. Del vasto de medicamentos la mayoría fue en Anti-inflatorios no esteroideos, los pacientes pagaron más por Diclofenaco y Sulindaco, le siguieron los agentes de 2ª. Línea de los que pagaron más por Azatioprina y Minociclina, y menos por Cloroquina y Metotrexato. La atención medica anual de una enfermedad como la AR es costosa, si bien se consigue mejorar la calidad de vida.⁹

Por lo tanto la Artritis Reumatoide es una enfermedad con destrucción articular importante, crónica, irreversible, y que resulta gran deterioro funcional importante, por lo que la detección temprana y oportuna es fundamental, para establecer un tratamiento adecuado, así mismo prevenir o retardar al máximo las secuelas que lleven al paciente.¹⁰

Una evaluación clínica apropiada permite diferenciar distintos padecimientos reumatológicos, independientemente de su origen, logrando que la identificación de enfermedades articulares inflamatorias, degenerativas y metabólicas o traumáticas, puedan sospecharse tempranamente y en forma sencilla con la simple inspección y palpación de las distintas articulaciones de las manos y muñecas.¹¹

⁹ Garcia, 1999.

¹⁰ Fernandez, 1999.

¹¹ Bori, 1998.

La exploración física del paciente con dolor articular debe ser seguir la progresión lógica de: inspección, palpación, arcos de movimientos, pruebas musculares y pruebas ligamentosas. A la inspección de las articulaciones afectadas, tumefacción, eritema, atrofia, nódulos reumatoideos. A la palpación si hay sinovitis, en que articulaciones, si estan hiperémicas y palpar los osteofitos o nódulos. Arcos de movimientos, si hay limitación de un arco de movimientos activo o pasivo. Pruebas musculares, ver la integridad de los tendones, si hay puede haber sinovitis.¹²

Con la finalidad de dar uniformidad, se realizan ciertos criterios de diagnostico, para la clasificación de la Artritis Reumatoide de acuerdo al College of Reumatology 1987, estos poseen 91-94% de sensibilidad y 89% de especificidad y son:

- 1.- Rigidez matutina en las articulaciones de por lo menos una hora de duración antes de sentir la máxima mejoría.
- 2.- Por lo menos 3 segmentos articulares habrán tenido inflamación de partes blandas o hidroartrosis (no solamente crecimiento óseo), según observación de un médico. Las posibles 14 áreas de localización derecha e izquierda son: articulaciones interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñecas, codos, rodillas, tobillos y metatarsofalángicas.
- 3.- Por lo menos un área inflamada en una articulación de la muñeca, metacarpofalángica o interfalángica proximal.
- 4.- Afección simultanea de las articulaciones citadas en el párrafo 2, con localización en ambos lados del cuerpo (ataque bilateral de las interfalángicas proximales, las metacarpofalángicas o las metatarsofalángicas, se acepta aunque no sea totalmente simétrico.)
- 5.- Nódulos subcutáneos, sobre las prominencias óseas o las caras extensoras, o en las regiones yuxtaarticulares su observación debe estar documentada por el medico.
- 6.- Demostración de cantidades anormales de factor reumatoide sérico, por cualquier método con resultado positivo en menos del 5% de los controles normales.
- 7.- Cambios radiográficos típicos de Artritis Reumatoide en las placas antero-posteriores de manos y muñecas, que deben mostrar erosiones o descalcificaciones óseas, localizadas o muy marcada en las articulaciones afectadas (no se tomarán en cuenta cambios degenerativos como único hallazgo.)^{13 14}

¹² Bori, 1998.

¹³ Moreno, 1998.

¹⁴ Klippel, 1994.

Para diagnosticar Artritis Reumatoide se requieren cuatro de los siete criterios descritos. Los criterios 1 al 4 deben estar presentes por lo menos durante 6 semanas. No se excluyen pacientes con criterios de diagnóstico. No se hace la designación de la Artritis Reumatoide como clásica, definida o probable. Como se observa son mas criterios clínicos y exploratorios que de laboratorio, de ahí la importancia de realizar una buena historia clínica para poder llegar a un dx temprana y oportuno.¹⁵

Los criterios radiológicos que se utilizan son de acuerdo al grado de lesión o destrucción y son los siguientes:

Grado I: No hay alteraciones destructivas solo osteoporosis peri-articular.

Grado II: Osteoporosis definida, puede haber un ligero estrechamiento del espacio articular.

Grado III: Evidencia de destrucción cartilaginosa y osea, deformidad articular, casi luxación, subluxación, desviación cubital, no hay anquilosis ósea fibrosa.

Grado IV: Criterios de estadios mas anquilosis fibrosas u ósea.^{16 17}

Por lo consiguiente es importante, se requiera utilizar una radiografía de manos palmo-placa, y dorso-placa, ya que las alteraciones radiográficas se observan los 3-6 meses primeros de la sintomatología.¹⁸

Hay criterios de acuerdo al grado de funcional:

-Clase I: Capaz de desempeñar las actividades habituales de la vida diaria en forma completa (autocuidado, ocupacional o no.)

-Clase II: Capaz de desempeñar las actividades habituales para autocuidado y ocupacionales pero con limitación para actividades no ocupacionales.

-Clase III: Capaz de desempeñar actividades de autocuidado pero con limitación para actividades ocupacionales y no ocupacionales.

-Clase IV: Limitado en la capacidad para el autocuidado y las actividades ocupacionales y no ocupacionales.¹⁹

¹⁵ Martinez, 1996.

¹⁶ Beachley, 1993.

¹⁷ Franklin, 1990.

¹⁸ Franklin, 1990.

¹⁹ La Valle, 1998.

Las pruebas analíticas se utilizan con frecuencia en medicina familiar, para el diagnóstico de las enfermedades reumáticas, una de ellas es el factor reumatoide, que es una inmunoglobulina IgM, que se une a la porción FC de la IgG. Este se detecta en aproximadamente el 80-90% de los pacientes con AR, y es considerado como prueba diagnóstica para AR, de forma similar a la glucemia, en la Diabetes.²⁰ No obstante el factor reumatoide no se puede utilizar como prueba diagnóstica específica para la AR debido a que el FR se observa en muchas enfermedades como Lepra, Tuberculosis, Hepatopatías, Sífilis.²¹ Y que además se observa al menos el 1%, de la población normal, en las pruebas de detección serológica, aproximadamente 10-20% con AR nunca desarrollan FR y son clasificados como seronegativo, y muchos pacientes de este tipo presentan progresión radiológica. Durante los primeros 3 meses, el FR se detecta el 33% y el 60% en los 6 meses primeros, por lo tanto la positividad para el FR es menos probable en las fases iniciales de la enfermedad, cuando sería más útil realizar la sintomatología, exploración y radiológica.²²

²⁰ Yangio, 2000.

²¹ Martínez, 1996.

²² Canoso, 1997.

MATERIAL Y METODOS.

El estudio se realizó en la Unidad de Medicina Familiar no. 33 "El Rosario" del IMSS, Av. Renacimiento y Av. De las Culturas de la Unidad del Rosario, en la delegación Azcapotzalco, en México D.F., en el periodo comprendido del 1ero, de marzo del 2001 al 28 de febrero del 2002, en el servicio de radiología, en el turno matutino, con el objeto de determinar la frecuencia de la congruencia del diagnóstico clínico radiológico en los pacientes con Artritis Reumatoide, en la misma UMF no. 33.

El tipo de estudio fue observacional, prospectivo, transversal y descriptivo, fue una muestra al azar, donde se incluyeron todos los pacientes con el diagnóstico de Artritis Reumatoide usuarios de la UMF 33, que acudan al servicio de radiología, con solicitud de rayos "X", del turno matutino, ambos sexos, entre 30 y 60 años de edad. Se excluyeron a pacientes que no cuenten con el diagnóstico de Artritis Reumatoide, con ninguna otra enfermedad articular o inmunológica, que sean del turno vespertino, que sean menores de 30 años o mayores de 60 años, que no sean usuarios a la UMF No. 33, y que no acudan al servicio de radiología. Se eliminaron a los pacientes los cuales no se encuentre el expediente clínico.

A los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, se busco y se anoto en el expediente clínico, en una tabla con los siguientes datos: nombre del paciente identificado, numero de afiliación, edad, sexo, corroborar el diagnóstico de Artritis Reumatoide, observar la descripción clínica que realiza el medico familiar, así como la descripción que realizar el radiólogo, anotar si solicitaron la prueba inmunológica, el Factor Reumatoide, todos estos datos con el fin de ver si hay congruencia clínica radiológica para realizar su diagnóstico de Artritis Reumatoide.

El análisis estadístico de la información se realizó a través del procedimiento estadístico descriptivo, obteniéndose promedios y frecuencias, seguidos de la representación de los resultados en tablas y graficas. Los textos, cuadros y graficas, fueron procesados en una computadora PC a través de los siguientes programas: Word, Excel. Finalmente la información recabada fue comparada con la bibliografía existente y se establecieron conclusiones y alternativas de solución.

RESULTADOS:

El presente estudio se evaluó a 21 pacientes derechohabientes de la UMF No. 33, en el turno matutino, y que acudieron al servicio de radiología con solicitud, los cuales reportaron los siguientes resultados: en lo que respecta a las edades, el 5% (1), corresponde entre el 25-35 años, así mismo 5% (1) de 31-35, años, el 14%(3) de 36 a 40 años, el 23% (5) de 41 a 45, el 18% (4) de 46 a 50 años, el 10% (2) de 51 a 55, el 5%(1) de 56 a 60 años, 10%(2), de 61 a 65 años y el 10% (2), entre 66 a 70 años. Con una media en la edad entre 45 años.

En la tabla no. 2 se describe que el sexo, femenino tiene 71%(15 casos), el masculino 29% (5 casos), observando en la grafica que el sexo predominante fue el femenino.

En la tabla no. 3, se observó que el número de solicitudes de rayos "X", tenían el diagnostico de Artritis Reumatoide así como en su expediente clínico, lo que todos los pacientes fueron diagnosticados con esta enfermedad, correspondiendo a los 21 paciente abarcando el 100% como se observa en la grafica.

En cuanto a la congruencia clínica, que se encontró, solo 4 casos (19%) que especificaban los criterios anotados, y 17 casos (81%) no se encontró los criterios.

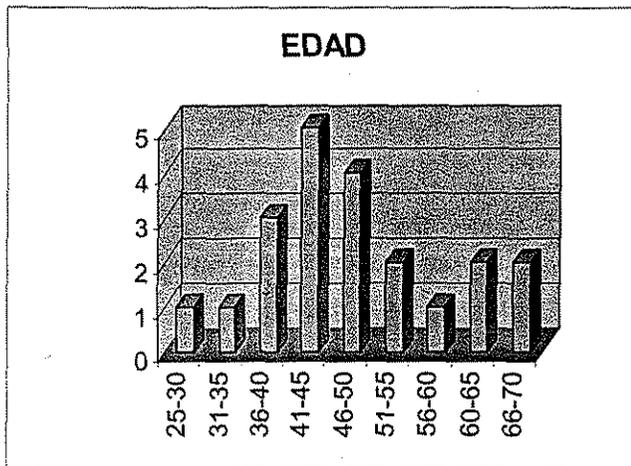
En lo que respecta a la congruencia radiológica, 15 casos,(71%), si cuentan con datos radiológicos para el diagnostico, y 6 casos (29%), no se observan lesiones óseas.

En la última tabla no. 6 se evaluó, si toman en cuenta el estudio Factor Reumatoide, para el diagnostico, en donde 17 casos (81%), lo solicitaban, y solo 4 casos(19%) no lo solicitaba.

DISTRIBUCION POR EDADES

EDAD	NO. CASOS	PORCENTAJE
25-35	1	5%
31-35	1	5%
36-40	3	14%
41-45	5	23%
46-50	4	18%
51-55	2	10%
56-60	1	5%
60-65	2	10%
66-70	2	10%
TOTAL	21	100%

GRAFICA NO. 1

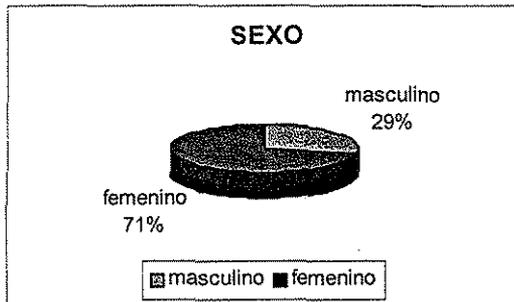


*FUENTE: Expediente clinico.

DISTRIBUCION POR SEXO

TABLA NO. 2		
SEXO	NO. CASOS	PORCENTAJE
FEMENINO	15	71%
MASCULINO	6	29%
TOTAL	21	100%

GRAFICA NO. 2

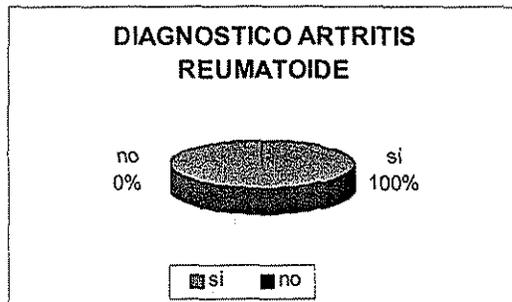


*FUENTE: Expediente clinico.

**DISTRIBUCION DEL DIAGNOSTICO
ARTRITIS REUMATOIDE**

TABLA NO. 3		
DX. AR	NO. CASOS	PORCENTAJE
SI	21	100%
NO	0	0%

GRAFICA NO. 3



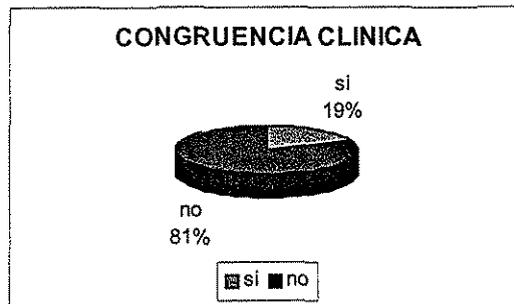
*FUENTE: Expediente clinico.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CONGRUENCIA CLINICA

TABLA NO. 4		
CONGRUENCIA CLINICA	NO. CASOS	PORCENTAJE
SI	4	19%
NO	17	81%
TOTAL	21	100%

GRAFICA NO. 4

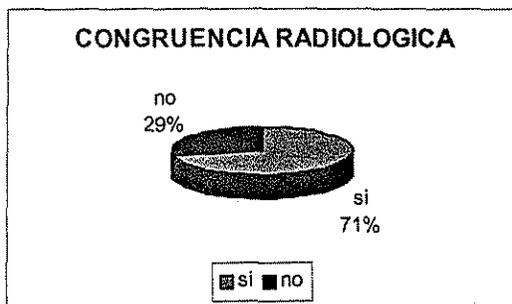


*FUENTE: Expediente clinico.

CONGRUENCIA RADIOLOGICA

TABLA NO. 5		
CONGRUENCIA RADIOLOGICA	NO. CASOS	PORCENTAJE
SI	15	71%
NO	6	29%
TOTAL	21	100%

GRAFICA NO. 5

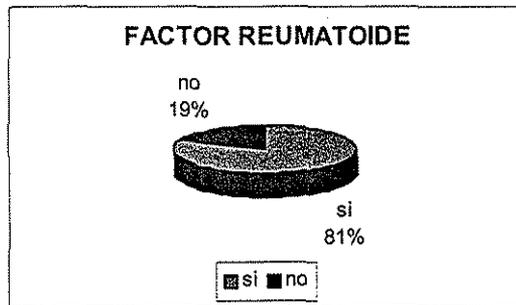


*FUENTE: Expediente clinico.

FACTOR REUMATOIDE

TABLA NO. 6		
FACTOR REUMATOIDE	NO. CASOS	PORCENTAJE
SI	17	81%
NO	4	19%
TOTAL	21	100%

GRAFICA NO. 6



*FUENTE: Expediente clinico.

ANÁLISIS DE RESULTADOS

La Artritis Reumatoide es una enfermedad articular del tejido conjuntivo, inflamatoria, crónica, que constituye la segunda causa mas frecuente de las artritis inflamatorias, después de la Osteoartritis, afecta el 1-2% de la población en general, suele iniciarse en adultos jóvenes, y es más frecuente en la mujer, en este estudio encontramos una frecuencia del 71% en el sexo femenino, con una mayor incidencia entre la tercera y la cuarta década de la vida, la edad promedio se encuentra entre los 40-45 años de edad.

Con finalidad de unificar criterios, expongo ciertas normas del College of Rheumatology 1987, que son de gran utilidad, ya que poseen el 91-94% de sensibilidad y el 89% de especificidad, siete de estos son datos clínicos, los cuales deben de estar presentes durante 6 semanas, y otro criterio es el radiológico, el cual demuestra el grado de lesión o destrucción ósea, que se observa entre tres y seis semanas de iniciada la sintomatología.

Como observamos en este estudio, no existe congruencia clínica radiológica diagnóstica, pues no reúne los criterios que se expusieron anteriormente, ya que solo el 19% de la congruencia clinica los toma en cuenta para poder realizar su diagnostico y el 29% de la congruencia radiológica no cuenta con éstos para pensar en el diagnóstico.

Es frecuente, que se solicite el Factor Reumatoide, con fines diagnósticos, pero que ésta solo detecta el 80% de pacientes con Artritis Reumatoide no es muy especifica, ya que se ha observado en otras enfermedades inmunológicas y también se ha visto en población normal, por lo que no debemos de utilizarla tan frecuentemente para confirma el diagnóstico, en este estudio se utilizó en el 81% de los casos. Por lo que considero no adecuado para la confirmación del diagnóstico como primera instancia.

Por consiguiente en esta investigación, nos podemos dar cuenta que la mayoría de los médicos de esta unidad, no utiliza los criterios diagnóstico, lo cual origina una incongruencia en el diagnóstico clínico radiológico.

Por todo lo anterior es importante que los médicos, tengan los criterios de diagnóstico, pues éstos les permitirán llegar a una congruencia clínica y radiológica para hacer correctamente el diagnóstico definitivo, temprano y oportuno, evitando la incapacidad articular que ayude a mejorar la calidad de vida del paciente.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.-Alarcón D, Artritis Reumatology, Medicina General, febrero 2000, vo. 2 no. 12, pp 43-5
- 2.-Beachley C, Radiología de la Artritis Reumatoide, Clinica de Atención primaria 1993, vol 4, interamericana, pp 885-911.
- 3.-Bori.S.G; Principales enfermedades reumaticas en México, Aspectos epidemiológicos e impacto socioeconómico. Rev. Mex. Reumat. 2000 vol 15(6): 183-201.
- 4.-Bori G, Utilidad diagnóstica de la exploración de las manos en el paciente reumático. Medicina Interna de México, Marzo-Abril 1998, vol 14, no. 2 pp 60-71.
- 5.-Canoso J, Rheumatology in primary care, Chapter 12, Rheumatoid arthritis, Saunder Company 1997, pp 59-73.
- 6.-Franklin E. Compendio de Rheumatology, Reumatología Clinica, 1990, vo. 1 pp. 60-65
- 7.-Fernandez V, JM; Juárez R.C. Schenk P.J.; Deformidad en cuello de cisne de los dedos en la Artritis Reumatoide Rev. An. Asoc Med Hosp. ABC 1999; vol 44(4): 163-168.
- 8.-Garcia.A; Artritis reumatoide, Rev. Fac. Med. UNAM 1999,vol 42(2): 78-79.
- 9.-Harrison, Principios de Medicina Interna, Artritis Reumatoide, 13 ava edición, Editorial Interamericana, pp 1887-1896.
- 10.-Klippel J, Rheumatology, Mosby Londres, 1994, pp. 864'870
- 11.-Kraus A, Artritis Reumatoide, Revista de vinculación, noviembre-diciembre 1999, año 3, no 14, pp 45-48.
- 12.-La Valle, Manual de Reumatología, Guía practica de Artritis Reumatoide 1998, 1era edición, pp 2-57.
- 13.-La Valle, Manual de Reumatología, Guía practica de Artritis Reumatoide 1998, 1era edición, pp 2-57.
- 14.-Martinez-Elizondo P, Martinez-Osuna J, Reuma información practica, 2da. Edición México, 1996. pp 1-7.

15.-Sanchez J, Para la Salud, Artritis Reumatoide, mayo 2000, año 4 no. 38 pp 27-38.

16.-Starz Terence, Diagnóstico de la Artritis Reumatoide, Clinicas de Atención Primaria, Vol. 6 1998, Ed Interamericana, Pp 858-969.

17.-Yangio D, Artritis Reumatoide, Atención Medica, febrero 2000, pp 3-10.