

11227
132

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ

ESTADO DE SALUD Y FUNCION FISICA EN PACIENTES
ADULTOS CON ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL.

ARTICULO QUE PRESENTA:

DRA. LILIA SUSANA VALDEZ MOYA

Residente de 4to. año de Medicina Interna

Para obtener el titulo de la especialidad de Medicina Interna

ASESOR DE TESIS:

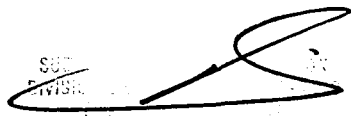
DR. RICARDO ORTIZ GARCIA

Medico adscrito al servicio de Reumatologia-Medicina Interna

del Hospital General Dr. Manuel Gea González

México DF. Septiembre del 2003.

SUB
DIVISION



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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.

**TESIS
CON
FALLA DE
ORIGEN**


AUTORIZACIONES



DR. GERMAN FAJARDO DOLCI
DIRECTOR DE ENSEÑANZA



DRA. ANA FLISER STEINBRUCH
DIRECTORA DE INVESTIGACION



DR. ROGELIO ZACCARIAS CASTILLO
JEFE DE LA DIVISION DE MEDICINA INTERNA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**ESTADO DE SALUD Y FUNCION FISICA EN PACIENTES CON
ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL**

DRA. LILIA SUSANA VALDEZ MOYA

**RESIDENTE DE 4TO. AÑO DE MEDICINA INTERNA DEL
HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ**

DR. RICARDO ORTIZ GARCIA

**ADSCRITO AL SERVICIO DE REUMATOLOGIA - MEDICINA
INTERNA DEL HOSPITAL GENERAL DR. MANUEL GEA
GONZALEZ**

DR. ROGELIO ZACARIAS CASTILLO

**JEFE DE LA DIVISION DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL
GENERAL DR. MANUEL GEA GONZALEZ**

Correspondencia: Dra . Lilia Susana Valdez Moya. Dirección Tirampies 10 Col. Pedregal
de Santa Ursula. CP 14438 Tel. 55-13-95-04. FAX 55-73-89-39 e mail.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ESTADO DE SALUD Y FUNCIÓN FÍSICA EN PACIENTES ADULTOS CON ARTRITIS REUMATOIDE JUVENIL.
LILIA SUSANA VALDEZ MOYA. * RICARDO ORTIZ GARCÍA * * ROGELIO ZACARIAS CASTILLO * * *

RESUMEN

La artritis reumatoide juvenil (ARJ) es un problema de salud mundial en el que generalmente en la adolescencia lleva un adecuado control pero sin embargo después de los 16 años de edad no tiene un adecuado tratamiento es hasta la edad adulta cuando nuevamente son tratados es decir que durante 2-3 años no llevan un adecuado control, y en este tiempo suelen presentar secuelas articulares importantes que limitan su capacidad física modificando de manera importante su estado biopsicosocial aproximadamente 40% de estos pacientes presentan lesiones articulares de incapacitantes por lo que consideramos importante conocer que tipo de daño articular es el más frecuente, y que tipo de tratamiento es el más efectivo para así poder establecer medidas preventiva para estas complicaciones e igualmente para poder conceder a la calidad buena de vida a los pacientes con la artritis el reumatoide juvenil, esto mediante la aplicación de encuestas y un adecuado examen físico general e historia clínica las encuestas prescriben al general con lo que concluimos que las articulaciones más afectadas son: caderas, pies, manos, e incluso puede existir un daño articular importante generalizado que limita completamente el movimiento, así como se pudo identificar que el tratamiento con esteroide indicado de manera adecuada es la mejor opción para este tipo de pacientes, y que la actividad física también juega un papel importante.

PALABRAS CLAVE: Artritis reumatoide juvenil, incapacitantes, daño articular.

STATE OF HEALTH AND PHISICAL FUNTION IN MATURE PATIENTES WITH ARTHRITIS JUVENILE REUMATOIDE
LILIA SUSANA VALDEZ MOYA. * RICARDO ORTIZ GARCÍA * * ROGELIO ZACARIAS CASTLE * * *

SUMMARY

The arthritis reumatoide juvenil(ARJ), its a problem of world health to which generally assisted however in the adolescence eleven the attended patient completes the mature age they don't take an appropriate pursuit that to say that approximately the 16 year-old leaves of being assisted in pediatrics they go later to the service of adult's rheumatology up to 2-3 years for what important to know which is the grade of damage that presents since practically during this period of it cheats medical care it not given, approximately 40% of these patients presents lesions incapacitantes articulares altering its state biopsicosocial of these for what we consider important to settle down which will be the grade of damage to you articulate yourself in mature patients with this pathology, which helped us to establish preventive measures for this complications, and likewise to be able to grant to better quality of life the the patients with arthritis juvenile reumatoide, applying questionnaires and carrying out an appropriate exam prescribes general with that which we could know that the most affected articulations it plows mainly hips, feet, hands and until damage even exists to you articulate yourself widespread, ace well ace to establish another decisive factor of damage to articulates the treatment type, and the activity that the patient carries out.

PASSWORDS: arthritis juvenile reumatoide, incapacity, articular damage

*Residente de 4to año de Medicina Interna, **Adserito de Reumatotologia-Medicina Interna,***Jefe de la division de Medicina Interna .Hospital General Dr. Manuel Gen González

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCION

La artritis reumatoide juvenil es una forma crónica de artritis que inicia antes de los 16 años sin una causa subyacente obvia, la mayor parte de estos casos no se asemeja a la artritis reumatoide del adulto por lo que el término más apropiado es el de artritis crónica juvenil. Se han identificado varios subgrupos en base a la forma de inicio, características clínicas y diferencias inmunogenéticas (1,3)

En cerca del 20% de los pacientes hay una artritis de inicio sistémico o enfermedad de Still que puede comenzar a cualquier edad sin ser seropositivos para FR o AAN, las características clínicas incluyen fiebre diaria en agujas, exantema evanescente de color salmón, linfadenopatía, hepato esplenomegalia poliserositis, leucocitosis, trombocitosis y anemia. Puede confundirse con otras patologías. Sólo el 10% de los enfermos cursan con poliartritis crónica y deformaciones articulares. Guarda firme relación con el HLA.(2)

El 40 % de los pacientes son mujeres en las enfermedades poli articulares, el otro 40 % de los pacientes tienen una afección de inicio pausiartricular y se caracteriza principalmente por presentar uveítis e iridociclitis crónica, es más común en varones cuando comienza a edad mayor a 16 años. En casi todos los pacientes hay HLAB27.(2,7)

El tratamiento depende de la gravedad de la afección, sin embargo es indispensable prevenir complicaciones como la incapacidad motora y la ceguera.(2,7)

Se cree Que la ARJ pertenece a la clase de enfermedades del colágeno (las enfermedades relacionadas con el tejido conectivo). Es una enfermedad complicada cuya primera manifestación es la artritis pero Que también puede afectar otros sistemas del cuerpo tales como el corazón y su revestimiento (pericardio), los pulmones y su revestimiento (pleura), los ojos y la piel. La artritis sistémica afecta al 20% de los enfermos con artritis juvenil y presenta síntomas como fiebre, salpudido y esplenomegalia además de inflamación Particular. De acuerdo a lo anterior podemos dividirla

La forma oligoartricular Que es la más común, aproximadamente la mitad de los pacientes pertenecen a este subtipo. Tiene franco predominio por el sexo femenino. Afecta menos de cinco articulaciones. Puede ser benigna pero una tercera parte de los pacientes desarrolla poliartritis ("oligoartritis extendida"). No se presentan síntomas sistémicos pero tiende a presentar alteraciones oculares como la uveítis y la iriditis Que pueden ser subclínicas, por lo Que es necesario un chequeo oftalmológico periódico. En un 70-80% de los pacientes se detectan AAN(+) y usualmente el factor reumatoide es (-). El pronóstico es bueno, siendo más reservado cuando cursa con oligoartritis extendida o con uveítis crónica ya que la severidad de las secuelas se asocia a inflamación intraocular crónica y éstas pueden ser más severas Que las relacionadas con el mismo compromiso articular.(2 ,3)El segundo subtipo más frecuente es el poliarticular. Persiste el predominio del sexo femenino.Tiende a ser simétrica y a afectar articulaciones de todos los tamaños y cursa con complicaciones sistémicas del tipo anemia, desnutrición y puede comprometer varios órganos internos pero el compromiso ocular es menos frecuente Que en la oligoartritis. En la mitad de los pacientes se detectan AAN(+) en 15-25% de los casos son seropositivos para el factor reumatoide. Las formas seropositivas son más severas y persistentes ("patrón adulto de la ARJ"). (2,4,1)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La forma sistémica de ARJ es la que corresponde a la descripción clínica que hace un siglo hizo Sir Frederick Still. Es la menos común de los subtipos, 10-20% de los casos, la distribución por sexos es similar. Debe incluirse en el diagnóstico diferencial de todo Síndrome Febril prolongado, pero debe ser un diagnóstico de exclusión ya que puede simular infecciones crónicas, tumor oculto u otras enfermedades autoinmunes. Su diagnóstico puede ser muy difícil, especialmente cuando la artritis no está presente desde el inicio. La fiebre se asocia a rash evanescente, serositis, visceromegalias y la artritis tiende a ser poliarticular y cuando es persistente, es habitualmente severa y deformante. Los paraclínicos reportan: anemia, leucocitosis con neutrofilia a veces, en rango de reacción leucemoide y trombocitosis (11,13)

Característicamente, tanto el factor reumatoide como los AAN son negativos. El compromiso ocular es raro. El pronóstico es reservado cuando hay artritis persistente (2,5). En casi 40% de los pacientes el inicio de la enfermedad es poliarticular tiene predominio en mujeres, la mayoría de los pacientes son seronegativos, y los seropositivos tienen peor pronóstico, el HLA-DR4 guarda firme relación con la afección seropositiva y en los seronegativos aumenta el grado de afección cuando se presenta el HLA-DR8 y DP3.(2,14)

El Colegio Americano de Reumatología estableció los siguientes criterios diagnósticos en 1977: edad de inicio antes de los 16 años, artritis de curso crónico (>6-8 semanas), basada en la presencia de signos directos de artritis (derrame sinovial) o en la presencia de dos o más signos indirectos de artritis (dolor a palpación y/o movimiento articular o pérdida funcional articular), excluir otras causas de artritis. Según su forma de inicio se clasifican en: oligoarticular, poliarticular y sistémica. Estos criterios fueron validados en 1986 y se incluyeron los subtipos según el curso clínico.

El seguimiento a largo plazo de grupos grandes de pacientes, ha permitido establecer que aproximadamente un 20-30% responden bien al tratamiento con AINES pero el restante 70-80% de los pacientes no remiten fácilmente y pueden requerir tratamiento prolongado y el uso de inmunomoduladores o inmunosupresores o incluso, se refractarios al tratamiento. Se conoce que aproximadamente un 70-80% de los pacientes están en remisión permanente antes de alcanzar la edad adulta, pero más de la mitad de los pacientes con poliartitis o ARJ sistémica pueden estar aún activos después de cinco años del inicio de la enfermedad. Existe una estrecha relación entre la duración de la enfermedad y el tipo y severidad de las complicaciones y secuelas. Se ha determinado que el curso de la enfermedad en el primer año es un marcador pronóstico importante. Por lo tanto, el diagnóstico temprano y la selección adecuada del tratamiento así como la calidad del tratamiento y la buena adherencia al mismo, son determinantes pronósticos importantes. Las complicaciones durante la enfermedad activa se relacionan con: grado del daño articular, déficit funcional, alteraciones locales y sistémicas del crecimiento, complicaciones hematológicas y las complicaciones derivadas del compromiso de órganos internos y las derivadas del tratamiento. Las secuelas se clasifican: déficit funcional permanente, retraso pondoestatural, osteoporosis, discapacidad escolar-laboral, etc.2.

También se han unificado los criterios para definir la actividad de la enfermedad. Estos incluyen parámetros clínicos, paraclínicos y pruebas funcionales. Estos criterios también se toman para valorar beneficio terapéutico del tratamiento establecido. Existe consenso en que éste ha de ser: individualizado, dinámico e integral, o sea no sólo limitado a medicaciones sino que incluya rehabilitación y soporte psicosocial.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La presencia de factor reumatoide es un marcador de enfermedad severa. Las formas seropositivas tanto poli como oligoarticulares, deben considerarse de alto riesgo. Las deformidades articulares y erosiones óseas son comunes en estos paciente aún en fases tempranas de la enfermedad. Adicionalmente, presentan menor tendencia a remisión permanente y las secuelas acumulativas son menores. Estos pacientes también presentan una mayor tendencia a comprometer órganos internos y a desarrollar vasculitis reumatoide. (14,22)

También se han reportado casos de ARJ SEROPOSITIVAS que migran a LES (2,22) Estudios de inmunogenética han permitido identificar genes de riesgo para el desarrollo de determinadas complicaciones. Existe una asociación positiva entre HLA DR4 y la presencia de factor reumatoide. Estos pacientes desarrollan más frecuentemente formas erosivas y muy persistentes de enfermedad, vasculitis y Síndrome de Felty. La presencia de HLA DQA1 * 0101 también se asocia a poliartritis erosiva pero tienen un menor riesgo de desarrollar uveítis crónica. En los pacientes con "patrón adulto de ARJ" se ha detectado una mayor frecuencia de DR, DR4 y TCR V BETA 14. Los pacientes con oligoartritis de inicio temprano tienen mayor riesgo de desarrollar uveítis si son (+) para DR5, DR8 mientras que DQA1 *0101 tiene un protector para el desarrollo de uveítis.

Los pacientes con ARJ oligoarticular y DPW3 tienden menor riesgo de presentar oligoartritis de curso poliarticular. (21, 12-15,30) Un 20-35% de los pacientes con ARJ desarrollan enfermedad erosiva. Si se detectan erosiones óseas en forma temprana (en el primer año de evolución), se ha encontrado que estos pacientes habitualmente desarrollan enfermedad persistente y severa. Habitualmente son del tipo poliarticular y sistémico. La RNM es superior a los estudios radiológicos para identificar tempranamente erosiones óseas y otros signos de lesión subcondral. (16-17, 30)

El inicio sistémico de ARJ con compromiso poliarticular temprano es un marcador de riesgo para formas severas de enfermedad. ARJ SISTÉMICA asociada a: persistencia de enfermedad sistémica, poliartritis, recuentos leucocitarios >20.000 xmm³, trombocitosis > 600.000 xmm³, hemoglobinas < 10 gr y VSG >40/h se asocian a formas severas de enfermedad. La aparición temprana de signos radiológicos de lesión subcondral, se asocia a enfermedad erosiva persistente. (18-19.)

Recientemente, se ha reevaluado el pronóstico de las formas oligoarticulares, especialmente la de curso poliarticular ya que en este grupo se pueden observar formas muy persistentes y destructivas similares a las de inicio poliarticular.

Aproximadamente el 15% de los pacientes no presentan dolor articular. Esto favorece el diagnóstico tardío y predispone a la aparición de complicaciones y es frecuente el compromiso ocular. Estos pacientes se consideran de alto riesgo. 10,21. ARJ que presente pobre respuesta a AINES y que tampoco presenten respuesta satisfactoria o sostenida con inmunomoduladores, deben considerarse como de alto riesgo. Se ha encontrado que no hay factores que permitan diferenciar los "pacientes respondedores" de los "no respondedores" pero que si no se observa una buena respuesta terapéutica en los seis primeros meses de tratamiento o que han perdido el beneficio terapéutico de estas medicaciones, es poco probable que la enfermedad entre en remisión y en ellos está indicado el uso de inmunosupresores para evitar la progresión de la enfermedad. (12,22,24.)

Los pacientes con poliartritis que presentan compromiso temprano y/o prominente de manos y caderas, tienden a desarrollar enfermedad persistente. Lo mismo sucede con pacientes que presentan nódulos reumatoides o que desarrollan tempranamente quistes sinoviales y deformidades articulares. (2, 25, 30)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se ha observado que pacientes con ARJ seropositiva poliarticular asociada a raynaud y a AAN(+) pueden migrar a un LES. Estos pacientes requieren control serológico periódico y deben ser considerados de alto riesgo. 26.

Son también de alto riesgo aquellos pacientes que se identifican en fases avanzadas de la enfermedad y quienes presentan mala adherencia al tratamiento. Estos pacientes presentan una respuesta más pobre al tratamiento y están en mayor riesgo de desarrollar toxicidad a drogas dado que su beneficio terapéutico y efectos secundarios no son adecuadamente monitorizados. (2,14, 27)

La identificación temprana de pacientes con esta patología es indispensable para prevenir las complicaciones a largo o corto plazo; y más aún en pacientes que cursan con enfermedad severa, quienes requieren que en forma temprana se les brinde un tratamiento individualizado, dinámico e integral ya que esto repercutirá positivamente en su pronóstico.(27) Por otro lado, existen formas benignas de ARJ que no justifican tratamientos con medicaciones que potencialmente pueden inducir toxicidad importante. (2,29.)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MATERIAL Y METODO

El presente estudio fue realizado en el Hospital General Dr. Manuel Gea González en la consulta externa del servicio Reumatología de la División de Medicina Interna, cuyo universo de estudio fue integrado por los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide juvenil que acuden a dicho servicio, a los cuales se realizó una historia clínica completa así como un examen médico minucioso aplicándose además dos cuestionarios HAQ DI(HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE DISABILITY INDEX), que se utiliza para determinar función física de los pacientes con artritis el cual se basa en un escala ordinal que va desde ninguna dificultad hasta el no poder hacerlo, con calificaciones 0-10 siendo que a mayor puntuación mayor incapacidad, y el AIMS (ARTRITIS IMPAC MEASUREMENT SCALES), el cual mide estado de salud y funcionalidad de los pacientes mediante preguntas de opción variable con calificaciones 1-7 puntos siendo la puntuación más alta también quien determina mayor daño. Se incluyeron pacientes con artritis reumatoide juvenil sin otras enfermedades crónico degenerativas, pacientes de ambos sexos, pacientes mayores de 16 años, que aceptaron participar en el estudio y que permitieron la aplicación de los cuestionarios y se excluyeron a los pacientes con malformaciones congénitas, pacientes que padecieran enfermedades crónico degenerativas que no fueran artritis reumatoide juvenil. Pacientes con secuelas incapacitante articulares secundarias a otras entidades que no fueran artritis reumatoid

Se trata de un estudio prospectivo, descriptivo, abierto, observacional y transversal.

Se utilizaron medidas de tendencia central para el análisis de los datos como son promedio y desviación standar, dado que el presente estudio es un estudio descriptivo no estaba contemplado utilizar medidas comparativas sin embargo estas se utilizaron únicamente en dos casos para comparar daño articular por sexos y tipos de tratamiento contra daño articular, utilizando Razón de Momios y Chi cuadrada.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS

Se capturaron 50 pacientes adultos con diagnóstico de artritis reumatoide juvenil los cuales han acudido al servicio de Reumatología del Hospital General Dr. Manuel Gea Gonzalez, de marzo del 2001 a julio del 2003.

Con respecto a las variables estudiadas encontramos que el sexo femenino es el más afectado por este padecimiento con un promedio de 56%, es decir 28 pacientes, y 22 pacientes del sexo masculino lo que corresponde al 44%, (gráfica 1). La edad promedio fue de 36.8 años, con media de 34 años y moda de 42 años, en ambos sexos para el sexo femenino la edad promedio fue de 29.4 con media de 28 y moda de 22, y para el sexo masculino la edad promedio fue de 29.1 con media de 32, y moda de 33. Con edad mínima de 18 años y máxima de 54 años.

El nivel socioeconómico predominó el nivel medio con un promedio del 60% observándose este en 30 pacientes, el nivel bajo en 18 pacientes que corresponde al 36%, y el nivel alto en solo 2 pacientes el 4%. (gráfica 2) Solo 21 pacientes son económicamente activos es decir el 42%, 22% mujeres y 14% hombres, con una edad promedio de personas económicamente activa de 30.6 años, 22% de la población no realizan ninguna actividad por incapacidad, y de estos son un total de 11 pacientes, 5 del sexo masculino 10% y 6 mujeres el 12%, promedio de edad de 40 años. Se dedican al hogar se dedican al hogar el 16%, 5 mujeres y 3 hombres, 20% estudiantes, 4 mujeres y 6 hombres. (tabla 1)

Las articulaciones más afectadas son los pies y la cadera se observó en 17 pacientes el 34%, las manos en 15 pacientes, el 30%, y 18.9%, con afección de todas las articulaciones el 16%, sin afección articular aun el 12% (siendo los más afectados los del sexo masculino). (gráfica 3) A ESTA VARIABLE SE APLICÓ RAZÓN DE MOMIOS Y CHI CUADRADA SIENDO EL RESULTADO

RM = 1.8 IC = 95% 5-6 XI CUADRADA 1.03 P.30 (NO ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS)

En lo que se refiere al tratamiento 29 pacientes el 58% son tratados con esteroides, un 42% son tratados con antiinflamatorios no esteroideos. Con respecto al resultado de los cuestionarios observamos que para el AIMS EL 68% presento calificación de 5-7, 32% con calificación de 1-4. Para el HAQ-DI Calificarón de 1-5 el 22% y de 6-9 78% Lo que se traduce como que ha mayor daño articular mayor incapacidad y peor estado de salud (GRAFICA 4).

PARA TRATAMIENTO SE APLICÓ TAMBIÉN XI CUADRADA Y RAZO DE MOMIOS PARA TRATAMIENTO CONTRA SEXO OBTENIÉNDOSE COMO RESULTADO

RM 0.48 IC 95% 1.13-1.75 Xi cuadrada de 1.6 P.205 NO SON ESTADÍSTICAMENTE SIGNIFICATIVAS

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

DISCUSION

Con los resultados obtenidos se aprecia que es indispensable ofrecer un tratamiento continuo al paciente ya que al ser esta patología una enfermedad cronico degenerativa mientras más tiempo pase el paciente sin tratamiento mayor sera el daño articular y las repercusiones del mismo, de la misma manera este estudio puede ser base importante para estudios posteriores, existen realmente poco estudios realizados en pacientes con artritis reumatoide juvenil en la edad adulta por lo que es importante conocer más acerca de la enfermedad y el periodo en el que se presentan más complicaciones así como los factores que predisponen a la aparición de las mismas, la aplicación de los cuestionarios no ayuda realmente a conocer cual es estado y salud y funcionalidad del paciente pudiendo ser base para estudios posteriores y poder incluso establecer una escala de daño en este tipo, se aplico razon de momios y xi cuadrada las cuales no son estadísticamente significativas dado al tamaño de la muestra. Sin embargo con una muestra mayor pudieramos realmente valorar una escalade daño, es importante lograr un control adecuado así como encontrar el tratamiento específico en cad paciente, se aprecio que los pacientes de clase baja son los que presentan mayor daño dado al costo de los medicamentos, es importante establecer medidas preventivas y de rehabilitación antes de que el paciente presente incapacidad severa.

CONCLUSION

Con el presente estudio valoramos calmente la función física de los pacientes y el estado de salud. Así como el tratamiento y las diferencias que existe por sexo, es importante que el presente estudio sirva como base para estudio posteriores y lograr establecer una escala o bien un índice e daño en este tipo de pacientes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA

1. Derequer J, Mardjuidi I. Prognostic factors in juvenile chronic arthritis. *J Rheumatology* 1982; 9: 909-915.
2. Cassidy JT, Petty R. In textbook of pediatric rheumatology. 30 edition. W. B. Saunders 1995.
3. Cassidy JT, Levinson JE & Brewer EJ. The development of classification criteria for children with JRA. *Bulletin on the Rheumatic Diseases* 1989; 38: 6.
4. Vostrejs M, Hollister JR. Muscle atrophy and leg length discrepancy in pauciarticular JRA. *Am J. Dis Children* 1988; 42: 343-345.
5. Still Egon a form of chronic joint disease in children. *Orthop Clinics and related Research* 1990; 292: 168-172.
6. Brewer EJ, Bass J, Baum J, et al. Current proposed revision of JRA diagnostic criteria. *Arthritis & Rheumatism* 1977; suppl 20: 195-199.
7. Cassidy JT, Levinson JE, Bass JC, et al. A study of classification criteria for diagnosis of JRA. *Arthritis and rheumatism* 1986; 29: 274-281.
8. Levinson JE, Wallace CA. Dismantling the pyramid. *J Rheumatology* 1992; 19 suppl 33:
9. Levinson JE, Shear ES. Patient management: a comprehensive, concerned, continuum of care. In Gershwin ME, Robbins DL, eds: *Musculoskeletal diseases in children*. Grune & Stratton 1983; 43-54.
10. Ravelli A, Viola S, Ruperto N, et al. Correlation between conventional disease activity measures in JCA. *Ann Rheumatic Dis* 1997; 56: 197-200.
11. Javis JN, Pousak T, Krenz M. Detection of IgM rheumatoid factor by ELISA assay in children with JRA: correlation with articular disease and laboratory abnormalities. *Pediatric* 1992; 90: 945-949.
12. Vhe RK, Begovich AB, Nepom BS. HLA susceptibility genes in rheumatoid factor (+) JRA. *J Rheumatology* 1990; 17 suppl 26: 11-15.
13. Berdoff PA, Ansell BM, Halla PJ, Woo Pp. Increased frequency of hla dr4 in systemic JRA. *Exp J Rheumatology* 1992; 10: 189-193.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

14. Fink CW, Fernandez Vifia M, Statsny P. Clinical and genetic evidence that jra is not singlePediatric Clinics of North America 1995; 42: 1155-1169.
15. Malagon CN, Van Kerkhove C, Giannini EH, et al. The iridocyclitis of early onset oligoarticularJRA outcome, immunogenetically characterized J.Rheumatology1992;19;160-163.
16. Reed MH, Wilmont DM. The radiology ofJRA. A review ofthe english language literature. J Rheumatology 1991; 18 suppl 31: 2-22.
17. Verbruggen LA, Shahabour M, Van Roy P & Osteaux M. MRI of articular destruction inJRA. Arthritis and Rheumatism 1990; 33: 1426-1430.
18. Schneider R, Lang B, Reilly BJ, et al. Prognostic indicators of joint destruction in Sistemic onset JRA.J Pediatrics1992;120:200-203.
19. Lang BA, Schneider R, Reilly BJ, et al. Radiologic features of systemic JRA. Rheumatology 1994;22:168-173
20. Guillaume S, Prieur AM, Coste J, Deslandre C. Long term outcome and prognosis inpauciaricular juvenile idiopathic arthritis. Arthritis and rheumatism 2000; 43: 1858-1863
21. Sherry DD, Bohnsack J, Salmonson J, et al. Painless JRA. J Pediatrics 1990; 116: 921-923.
22. Giannini EH, Malagon CN, Van Kerkhove C, et al. Logitudinal analysis of hla associated rsk for iridocyclitis in JRA. J Rheumatology 1991; 18: 1394-1397.
23. Chaloni EC, Glodsmith DP, Koehler MA, et al. Prevalence and outcome of uveitis ina regional of patients with JRA. J Rheumatology 1997; 24: 2031-2034.
24. Giannini EH, Brewer EJ, Kusmina N, et al. Characteristics of responders and non-responders to slow-acting antirheumatic drugs in JRA. Arthritis & Rheumatism; 1988; 31: 15-19.
25. Seull SA, Dow MB, Athreya BH .Physical and occupational therapy for children with , JRA. Pediatr Clinics of North America 1986; 33: 1053-1077.
26. Rugsdale CG, Petty RE, Cassidy JT, Sullivan DB. The clinical progression of apparentJRA to SLE. J Rheumatology 1980; 7: 50-55
27. Furst DE. Toxicity of antirheumatic drugs in children with JRA. JRheumatol1992; 19suppl 33: 11-15

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

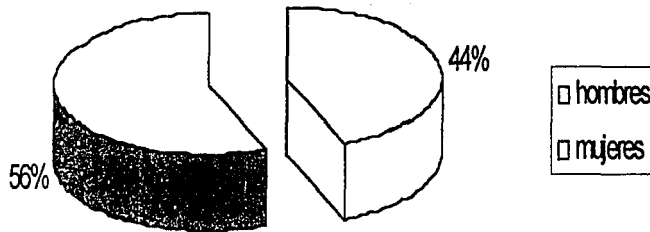
28. Giannini EH, Lovell DJ, Felson DT, et al. Preliminary core set of outcome variables for use in JRA clinical trials (abstracts) Arthritis and Rheumatism 1994 ;37supp :

29. Moroldo MB, Giannini EH. Estimates of the discriminant hability of definitions of improvement of JRA. J Rheumatology 25: 986-989.

30. - Malagon CN. Artritis reumatoide Juvenil, grupos de alto riesgo. Revista Colombiana de reumatologia 8, No 2, Jun 2001.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

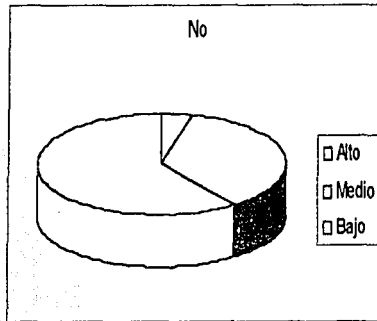
GRAFICA 1 DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR SEXOS



ESTADO DE SALUD Y FUNCION
FISICA EN PACIENTES CON ARJ

TESIS CON
FALTA DE ORIGEN

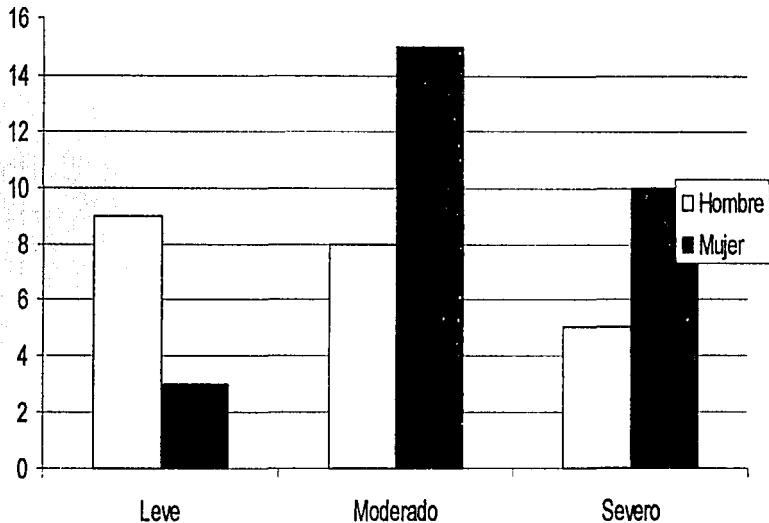
Grafica 2 distribución de la población por nivel socioeconómico



Estado de salud y función física
de los pacientes con ARJ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

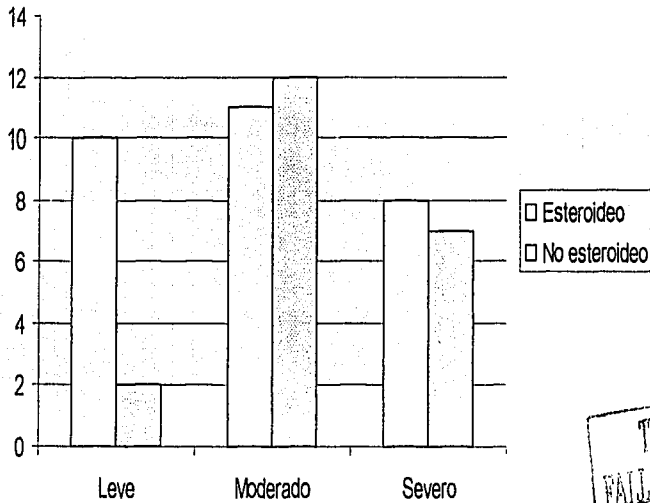
GRAFICA 3 DISTRIBUCION DE POBLACION POR SEVERIDAD DE SECUELAS



ESTADO DE SALUD Y FUNCION
FISICA DE PAC. CON ARJ

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

GRAFICA 4 DISTRIBUCION DE LA POBLACION POR TRATAMIENTO



TESIS CON FALTA DE ORIGEN

ESTADO DE SALUD Y FUNCION FISICA DE PAC CON ARJ

TABLA DE DISTRIBUCION DE LA POBLACION SEGUN LA AFECCION ARTICULACIONES EN PACIENTES CON ARJ

ARTICULACIONES AFECTADAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Todas	12	24%
Manos	15	30%
Pies y caderas	17	34%
Sin afeccion	6	12%
total	50	100%

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Versión en español de Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS). (Spanish-AIMS)*

Cada pregunta se contesta: siempre (S); casi siempre (Cs); muchas veces (Mv); algunas veces (Av); rara vez (Rv); casi nunca (Cn); nunca (N).

Movilidad:

- | | | | |
|--|-----|---|-----|
| 4. ¿Puede a su enfermedad, ¿cuánto tiempo permanece sentado en su cama durante el día? | () | 6. ¿Puede utilizar el teléfono sin ayuda? | () |
| 3. ¿Puede utilizar transporte público? (autobús) | () | 5. ¿Puede sacar el dinero (sin ayuda)? | () |
| 2. ¿Necesita ayuda de otra persona para salir de casa? | () | 4. ¿Puede cocinar sola? | () |
| 1. ¿Le obliga su enfermedad a permanecer en casa la mayor parte del día? | () | 3. ¿Puede lavar ropa sin ayuda? | () |
| | | 2. Si tiene automóvil, ¿puede ir de compras? | () |
| | | 1. ¿Puede hacer sola las labores de la casa? (En el caso del varón, ¿puede realizar trabajos manuales?) | () |

Actividad física:

- | | | | |
|---|-----|--|-----|
| 5. Para caminar, ¿necesita la ayuda de otra persona, bastón, muletas, o andadera? | () | Durante el último mes. ¿con qué frecuencia: | |
| 4. ¿Puede caminar una calle o subir un piso sin ayuda? | () | 5. Habló por teléfono con familiares o amigos? | () |
| 3. ¿Puede caminar varias calles o subir varios pisos sin ayuda? | () | 4. Tuvo relaciones sexuales? | () |
| 2. ¿Puede inclinarse, levantarse o girar? | () | 3. Tuvo visitas? | () |
| 1. ¿Puede correr, levantar objetos pesados o hacer deporte? | () | 2. Tuvo reuniones con familiares o amigos? | () |
| | | 1. Visitó a parientes o amigos? | () |

Actividad social:

Actividades cotidianas:

Destreza:

- | | | | |
|--|-----|--|-----|
| 5. ¿Puede escribir sin dificultad? | () | 4. ¿Necesita ayuda para utilizar el retrete? | () |
| 4. ¿Puede abrir y cerrar la puerta con llave sin dificultad? | () | 3. ¿Necesita ayuda para caminar en casa? | () |
| 3. ¿Puede abrocharse la ropa sin dificultad? | () | 2. ¿Necesita ayuda para vestirse? | () |
| 2. ¿Puede atar los cordones de sus zapatos sin dificultad? | () | 1. ¿Necesita ayuda para bañarse? | () |
| 1. ¿Puede abrir una tapa de rosca (no muy apretada), sin dificultad? | () | | |

Desempeño social:

- | | | | |
|-------------------------------------|-----|--|--|
| 7. ¿Puede tomar sus medicinas sola? | () | | |
|-------------------------------------|-----|--|--|

Dolor:

Durante el mes pasado:

Depresión:

Durante el mes pasado:

- | | | | |
|---|-----|---|-----|
| 6. ¿Con qué frecuencia pensó que sus familiares o amigos estarían mejor si usted muriera? | () | 4. ¿Con qué frecuencia le costó trabajo calmarse? | () |
| 5. ¿Con qué frecuencia se sintió tan triste que nada le animaba? | () | 3. ¿Con qué frecuencia se tranquilizó sin dificultad? | () |
| 4. ¿Con qué frecuencia se ha sentido decaído? | () | 2. ¿Con qué frecuencia se sintió calmado y en paz? | () |
| 3. ¿Con qué frecuencia penso que nada le salía bien? | () | 1. ¿Con qué frecuencia se sintió relajado y sin preocupaciones? | () |
| 2. ¿Con qué frecuencia se sintió desanimado? | () | | |
| 1. ¿Con qué frecuencia se sintió satisfecho con las cosas que hacía? | () | | |

Ansiedad (angustia):

- | | |
|---|-----|
| 6. ¿Con qué frecuencia se sintió tenso o desesperado? | () |
| 5. ¿Con qué frecuencia se ha sentido nervioso? | () |
| 4. ¿Con qué frecuencia le costó trabajo calmarse? | () |
| 3. ¿Con qué frecuencia se tranquilizó sin dificultad? | () |
| 2. ¿Con qué frecuencia se sintió calmado y en paz? | () |
| 1. ¿Con qué frecuencia se sintió relajado y sin preocupaciones? | () |

TESTIS CON
FALLA DE ORIGEN

**Versión en español del Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI)
(Spanish-HAQ DI)***

<i>Por favor marque con una X la opción que mejor describa su situación actual:</i>	<i>Sin dificultad</i>	<i>Con dificultad</i>	<i>Con ayuda de otro</i>	<i>No puedo hacerlo</i>
1. Vestirse y arreglarse	¿Puede sacar la ropa del closet (ropero) y de los cajones? ¿Vestirse solo (inclusive abotonarse y usar cierre)? ¿Lavarse el cabello?			
2. Levantarse	¿Puede levantarse de una silla recta sin apoyar los brazos?			
3. Comer	¿Puede cortar la carne? ¿Llevarse a la boca un vaso con líquido?			
4. Caminar	¿Puede caminar en terreno plano?			
5. Higiene	¿Puede lavarse y secarse el cuerpo? ¿Abrir y cerrar las llaves del agua? ¿Sentarse y levantarse del retrete?			
6. Alcance	¿Puede peinarse? ¿Alcanzar y bajar una bolsa de 2 kg que esté por arriba de su cabeza?			
7. Agarrar	¿Puede abrir las puertas de un auto? ¿Destapar un frasco con rosca no muy apretada? ¿Escribir?			
8. Actividad	¿Puede manejar un auto o coser en maquina de pedales? ¿No puede salir de compras por causas ajenas a la artritis?			

(Continúa)

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ARCHIVOS DE CARDIOLOGIA DE MEXICO

- El fibrinógeno como factor de riesgo
- Características electromoleculares y acciones farmacológicas de los digitálicos
- Resultados a largo plazo de la valvuloplastia mitral percutánea
- Efecto del ramipril en pacientes con hipertensión arterial leve a moderada
- Fístulas arteriovenosas coronarias múltiples
- Valor clínico del electrocardiograma
- Reperusión con terapia fibrinolítica en infarto con elevación de ST-T
- Resonancia magnética en el paciente con infarto del miocardio
- Factores de riesgo cardiovascular en México. Encuesta Nacional de Salud

Perfusión miocárdica



SPECT



RM

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ISSN 14059940
AÑO 73, VOL 73, NUMERO 1
ENERO-MARZO 2003

www.archcardiolmex.org.mx

NORMAS PARA LOS AUTORES

La revista *Archivos de Cardiología de México* recibe trabajos originales sobre temas cardíaco-vasculares: Investigación Clínica, Básica y Sociomédica, Comunicaciones Breves, Avances de Revisión y Cartas al Editor. De ser aceptados, los Editores se reservan todos los derechos de publicación, por lo que cualquier reproducción parcial o total del texto o ilustraciones requiere autorización previa de los Editores. El instructivo es conforme a la 5ª revisión de los requerimientos uniformes para someter manuscritos, publicados por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (International Committee of Medical Journal Editors, Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals, *N Engl J Med* 1997; 336(4): 509-515, *Ann Intern Med* 1997; 126: 36-47).

ASPECTOS GENERALES

Los manuscritos deberán enviarse a los Editores de la revista *Archivos de Cardiología de México*, Departamento de Publicaciones, Instituto Nacional de Cardiología "Ignacio Chávez", Juan Badiano No. 1, Tlalpan, 14080 México, D.F.

Deberán acompañarse de una carta del autor responsable de la correspondencia referente al trabajo. El autor principal deberá presentar una carta de consentimiento con la firma de cada uno de los coautores. En esta carta se hará constar que el artículo no ha sido enviado simultáneamente a otra revista.

El texto original estará escrito a máquina (por una cara, a doble espacio) o computadora, en español o en inglés, en hojas blancas tamaño carta (28 x 21.5 cm) y con un margen a la izquierda de 3 cm. Las hojas deben ir numeradas (arabigos). Si es que está procesado en computadora deberán incluirse dos copias impresas y un diskette conteniendo solo los archivos correspondientes a la versión definitiva impresa y etiquetado con el nombre de los archivos y el procesador de palabras que fue usado.

Ordenar el manuscrito en la siguiente secuencia: 1) Página frontal; 2) Resumen(s); 3) Texto; 4) Referencias; 5) Pies de figuras; 6) Tablas; 7) Figuras.

PAGINA FRONTAL

Incluir lo siguiente:

- Título del trabajo, que se recomienda sea breve.
- Nombre(s) y apellidos de los autores en el orden en que deberán figurar en la publicación.
- Llave: Institución(es) de procedencia del trabajo.

- Nombre, dirección, teléfono, fax y correo electrónico del autor responsable.

RESÚMENES

Se consignarán obligadamente resúmenes en español y en inglés, estructurados de la siguiente manera: 1) Propósito del trabajo; 2) Método; 3) Resultados; 4) Conclusiones. Serán claramente comprensibles para que el lector encuentre en él la síntesis adecuada del contenido del trabajo. No usar citas bibliográficas ni abreviaturas, serán concisos (máximo 200 palabras).

Al final de los resúmenes en español y en inglés se anotarán de tres a seis palabras clave, respectivamente.

TEXTO

Constará de los apartados: 1) Introducción; 2) Material y Métodos; 3) Resultados; 4) Discusión; 5) Conclusiones. Las abreviaturas serán explicadas la primera vez que se empleen.

REFERENCIAS

Se ordenarán y enumerarán por orden de aparición en el texto, con la acotación respectiva en superíndice (sin parentesis).

Artículos: a) Apellidos e iniciales de todos los autores o los primeros seis; b) título del artículo (subrayado); c) nombre de la revista; d) año; e) número de volumen; f) primera y última página. Observar que una palabra se iniciará con mayúscula solo cuando sea necesario. Evitar cronus y puntos entre apellidos o iniciales. Los nombres de las revistas deberán abreviarse como se indica en el *Index Medicus*. Ej: Chavez J, Dorbercker N, Colls A: Valor diagnóstico de los angiocardiógramas obtenidos por inyección directa intracardiaca a través de una sonda. *Arch Inst Cardiol Mex* 1947; 17: 121-154.

Libros: a) Apellidos e iniciales de todos los autores; b) título y subtítulo (subrayado); c) edición (si no es la primera); d) ciudad; e) casa editorial; f) año; g) paginas.

Ej: Fishleder BL: Exploración cardiovascular y fonocardiocardiografía clínica. 2ª Ed. México. La Prensa Médica Mexicana, 1978.

Capítulo de libro: a) Apellidos e iniciales de todos los autores del capítulo; b) título del capítulo (subrayado); c) editores, autores o recopiladores del libro; d) título del libro; e) edición (si no es la primera); f) ciudad; g) casa editorial; h) año; i) paginas.

Ej: Fish CH: Electrocardiography. En: Braunwald E, editor. *Heart Disease*, Vol. 1. 5ª Ed. Philadelphia. W.B. Saunders Co., 1997, p. 108-45.

Citas en internet

PIES DE FIGURAS

Se presentarán en página independiente, en forma secuencial, indicando el número de la figura correspondiente (números arabigos) y señalando al final, por orden alfabético, las abreviaturas empleadas, con su definición correspondiente.

TABLAS Y CUADROS

Están encabezados por el título y su número en cifra romana, según el orden de aparición en el texto. Las abreviaturas con su definición van en la parte inferior.

FIGURAS

Se requieren tres copias de cada una. Se identificarán en forma progresiva con números arabigos de acuerdo al orden de aparición en el texto.

Las figuras se presentarán en papel fotográfico brillante, dibujos en tinta china o impresión calidad laser, en el tamaño que se juzgue más adecuado para su publicación (en promedio 12.7 x 17.7 cm, tamaño que quedará sujeto a la decisión final del impresor). Al reverso de las fotografías, se anotará con lápiz suave o adhiriendo una etiqueta en la porción lateral derecha: a) El número correspondiente; b) El nombre del primer autor; c) El título abreviado del trabajo; d) Una flecha que indique la posición correcta de presentación en la publicación.

Los registros gráficos deberán reproducirse en papel de gran contraste que permita al trazado destacar del fondo.

Los estudios de imagenología se deberán fotografiar con película especial para copias y reproducciones en papel duro.

Las fotografías de piezas anatómicas deberán tener, de preferencia, fondo negro.

El costo de la reproducción de figuras en color estará a cargo de los autores.

La presentación de figuras inadecuadas para su reproducción puede ser motivo de prolongar el proceso editorial.

SOBRETIRROS

Se observarán 15 sobretiros al primer autor de cada artículo. Si desea un mayor número de ellos, deberá indicarlo anticipadamente, obligándose a abonar el gasto excedente.

Nota: Los artículos reenviados a los autores para correcciones, y no devueltos en un período de tres meses, serán considerados como rechazados.

La no observancia de las anteriores normas podrá ocasionar el rechazo del trabajo.