



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E
INVESTIGACIÓN
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



UNIDAD ACADÉMICA
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 23 TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS

**Perfil clínico de pacientes con Enfermedades Reumáticas del Hospital
General de Zona No. 2 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez Chiapas.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. MARIO JUAN GONZALEZ

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, 2006



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.



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.

**Perfil clínico de pacientes con enfermedades reumáticas del Hospital
General de Zona No. 2 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez Chiapas.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. MARIO JUAN GONZALEZ

AUTORIZACIONES:

DRA. BRENDA GISELA CASTILLEJOS ANLEU

Profesor titular del curso de especialización en medicina familiar para médicos
generales en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

LIC. y MTRO. RAFAEL CULEBRO TRUJILLO

Asesor metodológico de tesis
TÉCNICO EN BIBLIOTECAS

DR. HUMBERTO LOPEZ MARTINEZ

Asesor del tema de tesis
MEDICO ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA

DR. FILIBERTO LINALDI YEPEZ

Coordinador Delegacional de Investigación en Salud.

DR. RUBEN ZUART ALVARADO

Coordinador clínico de Educación e Investigación Médica

TUXTLA GUTIÉRREZ, CHIAPAS, 2006

**Perfil clínico de pacientes con enfermedades reumáticas del Hospital
General de Zona No. 2 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez Chiapas.**

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:
DR. MARIO JUAN GONZALEZ

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GOMEZ CLAVELINA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. FELIPE DE JESUS GARCIA PEDROZA
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM

DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
UNAM.

Resumen	01
I Marco teórico	03
II Planteamiento del problema	10
III Justificación	11
IV Objetivos	12
V Material y métodos	13
a).- Tipo de estudio	13
b).- Definición del universo	13
c).- Tipo y tamaño de la muestra	13
d).- Criterios de selección (inclusión, exclusión y eliminación)	14
e).- Operacionalización	15
f).- Procedimiento para la recolección de datos	19
g).- Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	20
h).- Consideraciones éticas	21
VI Resultados	22
VII Discusión	27
VIII Conclusiones	30
IX Recomendaciones	31
IX Bibliografía	32
X Anexos	35

RESUMEN:

Objetivo: Determinar el perfil clínico epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de certeza de las enfermedades reumáticas atendidos en el servicio de reumatología del Hospital General de zona 2 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo, descriptivo y transversal en el Hospital General de Zona No. 2 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, con una población de 200 pacientes derechohabientes del IMSS remitidos a la consulta de Reumatología en ambos turnos, mayores de 14 años en adelante y en ambos sexos. A partir de enero a diciembre de 2006. Además dentro de los criterios de inclusión no se tomaron en cuenta aquellos con patología mental, con amaurosis e hipoacusia y cuestionarios incompletos.

Resultados: Se encuestaron 200 pacientes con enfermedades reumáticas, predominando el sexo femenino con una mediana de edad de 50 años, la enfermedad reumática que más predominó fue la artritis reumatoide, el tiempo de evolución de la enfermedad fue de 1 a 5 años, la ocupación que predominó fue la de amas de casas, la escolaridad predominante fue la primaria, la enfermedad concomitante fue la diabetes Mellitus 2, la religión predominante fue la católica, la mayoría de los pacientes recibieron tratamiento medicamentoso, la mayoría de los pacientes el síntoma predominante fue el dolor articular, la mayoría de los pacientes estaban en un nivel medio, eran una familia tradicional, nuclear simple y en etapa de dispersión según Geyman.

Conclusiones: En el presente estudio reafirmamos que la prevalencia de enfermedades reumáticas es predominante en mujeres y que la artritis reumatoide predominó más en nuestro estado, similar a lo reportado en otros estudios realizados.

Palabras claves: Artritis reumatoide, Enfermedades reumáticas, Perfil clínico, Amaurosis, Hipoacusia, Patología mental.

Abstract

Introduction: Determine the clinical epidemiology of patients with diagnosis of certain rheumatic diseases seen at the rheumatology service of the General Hospital of Zone 2 of Tuxtla Gutierrez Chiapas.

Material and methods: We performed a prospective, descriptive and cross at the General Hospital of Zone No. 2 Tuxtla Gutierrez Chiapas, with a population of 200 patients referred to in title IMSS Rheumatology consultation on both shifts, over 14 years onward and in both sexes. From January to December 2006. Furthermore within the inclusion criteria were not taken into account those with mental illness, and loss with amaurosis and incomplete questionnaires

Results: A total 200 patients with rheumatic diseases, mainly female with a median age of 50 years, rheumatic disease was more likely to rheumatoid arthritis, the time evolution of the disease was from 1 to 5 years, the occupancy that was the predominance of housewives, schooling was the predominant primary concomitant disease was diabetes mellitus 2, the predominant religion was Catholic, the majority of patients received drug treatment, most patients the predominant symptom was joint pain, most patients were at an average level, were a traditional family, and single-stage nuclear Dispersion according Geyman.

Conclusions: In this study reaffirm that the prevalence of rheumatic diseases is prevalent in women and rheumatoid arthritis more predominant in our state, similar to those reported in other studies.

Keywords: Rheumatoid arthritis, Rheumatic Diseases, Clinical, Amaurosis, Hearing, Mental Pathology.

Marco teórico

Antecedentes:

Las Enfermedades Reumáticas son multifactoriales caracterizadas clínicamente por dolor, inflamación y limitaciones funcionales donde participan diversos mecanismos inmunológicos teniendo como foco daño tisular.

Estas enfermedades afectan tanto a los países desarrollados como a los que están en vías de desarrollo o al tercer mundo¹

Las enfermedades reumáticas han acompañado a los seres vertebrados, incluyendo al hombre desde su aparición en este planeta. Se han descrito cambios de enfermedad articular degenerativa en animales de la época prehistórica como los dinosaurios.

Estudios realizados en culturas egipcias, restos anglosajones y momias peruanas han aportado evidencias de la existencia de estos padecimientos de América²

Al concluir el siglo XX podemos afirmar de manera inequívoca que las enfermedades reumáticas han sido identificadas, padecidas y motivo de investigación y estudio muy extenso por los mexicanos de todos los tiempos.³

El estudio de las Enfermedades Reumáticas en México ha despertado el interés de investigadores tanto mexicanos como extranjeros por la enorme cantidad de grupos étnicos que existen y por las características genéticas que los distinguen de otras poblaciones del mundo. Este hecho permite el análisis comparativo entre la población mestiza mexicana y la indígena pura con lo que se puede inferir el papel de los genes autóctonos y los genes introducidos por mestizaje⁴.

En diversas investigaciones realizadas en esqueletos de origen previo a la conquista, identificados en varias zonas arqueológicas del país, han encontrado la huella permanente que dejan frecuentemente en las estructuras óseas algunas enfermedades reumáticas como la Artritis Reumatoide, Espondilitis Anquilosante, Osteoartritis.

En México, estudios paleopatológicos (Fraga, Aceves, Martínez Levín, Pineda) han demostrado la existencia de artritis reumatoide, espondilitis anquilosante, osteoartropatía hipertrófica y osteoartritis. El análisis de las figuras de barro hechas por los primeros pobladores muestra evidencia

(Alarcón Segovia Donato) de nódulos de Heberden y artritis tuberculosa de columna. ⁴

Covarrubias en el 2002 estudió a 1000 pacientes en Mérida Yucatán, con padecimientos reumáticos siendo derechohabientes del IMSS, tanto iniciales como subsecuentes, les midió, el grupo de edad más comúnmente afectado, estuvo entre los 41 y 50 años de edad (25%), el género femenino predominó correspondiéndole 790 casos, (79%), la entidad más frecuente diagnosticada fue la Artritis reumatoide seguida de la osteoartritis y las enfermedades sistémicas auto inmunes. La mayor parte de los pacientes tuvo una evolución de la enfermedad entre uno y cinco años. Los estados comórbidos más prevalentes fueron la Diabetes Mellitus (9%) y la Hipertensión Arterial Sistémica (8%). La ocupación más común fue labores domesticas, (67%) de los sujetos eran casados. Más de la mitad de los sujetos adultos habían cursado educación primaria y 7% de los pacientes eran analfabetas. ⁵

Epidemiología:

Una visión de conjunto, desde el punto de vista de la epidemiología, es que existen importantes ausencias en la información y el conocimiento de la ocurrencia de muchas enfermedades del aparato locomotor, así como de sus evoluciones, pronósticos y tratamientos.

Las enfermedades del aparato locomotor son bastante ubicuas, sobre todo en los países que alcanzan un cierto nivel de desarrollo. En lógica con la tendencia demográfica, la prevalencia aumentará sobre todo de los problemas degenerativos y de partes blandas, en la medida que se incrementa la esperanza de vida al nacer.

En general las artropatías inflamatorias son problemas muy poco incidentes e incluso prevalentes, por lo que se necesitan grandes tamaños muestrales para que los estudios tengan el suficiente poder para estimar su frecuencia. ^{4,6}

Definitivamente, cualquier órgano del cuerpo puede verse afectado por patologías autoinmunes y el listado de manifestaciones clínicas cubre prácticamente toda la Medicina. Por lo tanto, todas las especialidades y subespecialidades médicas, e incluso quirúrgicas, pueden tener relación con este tipo de enfermedades. ⁷

Inmunopatogenia de las enfermedades reumáticas:

La respuesta inflamatoria es un mecanismo de defensa exclusivo de los organismos pluricelulares, absolutamente necesario para su supervivencia. Su finalidad es eliminar los agentes nocivos y reparar los daños que estos han causado en los tejidos. Sin embargo no siempre la inflamación actúa como un mecanismo de defensa, cuando los sistemas reguladores de la inflamación fracasan la respuesta inflamatoria causa lesiones tisulares que dependiendo de su intensidad y duración pueden llegar a ser irreversibles.

El tejido conectivo está constituido por células (fibroblastos, macrófagos, condrocitos) embebidos en una matriz extracelular, asignándole un papel activo en la regulación del comportamiento celular. Así participa en el mantenimiento de la morfología celular, en los procesos de diferenciación, locomoción, desarrollo, morfogénesis, expresión del fenotipo y control de ciertas funciones metabólicas.⁸

La mayoría de las células inflamatorias llegan al foco lesionado a través de la circulación para ejercer en el tejido sus funciones efectoras. Tres tipos de células especializadas desarrollan eficazmente la defensa del huésped y participan en la respuesta inflamatoria.

Leucocitos Polimorfos nucleares: La función principal de los granulocitos especialmente neutro filios es la destrucción y fagocitosis de elementos extraños. Su importancia es vital en la defensa de infecciones frente a bacterias y hongos, pero sus respuestas **Macrófagos:** Son células típicamente residentes en tejidos, que se diferencian a partir de los monocitos de sangre periférica derivados de la médula ósea. Están presentes en condiciones homeostáticas en múltiples tejidos, pero son células efectoras especialmente importantes en los tejidos crónicamente inflamados y su papel es indispensable en los procesos de reparación tisular efectoras pueden dañar significativamente los tejidos del huésped de Inmunopatogenia.

Linfocitos: Son células altamente especializadas del sistema inmune, responsables tanto de la vigilancia inmunológica durante la homeostasis, como del desarrollo de la respuesta inmune específica, dirigida a eliminar el antígeno mediante sus brazos efectoras humoral y celular^{4,9}

Expresión clínica de las enfermedades reumáticas

Los signos básicos de afección articular en el paciente con enfermedad reumática son: el dolor, la tumefacción, rubor y calor con limitación de la movilidad, daño ligamentario, la sinovitis es el resultado de la acción patogénica del agente antigénico.

En la exploración física debemos de distinguir diversas características de los tejidos (hueso, ligamentos, músculos, articulaciones, vasos sanguíneos, pulsos, soplos, claudicación de extremidades, deformación articular, presencia de sinovitis aguda y crónica, etc.). Diferenciar entre signos de una artritis de manos con Artritis Reumatoide, Osteoartritis, artritis Psoriásica, Rizartritis, deformidad o artropatía de Jaccoub de Lupus Eritematoso Sistémico o de Fiebre Reumática ya que pueden ser similares pero diferentes en aspectos específicos de cada una de estas patologías autoinmunes.

No solo en el aspecto clínico sino en la patogenia de la enfermedad podemos diferenciar aspectos micromoleculares como activación de linfocitos autorreactivos, liberación de interleucinas, expresión de oncogenes, sobreexpresión o alteración de la apoptosis celular que debemos traducirlos a un estudio de laboratorio tales como PCR, VSG (proteína C reactiva o velocidad de sedimentación globular) elevaciones séricas de FR (factor reumatoide), anti DNA (anticuerpos anti DNA) o antinucleares, otros muchos como anti CCP (anticuerpos contra péptido citrulinados), etc.¹⁰

Así mismo estudios radiográficos que nos ayuda a confirmar diagnósticos y valorar evolución de la enfermedad, la presencia de una erosión marginal en articulaciones metacarpofalángicas, disminución de espacio articular, osteopenia yuxtaarticular, etc que nos traduce presencia de AR (artritis reumatoide temprana), o nos ayuda a diferenciar entre patologías como la presencia de imagen de lápiz en copa de la Artritis Psoriásica, de la gota que son erosiones en sacabocados de localización pararticular con bordes sobrecolgantes, etc.¹¹

Afección ósea: La crepitación acompaña a los movimientos activos y pasivos y se percibe muy bien palpando la articulación durante el movimiento y con frecuencia son también audibles.

Existen diversos tipos de deformaciones: podemos mencionar algunas, deformidad de los dedos de las manos en cuello de cisne o en Boutonier, dedos en palillo de tambor, dedos disparadores o en gatillo, desviaciones radiales o cubitales, etc.

Una articulación o un hueso pueden ser localmente deformes por el engrosamiento de las epífisis o diáfisis óseas, debido a diversas enfermedades (páge, exostosis, osteítis fibrosa o quística) o por la presencia de grandes osteofitos (nódulos de Heberden o de Bouchard).

Afección muscular: Hay presencia de atrofia muscular. Atrofia local o regional de un músculo, cuando el volumen muscular está disminuido respecto al del miembro simétrico. Cuando el desarrollo muscular de los individuos es muy variable, solo podemos hablar de atrofia generalizada. ^{4,12}

Técnicas inmunológicas de utilidad en Reumatología:

Inmunodifusión Radial Simple: Es el método más clásico para medir la concentración de determinadas proteínas en muestras biológicas. Esta técnica permite solamente el análisis de proteínas que están en concentraciones elevadas en la muestra, precisándose además largos periodos de incubación.

Inmunodifusión doble: (método de Ouchterlony):

Esta técnica consiste en enfrentar un antígeno con una muestra en la que se presume la existencia de anticuerpos frente a ese antígeno.

Inmunoelectroforesis: (IE):

Contrainmunoelectroforesis (CIE): Consiste en la aplicación de un campo eléctrico sobre una técnica de inmunodifusión doble. Este método aprovecha la gran tendencia que tienen las inmunoglobulinas de migrar hacia el cátodo, en tanto que la mayoría de otras proteínas tienden a emigrar al ánodo. Es un método de elección para el estudio de auto anticuerpos dirigidos contra el complejo ENA. ¹³

Reacciones de aglutinación Hemoaglutinación (Prueba de Coombs): Estas técnicas se basan en que los anticuerpos son moléculas al menos bivalentes

por lo que pueden formar aglomerados de hematíes al interactuar con antígenos presentes en su superficie. Cuando existe una cantidad suficiente de anticuerpos para aglutinar los hematíes, estas forman una turbidez en la parte inferior del tubo (Prueba de Coombs Directa). Algunos anticuerpos sobre todo de tipo IgG no aglutinan eficazmente a los hematíes pero pueden ser detectados mediante un ensayo de aglutinación indirecta (Prueba de Coombs Indirecta).

Turbidimetría y Nefelometría: Estos dos métodos se basan en la propiedad que tienen las partículas o células en suspensión de poder dispersar la radiación, al tener un índice de refracción diferente al del medio ^(9,10).

Radioinmunoanálisis (RIA) y Enzimoimmunoanálisis (ELISA): Son dos métodos altamente sensibles que permiten la cuantificación de antígenos o de anticuerpos basándose también en la detección de una reacción antígeno-anticuerpo ¹³

Inmunofluorescencia (IF)

Directa: Consiste en la unión directa del anticuerpo fluorescente sobre el antígeno celular o tisular. Es la técnica de elección para el estudio de los depósitos de Igs en muestras de tejidos (riñón y piel generalmente) obtenidas de pacientes con proceso auto inmune.

Indirecta: Consiste en la unión del anticuerpo fluorescente al antígeno tisular o celular a través de una molécula intermedia, generalmente otro anticuerpo. Este es uno de los métodos más comunes para estudiar la producción de auto anticuerpos en las enfermedades auto inmunes ^{4, 9,13}

Derivado de todo lo ya comentado Si las enfermedades reumatológicas cada día se incrementan en nuestro país, en zonas urbanas y rurales afectando tanto a mujeres como en hombres y predominando más en las mujeres en

relación de 7:1, es conveniente ponerle la atención necesaria, ya que una de cada 6 personas sufren este tipo de patología y que requiere atención médica desde el primer nivel de atención y atención especializada para no llegar a presentarse complicaciones irreversibles.

Lo anterior requiere que el Médico Familiar conozca de manera adecuada los principales signos y síntomas de las Enfermedades Reumatológicas para identificarlas en el primer nivel de atención; por ende el manejo terapéutico y nutricional de vigilancia que así amerite cada patología, y las que están de manera asociada con enfermedades crónicas degenerativas.

Esta problemática conlleva a realizar la investigación para conocer el perfil clínico epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de certeza de las enfermedades reumáticas atendidos en el servicio de reumatología del Hospital General de Zona No. 2 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez.

Planteamiento del problema

Las enfermedades reumáticas constituyen una causa importante de morbilidad ya que se ha estimado que afectan aproximadamente al 10% de la población.⁵

En los Estados Unidos se ha convertido en un problema de salud pública ya que las consecuencias funcionales y el elevado impacto socioeconómico de las enfermedades músculoesqueléticas cada día se incrementan. En determinados países del Extremo Oriente, como por ejemplo, China o el Sudeste Asiático, el LES sobrepasa en frecuencia a la artritis reumatoide y se ha convertido en la enfermedad del tejido conectivo más frecuente.^{2,14}

En el caso de México, los reportes más recientes indican que existe ya una prevalencia mayor en la artritis reumatoide y que otras patologías dentro de las enfermedades reumáticas estas oscilan dentro el rango de variabilidad reportadas en otros países, con una incidencia de 1-3% de la población general, con una relación existente en nuestro país de 7:1 en mujeres.¹⁵

Por otro lado el estado de Chiapas no es ajeno a estas patologías, que busca mejorar la calidad de vida de los chiapanecos, sin embargo, las cuestiones económicas y culturales han hecho de que éste tipo de enfermedades autoinmunes cada día se incrementen en el caso del instituto mexicano del seguro social y principalmente en el Hospital General de Zona No.2 de Tuxtla Gutiérrez, no obstante no se ha investigado la incidencia de la patología en la consulta externa y por otra parte derivado de esto es necesario conocer las características clínicas de la gente que padece el trastorno por lo que nos planteamos la siguiente pregunta.

¿Cuál es el perfil clínico de los pacientes con enfermedades reumáticas del HGZ No 2 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas?

Justificación

Si las enfermedades reumatológicas cada día se incrementan en nuestro país, en zonas urbanas y rurales afectando tanto a mujeres como en hombres y predominando más en las mujeres en relación de 7:1¹⁵, es conveniente ponerle la atención necesaria, ya que una de cada 6 personas sufren este tipo de patología y que requiere atención médica desde el primer nivel de atención y atención especializada para no llegar a presentarse complicaciones irreversibles.

Lo anterior requiere que el Médico Familiar conozca de manera adecuada los principales signos y síntomas de las Enfermedades Reumatológicas para identificarlas en el primer nivel de atención; por ende el manejo terapéutico y nutricional de vigilancia que así amerite cada patología, y las que están de manera asociada con enfermedades crónicas degenerativas.

Por lo que es importante que se lleve a cabo un estudio para conocer el perfil clínico epidemiológico de los pacientes con diagnóstico de certeza de las enfermedades reumáticas atendidos en el servicio de reumatología del Hospital General de Zona No. 2 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez. Ya que en el estado de Chiapas no existe ningún estudio que revele datos sobre este tipo de enfermedades.

Objetivos

General:

Determinar el perfil clínico de los pacientes con enfermedades reumáticas durante el 2006 en el Hospital General de Zona No. 2 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez Chiapas.

Específicos:

Determinar las características sociodemográficas del grupo de estudio.

Determinar las características clínicas del grupo de estudio.

Determinar la utilización de tratamientos administrados.

Determinar las enfermedades asociadas del grupo de estudio.

Determinar las características familiares del grupo de estudio

Determinar género con enfermedades del grupo de estudio.

Metodología

El presente estudio es de tipo:

Es un estudio de tipo prospectivo transversal, descriptivo.

Población de estudio:

Derechohabientes del IMSS del Hospital General de Zona No. 2 de Tuxtla Gutiérrez, Chiapas, remitidos a la consulta de reumatología en ambos turnos.

Lugar de estudio:

Hospital General de Zona No. 2 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.

Tiempo de estudio:

De enero a diciembre del 2006.

Tipo de muestra:

No probabilística por cuota.

Universo de estudio:

Todos aquellos pacientes con enfermedades reumatológicas

Tamaño de la muestra:

200 pacientes derechohabientes del HGZ No. 2 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, con enfermedad reumatológica

Criterios de selección:

Criterios de inclusión

Derechohabientes del IMSS.

Tener 14 años y más de edad.

Diagnostico confirmado.

Que acepten participar en el estudio.

Saber leer y escribir.

Aceptar mediante consentimiento informado las encuestas.

Criterios de exclusión

Con patología mental.

Con amaurosis e hipoacusia.

Criterios de eliminación

Cuestionarios incompletos

VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición	Indicador
Edad	Edad de un individuo	Números de años que ha	Cuantitativa	< de 20 años 21-30

	expresada como el periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta la fecha actual.	vivido una persona hasta la fecha actual.	Discontinua	31-40 41-50 51-60 >61
Sexo	Clasificación en macho o hembra basada en numerosos criterios, características anatómicas y cromosómicas.	Fenotipo externo.	Nominal	Hombre Mujer
Estado civil	Situación tipificada como fundamental en la organización de la comunidad, en la que la persona puede verse inmersa y que repercuten en la capacidad de obrar de la misma.	Modo de estar de una persona en el orden social en relación con los derechos y obligaciones civiles.	Nominal	Casado (a) Soltero (a) Unión libre Viudo (a) Divorciado (a)
Escolaridad	Conjunto de cursos que un estudiante	Grado máximo de estudios de la	Nominal	Primaria Secundaria Preparatoria

	sigue en un establecimiento o docente.	persona encuestada		Universidad ninguno
Enfermedad concomitante	Estado anómalo de la función vital de cualquier estructura, parte o sistema del organismo.	Enfermedad que se acompaña de otra	Nominal	Diabetes Mellitus Hipertensión Arterial Cardiopatía. Obesidad EPOC.
Tratamiento alternativo.	Es una materia importante y ampliamente reconocida experimentando o un proceso de creciente consolidación en el ámbito de la ciencia médica convencional.	Derecho que tiene una persona para ejecutar o gozar de alguna cosa alternando con otra.	Nominal.	Aromaterapia. Medicina China. Medicina Herbal. Homeopatía. Curación espiritual. Medicina Manipulativa. Medicina Nutricional. Holística. Naturopatía. Medicina Complementaria.
Desarrollo Social	Grupo de personas que desempeñan algún papel dentro o fuera del hogar y que	Grupo de personas que realizan el papel de apoyo económico a	Nominal Cualitativa.	Moderna. Tradicional.

	permanecen juntas	la familia al momento del diagnóstico		
Estructura Familiar	Grupo de personas unidas por un parentesco que viven juntas, conjunto de individuos que tienen una condición común.	Grupo de personas consanguíneas o no que viven en una sola vivienda.	Nominal Cualitativa	Nuclear. Extensa. Extensa compuesta. (según Geyman)
Desarrollo Comunitario	Grupo de personas que radican en un área geográfica determinada.	Grupo de personas que viven en un lugar con o sin los servicios básicos y de comunicación en el momento del estudio.	Nominal	Urbana. Rural.
Ciclo Vital	Son las etapas que corresponden a la historia natural de la familia desde su formación hasta su disolución.	Fases de la etapa del ciclo vital familiar, que se obtenga al momento del estudio.	Nominal Cualitativa	Matrimonio, Expansión, Dispersion, Independencia, Retiro o Nido vacío.

Procedimiento para la recolección de datos

Se entrevistó a la totalidad de pacientes que acuden a la consulta externa del Hospital General de Zona 2, durante el 2006.

Es un estudio prospectivo, transversal descriptivo en una muestra de conveniencia de 200 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, pacientes diagnosticados con enfermedades reumáticas en control en el Hospital General de Zona No. 2 del IMSS de Tuxtla Gutiérrez Chiapas, previo consentimiento informado, a los que se aplicaron 1 cuestionario con 26 ítems donde mide variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, ocupación, escolaridad, religión, nivel socioeconómico, síntomas que presenta, diagnóstico de la enfermedad reumática, tratamiento, enfermedades concomitantes y familiares (tipología de familia, por su desarrollo, por su estructura, por el medio donde vive, ciclo vital).

Los datos obtenidos se capturaron en una base de datos en un programa y se analizaron los resultados con el programa SSPS 11 para Windows.

Recursos para la investigación

HUMANOS: - 1 Médico Especialista en Reumatología (asesor temático)
- 1 Licenciado técnico bibliotecario (asesor metodológico)
- 1 Médico Residente Del curso semipresencial de medicina familiar

MATERIALES: Hojas de papel blancas
Bolígrafos
Lápices
Una computadora

FINANCIEROS: Los propios del investigador.

Consideraciones éticas

Todos los procedimientos estarán de acuerdo con lo estipulado en el reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud. Título segundo, capítulo 1, artículo 17, sección 2, investigación con riesgo mínimo y se anexa hoja de consentimiento informado.

Se sometió a evaluación por el comité local de Investigación del Instituto Mexicano del Seguro Social del HGZ No. 2.

Este proyecto de investigación se apegó a la ley general de salud y a las normas éticas de Helsinki.

“5. En investigación médica en seres humanos, la preocupación por el bienestar de los seres humanos debe tener siempre primacía sobre los intereses de la ciencia y de la sociedad.”

“10. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la intimidad y la dignidad del ser humano.”

11. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados, y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno.”

“20. Para tomar parte en un proyecto de investigación, los individuos deben ser participantes voluntarios e informados.”

“21. Siempre debe respetarse el derecho de los participantes en la investigación a proteger su integridad. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de los individuos, la confidencialidad de la información del paciente y para reducir al mínimo las consecuencias de la investigación sobre su integridad física y mental y su personalidad.”

Resultados

Se aplicaron 200 encuestas a derechohabientes en control por el departamento de Reumatología del HGZ no.2 IMSS Tuxtla Gutiérrez, predominó el sexo femenino 51.77%., La mediana de edad para ambos grupos fue de 50 años, con una media de 50.46 \pm 15.11 años. (Ver tabla No 1)

Tabla No 1 Edad de la población de estudio

VARIABLE	TOTAL	%	SD
MASCULINO	35	50.46	\pm 15.14
FEMENINO	165	51.77	\pm 14.39

Fuente: población derechohabiente del IMSS HGZ No 2 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

En ambos géneros el estado civil predominante fue el casado con el 60 y 55%. (Ver tabla No 2).

Tabla No 2 Estado civil

VARIABLE	TOTAL	SOLTERO	CASADO	UNION LIBRE	VIUDO	DIVORCIADO
MASCULINO	35	14.3	60	14.3	8.6	2.9
FEMENINO	165	8.5	55.2	11.5	18.2	6.7

Fuente: población derechohabiente del IMSS HGZ No. 2 Tuxtla Gutiérrez Chiapas

El nivel socioeconómico predominante fue el medio con el 65.7 y 55.2 %. (Ver tabla No 3).

Tabla No 3 Nivel socioeconomico

VARIABLE	TOTAL	MUY BAJO	BAJO	MEDIO	MEDIO ALTO
MASCULINO	35		34.3	65.7	
FEMENINO	165	1.8	41.2	55.2	1.8

Fuente: población derechohabiente del IMSS HGZ No 2 Tuxtla Gutiérrez Chiapas

En los hombres el grado de escolaridad que predominó fue el de secundaria con el 28.6% vs 32.1% de primaria en las mujeres (Ver tabla No 4).

Tabla No 4 Grado de escolaridad

VARIABLE	TOTAL	PRIMARIA	SECUNDARIA	PREPARATORIA	PROFESIONAL	ANALFABETA
MASCULINO	35	20	28.6	25.7	17.1	8.6
FEMENINO	165	32.1	23	11.5	13.9	19.4

Fuente: población derechohabiente del IMSS HGZ No 2 Tuxtla Gutiérrez Chiapas

La ocupación predominante fue la de ama de casa con el 52.1% (Ver tabla No 5).

Tabla No 5 Ocupación

VARIABLE	TOTAL	CAMPESINO	OBRERO	TECNICO	PROFESIONAL TECNICO	AMA DE CASA	PENSIONADO	NINGUNO	ESTUDIANTE
MASCULINO	35	14.3	40	11.4	5.7		14.3		8.6
FEMENINO	165	1.2	18.2	4.2	5.5	52.1	7.3	.6	1.8

Fuente: población derechohabiente del IMSS HGZ No 2 Tuxtla Gutiérrez Chiapas

La religión predominante fue la católica con el 88.6 y 77% respectivamente. (Ver tabla No 6).

Tabla No 6 Religión

VARIABLE	TOTAL	CATOLICA	EVANGELICA	TESTIGO DE JEOVA	PENTECOSTES	MORMONES	OTRAS	NINGUNA
MASCULINO	35	88.6		5.7	2.9			2.9
FEMENINO	165	77	12.1	4.8	1.2	1.8	.6	2.4

Fuente: población derechohabiente del IMSS HGZ No 2 Tuxtla Gutiérrez Chiapas

La enfermedad reumática predominante fue la Artritis Reumatoide con el 50.3% en los hombres. (Ver tabla No 7).

Tabla No 7 Enfermedades reumáticas

VARIABLE	TOTAL	AR	LES	OA	EA	OSTEOPOROSIS	FIBROMIALGIA	RUPHUS	A.PSORIATICA
MASCULINO	35	37.1		8.6	25.7				5.7
FEMENINO	165	50.3	13.9	12.7	1.2	7.3	2.4	.6	1.8

Fuente: población derechohabiente del IMSS HGZ No 2 Tuxtla Gutiérrez Chiapas

La enfermedad concomitante predominante fue la Diabetes Mellitus tipo 2 con el 14.5% en las mujeres. (Ver tabla No 8).

Tabla No 8 Enfermedades Concomitantes

VARIABLE	TOTAL	DM	HAS	COLITIS	GASTRITIS	LUMBALGIA	ASMA	HIPOTIROIDISMO	IRC	CEFALEA	OTRAS	NINGUNA
MASCULINO	35	5.7	5.7		2.9	2.9	2.9	2.5	.5	.5	5.7	74.3
FEMENINO	165	14.5	11.5	1.8	1.2	1.8	1.2	3.0	.6	.6	14.5	49.1

Fuente: población derechohabiente del IMSS HGZ No 2 Tuxtla Gutiérrez Chiapas

El tiempo transcurrido para la aparición de síntomas al momento del diagnóstico predominante fue el de 1 a 5 años con el 48.6%. (Ver tabla No 9).

Tabla No 9 Tiempo de aparición de los síntomas al momento del diagnóstico

VARIABLE	TOTAL	- 1 AÑO	1-5 AÑOS	5-10 AÑOS	10 Y MAS
MASCULINO	35	42.9	48.6	8.6	
FEMENINO	165	27.9	47.9	18.8	5.5

Fuente: población derechohabiente del IMSS HGZ No 2 Tuxtla Gutiérrez Chiapas

En ambos géneros el síntoma predominante fue el dolor articular con el 100% (Ver tabla No 10).

Tabla No 10 Síntomas que presenta

VARIABLE	TOTAL	DOLOR ARTICULAR	LIMITACION AL MOVIMIENTO	TUMEFACCION	ERITEMA	DEFORMIDAD

MASCULINO	35	100				
FEMENINO	165	95.8	1.2	1.2	.6	1.2

Fuente: población derechohabiente del IMSS HGZ No 2 Tuxtla Gutiérrez Chiapas

El tratamiento que más predominó en las mujeres fue el medicamentoso con el 97%. (Ver tabla No 11).

Tabla No 11 Tratamiento

VARIABLE	TOTAL	MEDICAMENTOSO	TERAPIA BIOLÓGICA	REHABILITACION	NINGUNO
MASCULINO	35	94.3	2.5		.5
FEMENINO	165	97	1.8		.6

Fuente: población derechohabiente del IMSS HGZ No 2 Tuxtla Gutiérrez Chiapas

El efecto secundario más frecuente del tratamiento fue la gastritis con el 59.4% y fue en las mujeres (Ver tabla No 12).

Tabla No 12 Efectos secundarios del tratamiento

VARIABLE	TOTAL	GASTRITIS	HEPATITIS	NAUSEA	VOMITO	NINGUNO
MASCULINO	35	31.4		2.9	2.9	62.9
FEMENINO	165	59.4	.6	2.4		37.6

Fuente: población derechohabiente del IMSS HGZ No 2 Tuxtla Gutiérrez Chiapas

Para ambos géneros por su desarrollo familiar predominó la familia tradicional con el 77.1% y 73.9% respectivamente. (Ver tabla No 13).

Tabla No 13 Desarrollo familiar

VARIABLE	TOTAL	MODERNA	TRADICIONAL
MASCULINO	35	22.9	77.1
FEMENINO	165	26.1	73.9

Fuente: población derechohabiente del IMSS HGZ No 2 Tuxtla Gutiérrez Chiapas

Por su desarrollo comunitario predominó la zona urbana con el 99.4% (Ver tabla No 14).

Tabla No 14 Desarrollo comunitario

VARIABLE	TOTAL	URBANA	RURAL
MASCULINO	35	97.1	2.9
FEMENINO	165	99.4	.6

Fuente: población derechohabiente del IMSS HGZ No 2 Tuxtla Gutiérrez Chiapas

En ambos géneros por su estructura familiar predominó la nuclear simple con el 68.6 y 44 %. (Ver tabla No 15).

Tabla No 15 Estructura familiar

VARIABLE	TOTAL	NUCLEAR	NUCLEAR SIMPLE	NUCLEAR NUMEROSA	MONOPARENTAL EXTENDIDA	EXTENSA	EXTENSA COMPUESTA
MASCULINO	35		68.6	2.9		2.9	25.7
FEMENINO	165	2.4	44.2	10.3	.6	12.7	29.7

Fuente: población derechohabiente del IMS HGZ No 2 Tuxtla Gutiérrez Chiapas

La etapa según Geyman predominante fue la de dispersión con el 35.8%. (Ver tabla No 16).

Tabla No 16 Etapa de Geyman

VARIABLE	TOTAL	MATRIMONIO	EXPANSION	DISPERSION	INDEPENDENCIA	RETIRO
MASCULINO	35	11.4	42.9	22.9	11.4	11.4
FEMENINO	165	3.6	21.8	35.8	24.8	13.3

Fuente: población derechohabiente del IMSS HGZ No 2 Tuxtla Gutiérrez Chiapas

DISCUSIÓN:

Se destaca que los padecimientos reumáticos aun siguen vigentes reportándose en diferentes estudios similares, un incremento del 10% de la población general la sigue padeciendo,⁵ esto se ha encontrado similar en nuestro estudio, contrastando que no ha disminuido en ninguna parte de la población estudiada, lo que hace pensar que independientemente de los mecanismos que se han implementado aún sigue vigente en nuestro medio y por ende impacta en el factor socioeconómico de la población.

En nuestro estudio se encuestaron 200 pacientes en el Hospital General de Zona No. 2 del IMSS en Tuxtla Gutiérrez Chiapas con enfermedades reumáticas de los cuales fueron 165 para el sexo femenino y 35 para el masculino, la mediana de edad para ambos grupos fue de 50 años, la edad promedio para el sexo femenino fue de 51.77 ± 15.14 y para el masculino 50.46 ± 14.39 . Lo cual concuerda con estudios realizados por Cobarrubias Cobos encontrando que el 79% predominó en mujeres. Peredo Coello con un 71.4% con predominio en mujeres. M. Casals con el 66.3% con predominio en mujeres. Xibillé Friedmann, en su estudio predominó el sexo femenino. Lo anterior reafirma que la patología siempre va predominar en el sexo femenino de acuerdo a lo estudiado y a la revisión de la literatura mundial. El cual sugiere que las hormonas sexuales juegan un papel importante en la fisiopatogenia de éstas enfermedades. Así como la asociación del gen HLA-DR4 con artritis reumatoide Ya que en pacientes del sexo femenino se ha podido determinar una disminución en la excreción de andrógenos adrenales y durante la gestación.^{5,13,19,20,25,}

En nuestro estudio realizado con el 48% predominó la artritis reumatoide existiendo más en mujeres. Lo cual concuerda a estudios realizados en nuestro país. Cobarrubias Cobos prevaleció la artritis reumatoide con el 33% de la población femenina.⁵ Así mismo Xibillé Friedmann reporta en un estudio realizado en el Hospital General de Cuernavaca Morelos México en el año 2005 donde encontró que la artritis reumatoide fue mas predominante, lo contrario de estudios realizados en pacientes residentes de la Habana Cuba donde predominó la osteoartritis. Esto nos señala que los genes autóctonos y los introducidos por el mestizaje de la raza mexicana, juega un papel importante para la prevalencia de artritis reumatoide incrementándose con la edad a partir de la tercera década.^{19,20}

En nuestro estudio realizado sobre el nivel socioeconómico predominó el nivel medio con un 57% en el sexo femenino, lo cual concuerda a lo reportado por Xibillé Friedmann al clasificar los niveles de ingreso en la población estudiada obteniendo que la media de ingreso de los pacientes fue de 3,425.00 pesos mexicanos mensuales, con un ingreso de 114 pesos diarios en

el año 2005, equivalente a 2.3, semejante a lo realizado por Quibrera donde el salario mínimo para nivel medio es de 2.1 a 3.0 es decir que el nivel socioeconómico es un factor predominante para la aparición de enfermedades reumáticas, además de la reportada por otros autores como, Young y otros. Además se han reportado que la prevalencia de enfermedades reumáticas varía significativamente dependiendo de la población estudiada, de la definición de enfermedad usada, de factores raciales y de tipo de residencia sea ésta de tipo urbana o rural.^{19,20,21,28}

Aunado a esto, el grado de escolaridad que predominó fue el de la primaria con un 30%. Estudios publicados en la revista Rheum Dis Clin N Am en el 2005 Young, además de Van der Heijde, Kim JM y otros encontraron que la edad promedio de la artritis reumatoide ha sido en pacientes con primaria, sin embargo Mitchell JM y otros han reportado que el estatus educacional fue descrita como uno de los factores que no ha importado en los Estados Unidos ni en países Europeos hay que han demostrado que la artritis reumatoide se ve implicada en todas las clases.^{20,21,24}

Aunado a eso, nuestro estudio además de verificar la literatura internacional y Local se ve afectada por los problemas sociales y educacionales que ha permitido que la mayor población que encontramos se debe al rezago educativo.

La ocupación que más predominó en nuestro estudio fue para las amas de casas con el 52.1%. Algunos estudio reportan que la ocupación más común ha sido las labores domésticas y que el sostén familiar económico se encontró en un 35% a las amas de casas.⁵

Así mismo, el tipo de religión que más se presentó fue la católica con un 79%. Hasta el momento en la revisión bibliohemerográfica, la literatura no ha reportado nada en lo absoluto sobre el tipo de creencia de la población estudiada.

Por otro lado, el síntoma que más se presentó fue el dolor articular con el 96.5% . Con respecto al dolor que presentan los pacientes con esta patología se reportan estudios como el de Álvarez Nemegyei lo cual concuerda al

nuestro donde especifica que encontró dolor musculoesquelético con una prevalencia de de 25.8. Lo que nos indica que el dolor articular es el principal síntoma de las enfermedades reumáticas.^{5,6}

En nuestro estudio el tratamiento que más se presentó fue el medicamentoso con el 96.5%. Lo que concuerda a lo reportado por Badia Flores en una encuesta de pacientes en la consulta externa de Reumatología sobre terapéutica empleada, y por Young en el 2005. Se demuestra que el tratamiento con medicamentos AINES, corticoesteroides y FARMES se utilizan como terapéutica de fondo en pacientes con enfermedades reumáticas.^{11,26}

En nuestro estudio realizado pertenecen a una familia tradicional el 74.5%, en el desarrollo comunitario predominó la urbana con el 99%, por su estructura prevaleció la nuclear simple con el 48.5%, y con respecto a la etapa del ciclo vital según Geyman, se encontraron en la etapa de dispersión el 33.5%, ningún tipo de estudio se ha reportado ya que la literatura que se compiló para el estudio no hubo significancia alguna.

CONCLUSIONES:

Las enfermedades reumáticas siguen afectando a una gran parte de la población en México y principalmente en el estado de Chiapas a la población con menor grado de estudios.

Por otro lado es importante recalcar que las enfermedades reumáticas sigue siendo una de las patologías que mayormente se presente en mujeres con quehaceres del hogar.

Es importante destacar que los síntomas han sido en su mayoría los dolores articulares con mayor prevalencia lo que supone que hay que verificar la a nivel de Unidades Médicas un programa que valla enfocado al fomento de la salud en las zonas urbanas.

Por ultimo es menester que debido a la gravedad de las enfermedades reumatológicas se utilizan un mayor tipo de tratamientos medicamentoso por parte de los especialistas en reumatología que han dado evitando la terapia biológica en estos tipos de pacientes como tratamiento alterno.

Consideramos que los resultados del presente estudio pueden ser de utilidad en la planeación de programas de atención médica reumatológica de primer y segundo nivel, consideramos las siguientes recomendaciones:

Recomendaciones.

1.- Los resultados del presente estudio podría ser de beneficio en la planeación de programas de educación médica reumatológica a todos los médicos de primer y segundo nivel de atención de todas las instituciones de salud, y a los pacientes con lo cual viablemente incurriría sobre el impacto socioeconómico de las enfermedades reumáticas y en la calidad de vida de nuestros pacientes mejorándoles recursos a las instituciones de salud en nuestro país.

2.-Capacitar al personal médico de todas las instituciones de salud de nuestro país, para que tengan el mismo nivel de conocimiento para diagnosticar enfermedades autoinmunes reumáticas.

3.- A la sospecha de una enfermedad autoinmune reumática los médicos deben enviar interconsulta oportunamente al reumatólogo para que se lleve a cabo el protocolo específico

4.- Los médicos generales deben realizar protocolos de estudios en este grupo de pacientes para diagnóstico temprano para que tengan tratamiento oportuno y mejor pronóstico, para ello es necesario una rotación de médicos familiares y no familiares por 6 meses por el servicio de Reumatología en el sector salud donde existe dicha subespecialidad.

5.-Es necesario establecer o crear fundaciones de los pacientes reumáticos con el fin de apoyar a los más necesitados de valoración médica, tratamientos actualizados, con precios bajos o subsidiados por el gobierno o instituciones de ayuda como el IDH.

6.-Propagar la información en cuanto a orientación en los medios de comunicación a la población en general de lo que pasa en este grupo de pacientes con fin de difundir recomendaciones de prevención y apoyo en el tratamiento de enfermedades reumáticas autoinmunes.

Bibliografías:

- 1.- Enfermedades Reumatológicas [en línea] Disponible URL: www.femeba.or.ar/fundación
- 2.- Enfermedades Reumáticas. Generalidades [ON LINE] Disponible URL: <http://www.drscope.com/privados/pac/gen.erales/reumatología/enfreuma.htm>.
- 3.- Ramos Niembro F. Contribuciones de la Reumatología mexicana en el Siglo.XX. Rev. Méx. Reumat 2001;16(2):133-136.
- 4.- Pascual Gómez E., y autores. Tratado de Reumatología.- Madrid: ARAN,1998
- 5.- Covarrubias Cobos J. A., Alvarez Nemegyei J., Martinez Campos C. ,Análisis de mil pacientes reumatologicos de Mérida, Yucatán México; Rev Mex. Reumat 2002;17(5):297-300.
- 6.- Álvarez Nemegyei J., Nuno Gutiérrez B. L, Alcocer Sánchez J.A. Enfermedades reumáticas y discapacidad laboral Rev. Med IMSS 2005;43(4):287-292.
- 7.- Abud Mendoza C. La Reumatología hacia el 2001. Rev. Méx. Reumat 2001;16(2):151-157.
- 8.- Cervera R. Diez claves sobre la importancia de las enfermedades auto Inmunes en Medicina Rev. Méx. Reumat 2002;17(5):293-295.
- 9.- Vanina Marini, Alejandra Babini, Edgardo Moretti. Determinación de citrulina y oxido nítrico en el suero de pacientes con artritis reumatoide y otras enfermedades reumáticas. Archivos de Alergia e Inmunología Clínica 2004;35(2):39-45.
- 10.- Bañuelos Ramírez D., Rojas Rodríguez J., Holguín Dorador I. G. Anticuerpos monoclonales anti-TNF alfa mat. 18 (5): 281-286.
- 11.- Badia Flores J. Reflexiones sobre la etiología y el tratamiento de la artritis reumatoide Rev. Méx. Reumat 2004;19(2):141-142.
- 12.- Arce Salinas A. Glucocorticoides en artritis reumatoide ¿hacia que lado se inclina la balanza? Rev. Méx. Reumat 2001;16(6):373-376.
- 13.- Jorge Jaimes-Hernández y Col. Características inmuno genéticas de la artritis reumatoide en el sexo masculino. Rev. Mex. Reumat. 1991, Vol. 6: 181-186.

- 14.- Brito M. Jara Quezada L. J., Lupus eritematoso sistêmico. Rev. Mex. Reumat 2003;18(5):309-319
- 15.- Jorge J., Judith L., Características Inmunogenética de la artritis reumatóide em el sexo masculino. Ver. Mex. Reumat.1991, vol. 6: 181-186
- 16.- Peredo Coello A., Reyes Llerena Gil y col. Prevalencia de las enfermedades reumáticas e invalidez asociada en población urbana cubana atendida por el médico de la familia. Rev. Cubana de Reumatología2001;3(1): [en línea]
- 17.- Francisco Bracho y col. Dispersión del intervalo Q-T en mujeres con artritis reumatoide en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida Venezuela. Revista de Medicina Interna y Medicina Crítica 2004;1(4):[en línea].
- 18.- Granados J., Cutiño Teresa y col. Contribuciones de la Reumatología mexicana en Inmunogenética. Rev Mex Reumat 2001; 16 (2): 137-140
- 19.- Xibillé-Friedmann D. y Col. Percepción de la sexualidad en pacientes con enfermedades reumáticas: estudio piloto de casos y controles. Reumatol Clin.2005; 1(1)20-4.
- 20.-Reyes Zavala y Col. Prevalencia de artritis reumatoide en la consulta externa del Hospital General de Mazatlán del 1 de enero de 1998 al 31 de agosto del 2000. XXIX Congreso, resúmenes. Revista Mexicana de Reumatología 2003.
- 21.- Adam Young Early Rheumatoid Arthritis. Rheum Dis Clin. N. Am 31 (2005) 659-679.
- 22.- Ibáñez Landini G. La relación médico-paciente en reumatología. Perspectivas... ¿LAS HAY? Rev. Méx. Reumat 2001;16(6):359-360.
- 23.- Echarte Martínez J.C., Llerena Rojas L.R., Barrera Sarduy J.D., Hidalgo Díaz J. Diagnóstico clínico y angiográfico de la arteritis de Takayasu. Rev. Cubana Cardiol Cir Cardiovasc 1996;10(1):[en línea]
- 24.- Mitchell JM Burkhauser RV, Pincus T. The importance of age, education, and comorbidit. In the substantial earnings loss of individuals with symenetric polyarthritis, Arthritis Rheum 1988; 31: 348-57.
- 25.- Héctor Quevedo y Col. Artritis Reumatoide: Una enfermedad con prevalencia homogénea. Rev. Perú. Reum. 1995; 1 (1): 40-1.

- 26.- J. Badia Flores y Col. Encuesta de pacientes en la consulta externa de reumatología. Informe sobre terapéutica empleada. Rev. Mex. Reumat 2002; 17(59): 301-306.
- 27.- Casals M. Samper. Epidemiología, prevalencia y calidad de vida del dolor crónico no oncológico. Estudio ITACA. Rev. Soc. Esp.Dolor.11:260-269,2004.
- 28.- Ricardo Quibrera y Col. Prevalencia de diabetes, intolerancia a la glucosa, hiperlipemia y factores de riesgo en función de nivel socioeconómico. Rev Invest Clin 1994; 46: 25-36.
- 29.- Van der Heyde DMFM, van Rerl PLCM, van de Putte LBA, influence of prognostic features on final outcome in rheumatoid arthritis. A review of the literature. Semin Arthritis Rheum. 1988; 17:284-92.
- 30.- Kim JM, Weisman MH. When does rheumatoid arthritis begin and why do we need to know? Arthritis Rheum 2002; 43:473-57

ANEXOS

**Anexos:
Cronograma de
Actividades**

	DIC. 2006	ENE 2007	FEB. 2007	MAR. 2007	ABRI 2007	MAY 2007	JUN 2007	JUL 2007	AGO 2007	SEP 2007	OCT 2007	NOV 2007
ELECCIÓN DEL TEMA												
REVISIÓN DE LA LECTURA												
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO												
REVISIÓN DEL PROTOCOLO												
PRESENTACIÓN DEL PROTOCOLO												
MODIFICACIÓN DEL PROTOCOLO												
EVALUACIÓN DEL PROTOCOLO POR EL COMITÉ												
INICIO DE INVESTIGACIÓN												
RECOLECCIÓN DE DATOS												
ANÁLISIS Y CODIFICACIÓN DE DATOS												
INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS												
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO												
ENTREGA DEL ESCRITO FINAL												

**CARTA DE CONSENTIMIENTO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN
INTITULADO**

LUGAR: Hospital General de Zona No. 2

FECHA: _____

Por medio de la presente acepto participar en el proyecto de investigación intitulado. "Perfil clínico de pacientes con enfermedades reumáticas del Hospital General de Zona No.2 del IMSS Tuxtla Gutiérrez Chiapas"

El objetivo de este estudio es: Determinar la prevalecía de enfermedades reumáticas en pacientes del Hospital General de Zona No. 2 de Tuxtla Gutiérrez Chiapas en ambos turnos de la especialidad de Reumatología. Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar dos cuestionarios uno que mide variables sociodemográficas elaborado ad hoc para el estudio (género, edad, escolaridad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico, tipo de familia). Se efectuara la aplicación de estos instrumentos dentro de una área privada (consultorio) los datos se manejaran de manera confidencial respetando mi privacidad, estoy enterado (a) que puedo dejar de participar en el momento que desee.

Nombre y firma del paciente

Investigador
Dr. Mario Juan González.

