



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MEDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
“DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVAEZ” DISTRITO FEDERAL
UNIDAD MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN NORTE

“CLASIFICACIÓN FUNCIONAL EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE TERCER NIVEL DE ATENCIÓN”

TESIS DE POSGRADO
PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE REHABILITACIÓN

P R E S E N T A

DRA. MARIA LUISA DE MONSERRAT JUÁREZ ESPINOZA

IMSS

MÉXICO, D.F.

2013





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.

**“CLASIFICACIÓN FUNCIONAL EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE TERCER NIVEL DE
ATENCIÓN”**

**COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 34011
NUMERO DE REGISTRO R-2012-3401 1-11**

PRESENTA

DRA. MARIA LUISA DE MONSERRAT JUÁREZ ESPINOZA

Médico Residente de la Especialidad de Medicina de Rehabilitación
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte
UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Distrito Federal. IMSS

INVESTIGADOR RESPONSABLE



DRA. MA. TERESA SAPIÉNS MÉNDEZ

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte
UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Distrito Federal. IMSS

TUTOR



DRA. MARIA ELENA MAZADIEGO GONZALEZ

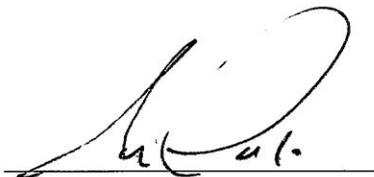
Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte
UMAE “Dr. Victorio de la Fuente Narváez”, Distrito Federal. IMSS

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD MÉDICA DE ALTA ESPECIALIDAD
"DR. VICTORIO DE LA FUENTE NARVÁEZ", DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN NORTE

**"CLASIFICACIÓN FUNCIONAL EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE TERCER NIVEL DE
ATENCIÓN"**

**COMITÉ LOCAL DE INVESTIGACIÓN EN SALUD 34011
NUMERO DE REGISTRO R-2012-3401 1-11**

HOJA DE APROBACIÓN DE TESIS



DR. IGNACIO DEVESA GUTIERREZ

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación
Director Médico de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte
Profesor Titular del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación
UMAE "Dr. Victorio de la Fuente Narváez", Distrito Federal. IMSS



DRA. MARIA ELENA MAZADIEGO GONZALEZ

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación
Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
Profesor Adjunto del Curso de Especialización en Medicina de Rehabilitación
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte

TITULO
“CLASIFICACIÓN FUNCIONAL EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE EN UNA UNIDAD DE REHABILITACIÓN DE TERCER NIVEL DE
ATENCIÓN”

DEDICATORIA

A mis padres Luis y Josefina por todo su amor, paciencia y por todas sus enseñanzas.

A mis hermanos Alejandra y Virgilio que me han apoyado en todo momento, por ser mi ejemplo a seguir.

A mis sobrinos Jesús y Luis por las alegrías que me han dado.

A mi esposo Juan Carlos, por el amor, apoyo incondicional que me ha brindado y por siempre impulsarme a seguir adelante.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco al Dr. Ignacio Devesa Gutiérrez por el apoyo brindado durante estos 3 años.

A la Dra. María Elena Mazadiego por todo su apoyo, enseñanza, tiempo y consejos.

A la Dra. Ma. Teresa Sapiéns Méndez por todo el apoyo, consejo y tiempo para la realización de esta tesis.

A mis amigos Nancy, Eli, Normis, Faby, Angel, Xola, Memo, Irma, Yedid, Ceci, Jaz, Lau, Dany, Getse y Mire por haberme brindado su amistad y por todos los momentos que compartimos.

A todo el personal de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte.

ÍNDICE

ÍNDICE.....	1
RESUMEN.....	2
ANTECEDENTES.....	3
JUSTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	13
OBJETIVOS.....	14
HIPÓTESIS GENERAL.....	15
MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
Criterios de Selección.....	16
Metodología.....	17
Modelo Conceptual.....	18
RESULTADOS.....	22
DISCUSIÓN.....	27
CONCLUSIONES.....	28
REFERENCIAS.....	29
ANEXOS.....	31

Resumen

Sapiéns M.T, Mazadiego G. M, Juárez E.M Título. **Clasificación Funcional en los pacientes con Artritis Reumatoide en una Unidad de Rehabilitación de Tercer Nivel de Atención.** ANTECEDENTES. La prevalencia de la AR es del 1% de la población (oscila entre 0.3 y 2.1%); Más frecuente en mujeres proporción 3:1. Se utiliza la Clasificación Funcional para estadificar el grado de afectación en la Artritis Reumatoide. OBJETIVO. El objetivo de este estudio es analizar la Clasificación Funcional de la Artritis Reumatoide e identificar el perfil demográfico de los pacientes con Artritis Reumatoide. MATERIAL Y MÉTODOS. Diseño observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, se realizó en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social, la muestra se recolectó con datos de expedientes de abril del 2011 a marzo del 2012, del módulo Medicina Interna y Cirugía, con Diagnóstico de Artritis Reumatoide Clásica, clase funcional I, II, III y IV, donde la causa de la discapacidad actual no se trato de otra patología agregada así como que contarán con todos los datos de su perfil demográfico. RESULTADOS. Se revisaron un total de 101 expedientes, donde se encontró una mayor prevalencia en el sexo femenino 88.1%, la media fue de 52.27 años, la clase funcional I obtuvo un 61.3%, el nivel de escolaridad más frecuente fue de primaria y el estado civil fue casado. CONCLUSIONES. De acuerdo con lo encontrado en este estudio se concluyó que la mayor prevalencia de los pacientes con Artritis Reumatoide fue la Clase Funcional I los cuales son referidos en tiempo a una Unidad de Rehabilitación de Tercer Nivel de Atención para recibir una terapia física y ocupacional de forma temprana para evitar el desarrollo de mayores complicaciones que deterioren sus actividades en la vida diaria.

Antecedentes

La Artritis Reumatoide es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica, de causa desconocida, que afecta de modo principal las membranas sinoviales de múltiples articulaciones. La alteración característica es una sinovitis crónica inflamatoria persistente que afecta principalmente a las articulaciones periféricas con una distribución simétrica.

Esta enfermedad tiene una gran cantidad de manifestaciones tanto articulares como extraarticulares, suele iniciarse entre los 20 y 40 años, aunque puede comenzar a cualquier edad, la susceptibilidad a la artritis reumatoide está determinada de manera genética.

Esta enfermedad está ampliamente distribuida en el mundo. La prevalencia de la AR es aproximadamente del 1% de la población (oscila entre el 0.3 y 2.1%); y una incidencia aproximada de 0.5 casos anuales por 1000 habitantes; la prevalencia en la población latinoamericana es del 0.5%; las mujeres se afectan con una frecuencia aproximadamente tres veces mayor a la de los varones. La prevalencia aumenta con la edad, manifestándose una incidencia de la AR en las mujeres de 60 a 64 años es más de seis veces mayor que en las de 18 a 29 años.

Los estudios familiares indican una predisposición genética. Los factores de riesgo no explican, en su totalidad, la incidencia de la AR, lo que sugiere la participación de los factores ambientales en la etiología. El clima y la urbanización poseen un gran impacto en la incidencia y gravedad de la AR en grupos con una base genética similar. ⁽¹⁾

La Artritis Reumatoide se asocia a diversos factores de riesgo, entre los que cabe destacar la edad avanzada (> 65 años), la obesidad, sobrecarga continua de las articulaciones y los traumatismos. Se manifiesta principalmente por dolor “sordo” en las articulaciones afectadas, que inicialmente puede ser leve e intermitente, pero que puede llegar a ser muy intenso y persistente; el dolor se asocia a otros síntomas como inflamación, rigidez y reducción de la movilidad y la funcionalidad de los pacientes.

Algunos pacientes pueden presentar únicamente un proceso inflamatorio en articulaciones pequeñas, de breve duración y con lesiones articulares mínimas, mientras otros presentan una poliartritis progresiva e imparabile que evoluciona hacia la aparición de deformidades importantes su diagnóstico se realiza no solo por la presencia de datos positivos de la AR, sino por la caracterización y suma de diferentes datos. Los criterios actuales del ACR

(escala desarrollada por el American College of Rheumatology para la clasificación de la AR) reducidos a siete en la forma clásica, aportan una sensibilidad del 91 % y una especificidad del 89 %.

Cuadro 1. Criterios para el diagnóstico de Artritis Reumatoide de la American Rheumatism Association (ARA) y del American College of Rheumatology (ACR)

-Rigidez matutina

-Dolor al moverse o sensibilidad dolorosa a la presión por lo menos en una articulación

- Inflamación por lo menos en una articulación
- Inflamación en una segunda articulación (cualquier intervalo libre de síntomas articulares entre dos ataques articulares que no suele ser superior a tres meses).
- Afección simultánea de la misma articulación en ambos lados de cuerpo
- Nódulos subcutáneos sobre prominencias óseas, o superficies extensoras, o en regiones yuxtaarticulares
- Signos radiográficos típicos de artritis
- La prueba de aglutinación resulta positiva para el factor reumatoide
- Se obtiene un precipitado deficiente de la mucina
- Cambios histológicos característicos en la sinovial
- Cambios histológicos característicos en nódulos subcutáneos

Entre estos criterios, únicamente sólo el signo de la rigidez matutina puede basarse en el informe del paciente. Los primeros cinco criterios deben estar presentes de manera constante durante por lo menos seis semanas. La forma clásica depende de la presencia de siete de los once criterios y la forma definida requiere cinco de los once criterios.

La causa de la AR se desconoce, se ha sugerido que es una respuesta del huésped con susceptibilidad genética a un agente infeccioso. Algunos autores sugieren que también podrían involucrarse factores ambientales y hormonales, interrelacionados en forma compleja.

Dada la amplia distribución de la AR en todo el mundo, se piensa que el microorganismo debe ser ubicuo. Entre los diferentes microorganismos propuestos

se encuentra el Mycoplasma, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, parvovirus y virus de la rubéola, aunque no existe ninguna prueba concluyente de que estos u otros agentes produzcan la AR.

El cuadro clínico de la AR usualmente se manifiesta después de varios meses del establecimiento de la enfermedad. Por lo general se afectan las muñecas y las articulaciones metacarpofalángicas y las interfalángicas de ambas manos.

El curso natural de la enfermedad en la mayoría de los pacientes involucra la inflamación crónica de varias articulaciones, con períodos de mayor intensidad.

Típicamente la AR es una poliartritis crónica. Aproximadamente en las dos terceras partes de los pacientes, comienza de forma insidiosa con fatiga, anorexia, debilidad generalizada y sintomatología musculoesquelética generalizada, hasta que se hace evidente la sinovitis.

Clasificación del estado funcional en artritis reumatoide (Colegio Americano de Reumatología)

Clase 1: Capacidad completa para realizar actividades usuales de la vida diaria, que incluyen actividades de autocuidado, avocacionales y vocacionales.

Clase 2: Puede realizar actividades de autocuidado y avocacionales, pero con limitaciones en las actividades vocacionales.

Clase 3: Puede realizar actividades de autocuidado pero tiene limitaciones en actividades avocacionales y vocacionales.

Clase 4: Tiene limitación para realizar las actividades de autocuidado, avocacionales y vocacionales.

AIMS: Escala de medición de impacto de la artritis. Consiste en 9 escalas. Evalúa movilidad, actividad física, destreza, AVD, actividad social, ansiedad, depresión, dolor y tareas domésticas.

AIMS 2: 12 ESCALAS (74 ITEMS): Evalúa nivel de movilidad, marcha, agachadas, función de mano y dedos, función del brazo. Autocuidado, tareas domésticas, actividad social, apoyo de la familia, dolor de la artritis, trabajo, nivel de tensión y estado de ánimo.

HAQ: Cuestionario de evaluación de la salud. Incluye subescala análoga del dolor. 15 páginas.

MHAQ: Incluye 8 tareas: vestirse, levantarse, comer, caminar, higiene, alcance, agarrar, actividades y tareas. ⁽⁴⁾

El objetivo terapéutico es obtener el mejor control posible de la actividad inflamatoria. Esto implica conseguir una disminución de la inflamación suficiente para que disminuya significativamente el dolor, se prevenga o controle el daño articular y se preserve la capacidad funcional para realizar actividades de la vida diaria. Son importantes aspectos como la educación, la adaptación al entorno y la información precisa ante cada cambio relevante del tratamiento. ⁽¹⁾

En cuanto a la terapia farmacológica para mejorar los síntomas se recurre a los antiinflamatorios no esteroideos y a los corticosteroides a dosis bajas, tanto por vía oral como en infiltraciones intraarticulares. Los analgésicos se utilizarán a demanda como complemento a estas medidas así como el uso de los fármacos llamados modificadores de la enfermedad (FAME). La interconsulta con médicos

rehabilitadores y la consideración de tratamiento quirúrgico son importantes y fundamentales en el tratamiento de los pacientes con AR. ⁽⁹⁾

En los últimos años ha habido una serie de cambios relevantes en el abordaje práctico del paciente con AR. La correcta evaluación inicial con la identificación de subgrupos de mal pronóstico, la definición de herramientas para la evaluación de la respuesta terapéutica, el tratamiento desde el inicio de la enfermedad con FAME, la aparición de nuevos fármacos y agentes biológicos y la generalización en la implantación de medidas de prevención de los efectos secundarios de las terapias utilizadas han supuesto una auténtica revolución en el tratamiento de esta enfermedad. ⁽¹⁰⁾

Las estrategias rehabilitatorias ofrecen una alternativa viable al manejo del paciente artrítico. Un programa de rehabilitación influye positivamente para la disminución del dolor, mejorar la movilidad articular, la función y por lo tanto aumentar la capacidad en las actividades de la vida diaria. El último objetivo es asistir al paciente a alcanzar su máximo potencial personal u mantener la independencia. ⁽¹¹⁾

La radiografía simple es una valiosa herramienta en el abordaje de la AR, tiene diferentes utilidades, entre ellas: aproximación diagnóstica, evaluación del daño estructural, medición de la severidad y progresión, establecimiento de efectos del tratamiento y medida objetiva del compromiso articular.

Las principales alteraciones estructurales evaluadas son:

1. Aumento de partes blandas: Generalmente es fusiforme y distribuido de manera uniforme alrededor de la articulación.

2. Osteopenia: El término se refiere a la escasez cuantitativa del hueso. La cantidad de hueso que se pierde antes de que la osteopenia pueda ser detectada en una radiografía, es aproximadamente del 33%. Se requiere de experiencia para su evaluación; es difícil debido a la subjetividad de la interpretación y porque la técnica con que se hace el estudio puede llevar a confusiones.

Cuando se encuentra osteopenia, es importante definirla si es yuxtaarticular (alrededor de la articulación) o generalizada. La primera es la que se observa frecuentemente en AR. En las radiografías de personas normales, la cortical de la superficie cóncava de la articulación es más gruesa que la superficie convexa, en contraste, si las corticales de estas superficies son iguales en grosor, indica que hay osteopenia yuxtaarticular.

3. Disminución del espacio articular: Es una de las medidas de lesión radiográfica más importantes en AR. La disminución del espacio articular indica pérdida del cartílago articular. En la AR esta pérdida suele ser simétrica. Cuando existe pérdida total del espacio se denomina anquilosis.

4. Erosiones: Se definen como la pérdida de definición de la superficie ósea o pérdida de la continuidad de la cortical en los huesos que integran la articulación. Las erosiones yuxtaarticulares se observan en las “áreas desnudas” del hueso, es decir en las zonas dentro de la articulación donde el hueso no está protegido por cartílago de revestimiento. Constituyen otra de las medidas fundamentales para evaluar lesión radiográfica en AR. Las erosiones presentes en la enfermedad activa tienen bordes mal definidos, lo que hace más difícil la cuantificación de las

mismas. Las erosiones de bordes escleróticos bien definidos se encuentran en la enfermedad no activa.

5. Congruencia articular: La pérdida de la relación o congruencia entre los huesos en una articulación, puede ser total (luxación) o parcial (subluxación). Estos mal alineamientos son componentes de algunas de las deformidades tardías que se pueden presentar en la AR (dedos en cuello de cisne, botonera, etc).

6. Quistes subcondrales: Áreas radiolúcidas de bordes bien definidos subyacentes a la superficie articular. ⁽⁸⁾

Dentro de los siete criterios de clasificación de la AR desarrollados por el Colegio Americano de Reumatología, existe un criterio que define los cambios radiográficos como aquellos típicos de la enfermedad en las radiografías posteroanterior de la mano y muñeca, incluyendo erosiones u osteopenia intra o yuxtarticular (sin calificar cambios para osteoartrosis).

De todas las alteraciones estructurales mencionadas, las erosiones y la pérdida o disminución del espacio articular son las que mejor reflejan el proceso fisiopatológico de daño articular en la AR, y por tal razón han sido utilizadas en la mayoría de los estudios y cuantificadas a través de índices y sistemas de puntuación validados para clasificar el grado o estado de lesión que ha generado la enfermedad a nivel articular.

Existen diversas investigaciones acerca del impacto psico-social y económico de la Artritis Reumatoide. En México, en el Instituto Mexicano del Seguro Social, se

ha estudiado la repercusión laboral de las enfermedades reumáticas, durante un período de 25 años, donde se demostró que las incapacidades temporales son mucho más frecuentes en el servicio de reumatología en comparación de otros servicios médicos y quirúrgicos. Asimismo las enfermedades reumáticas son la primera causa de discapacidad permanente, y donde la artritis reumatoide ocupa el segundo lugar en la demanda de atención médica, antecedida por la enfermedad articular degenerativa. ⁽⁷⁾

Justificación y planteamiento del problema

La Artritis reumatoide se encuentra ampliamente distribuida en el mundo. La prevalencia de la AR es aproximadamente del 1% de la población (oscila entre el 0.3 y 2.1%); y una incidencia aproximada de 0.5 casos anuales por 1000 habitantes; las mujeres se afectan con una frecuencia aproximadamente tres veces mayor a la de los varones.

La prevalencia aumenta con la edad, manifestándose una incidencia de la AR en las mujeres de 60 a 64 años es más de seis veces mayor que en las de 18 a 29 años.

En la UMFRN en el año 2011 se reportan un total de 339 consultas por Artritis Reumatoide, de las cuales 146 fueron de primera vez y 193 subsecuentes, 43 del sexo masculino y 296 del sexo femenino, donde el rango de edad mayormente afectado fue de 50 a 59 años.

Siendo la UMFRN un centro de atención de tercer nivel en donde los pacientes que son referidos presentan en la mayoría de los casos complicaciones que se pudieron haber evitado con un manejo preventivo desde un primer y segundo nivel de atención, dicho estudio pretende averiguar y dar a difundir la funcionalidad de los pacientes con Artritis Reumatoide que se concentran en un tercer nivel de atención, por tal motivo surge la inquietud por la realización de este protocolo de investigación.

Pregunta de Investigación

¿Determinar cuál es la Clasificación Funcional de la Artritis Reumatoide tratados en una Unidad de Rehabilitación en un tercer nivel de atención médica?

Objetivos

Objetivo Principal

-Determinar la Clasificación Funcional de la Artritis Reumatoide, de los pacientes que acuden a la Unidad de Rehabilitación de Tercer Nivel de atención.

Objetivos Secundarios

-Identificar el perfil demográfico de los pacientes con Artritis Reumatoide que acuden a la Unidad de Medicina de Rehabilitación de Tercer Nivel de atención.

Hipótesis general

En pacientes con Diagnóstico de Artritis Reumatoide que acuden a una Unidad de Rehabilitación de tercer nivel de atención médica tienen mayor prevalencia de la clasificación funcional II.

Material y Métodos

Estudio Observacional, retrospectivo, transversal y descriptivo, el cual se llevó a cabo en el período de Marzo-Agosto del 2012, la población de estudio fueron expedientes de pacientes que acuden por primera vez a la consulta externa del 01 de abril 2011 hasta el 31 de marzo del 2012 con Diagnóstico de Artritis Reumatoide Clásica, revisados en el servicio de Consulta externa y que correspondan al Módulo de Medicina Interna y Cirugía (MIC). Se solicitó el expediente al Archivo para su análisis.

Criterios de selección

Inclusión. Expedientes de pacientes con Diagnóstico de Artritis Reumatoide Clásica que acuden a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Norte, con Clase Funcional II, III y IV.

No Inclusión. Expedientes de pacientes que cursen con una patología agregada que sea la causa de la consulta actual.

Eliminación. Expedientes con datos incompletos en cuanto a la clasificación funcional y aspectos demográficos.

Cálculo del tamaño de muestra

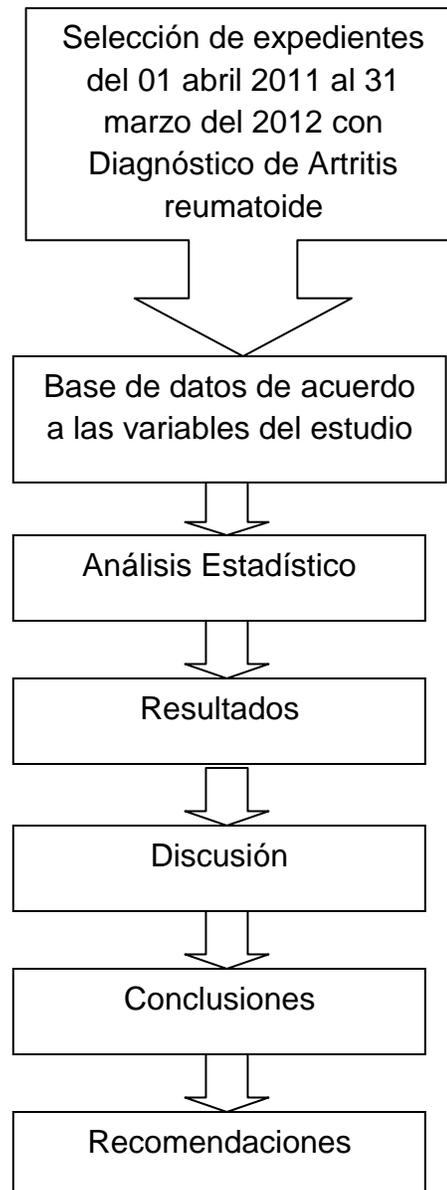
El cálculo de la muestra fue determinada por el periodo de búsqueda y los criterios de inclusión.

Metodología

Estudio autorizado por el comité local de investigación numero 2012-34011-11 de la UMFRN del IMSS; Se llevó a cabo una revisión de las hojas diarias del control e información de consulta externa, para captar expedientes del consultorio de Medicina Interna y Cirugía de primera vez con Diagnostico de Artritis Reumatoide Clásica donde se recabaron y analizaron las variables de sexo, edad, estado civil, nivel de escolaridad y clasificación funcional de la Artritis Reumatoide Clásica.

La información obtenida fue de fuentes secundarias no se requirió hoja de consentimiento informado. La recolección de los datos se registró en formatos ex profeso (anexo 1). El análisis de los datos fue descriptivo, se utilizó el programa estadístico SPSS versión 17, para distribución de frecuencias y porcentajes para las variables cualitativas y medidas de tendencia central para las cuantitativas, representados en cuadros y gráficas.

Modelo conceptual



Descripción de variables

Variables Demográficas

VARIABLE	CLASIFICACION SEGÚN LA MEDICIÓN	DEFINICION OPERACIONAL	MEDIDA	DEFINICION CONCEPTUAL
Sexo	Cualitativa	Nominal	Masculino Femenino	División del género humano en dos grupos: mujer o hombre.
Edad	Cuantitativa	Discreta	Años	Es el término que se utiliza para hacer mención al tiempo que ha vivido un ser vivo.
Estado Civil	Cualitativa	Nominal	Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Divorciado (a)	Es la situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Escolaridad	Cuantitativa	Nominal	Nula Primaria Secundaria Bachillerato Licenciatura	Periodo de tiempo que dura la estancia de una persona escuela para estudiar y recibir la enseñanza adecuada
Clasificación funcional	Cualitativa	Ordinal	-I -II -III -IV	Clase 1: Capacidad completa para realizar actividades usuales de la vida diaria, que incluyen actividades de autocuidado, avocacionales y vocacionales. Clase 2: Puede realizar actividades de autocuidado y avocacionales, pero con limitaciones en las actividades vocacionales. Clase 3: Puede

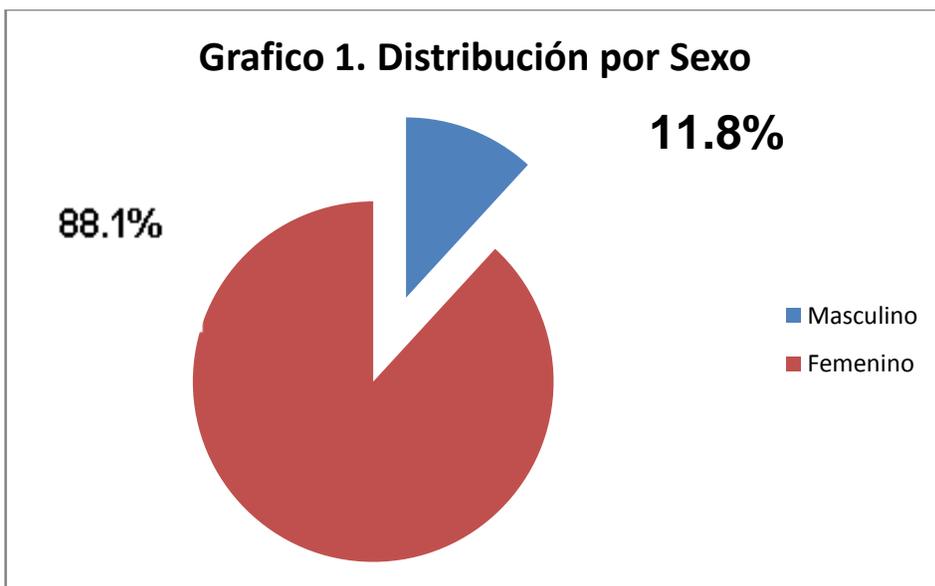
				<p>realizar actividades de autocuidado pero tiene limitaciones en actividades avocacionales y vocacionales.</p> <p>Clase 4: Tiene limitación para realizar las actividades de autocuidado, avocacionales y vocacionales.</p>
--	--	--	--	--

Resultados

Se revisaron un total de 111 expedientes de pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide, de ellos se excluyeron 10 expedientes por no contar con criterios completos para su clasificación, conformando una población total de 101 expedientes que se tomó como el 100% para el análisis del presente trabajo.

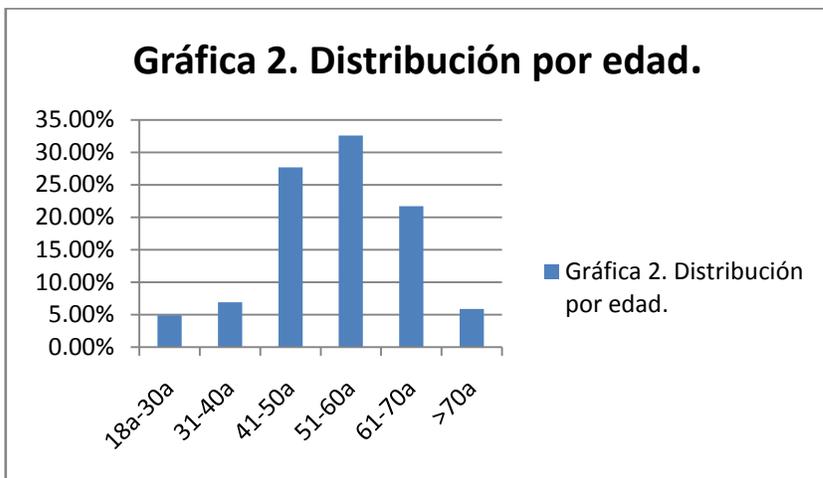
La distribución por género fue de 89 (88.1%) femeninos y 12 (11.8%) masculinos (Gráfica 1). En relación al grupo etario se estratificó por grupos de edad predominando de 51 a 60 años (32.6%), con una media de 52.27, Mediana de 53 y Moda de 53 y 54 años. (Gráfica 2).

Clasificación Funcional en los pacientes con Artritis Reumatoide en una Unidad de Rehabilitación de Tercer Nivel de Atención



Fuente: HCD-MLMJE-2012

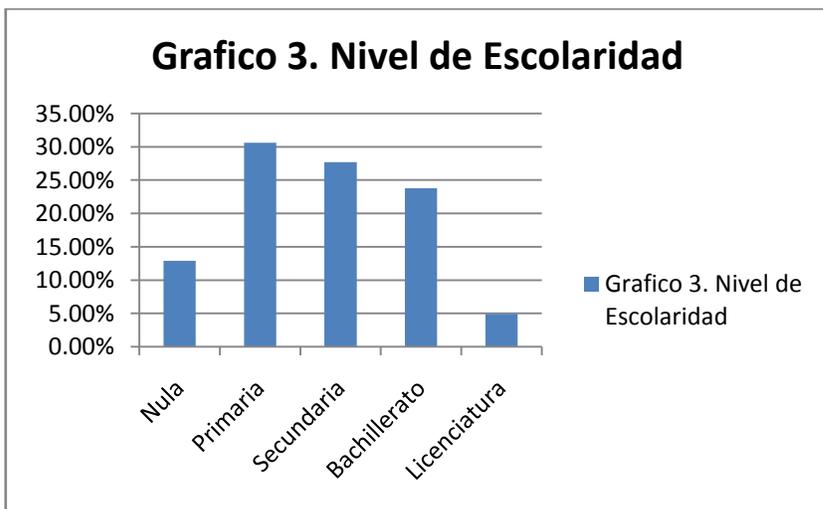
Clasificación Funcional en los pacientes con Artritis Reumatoide en una Unidad de Rehabilitación de Tercer Nivel de Atención



Fuente: HCD-MLMJE-2012

La escolaridad predominante fue a nivel de primaria como se muestra en la gráfica 3.

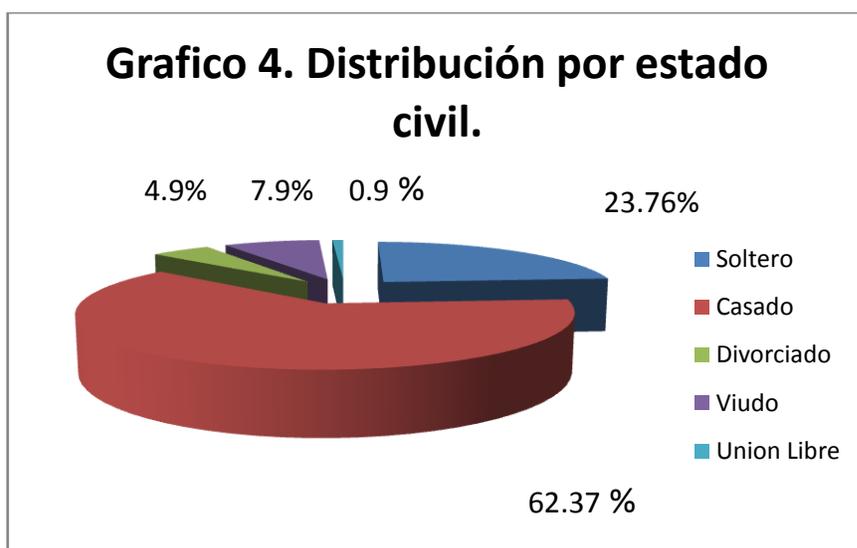
Clasificación Funcional en los pacientes con Artritis Reumatoide en una Unidad de Rehabilitación de Tercer Nivel de Atención



Fuente: HCD-MLMJE-2012

Los datos obtenidos por estado civil mostraron que 63 eran casados (62.37%), 24 (23.76%) solteros, 8 (7.9%) viudos, 5 (4.9%) divorciados y 1 (0.9%) en unión libre. (Gráfica 4).

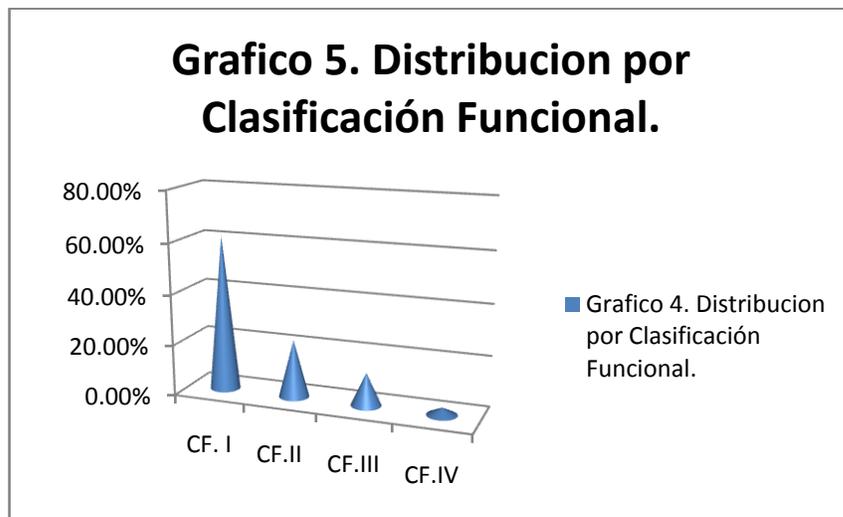
Clasificación Funcional en los pacientes con Artritis Reumatoide en una Unidad de Rehabilitación de Tercer Nivel de Atención



Fuente: HCD-MLMJE-2012

De acuerdo a la determinación en la consulta de Clasificación Funcional se ubicaron CF I, 62 pacientes (61.3%), CF II, 23 pacientes (22.77%), CF III, 13 pacientes (12.87%), CF IV, 3 pacientes (2.9%). (Gráfica 5).

Clasificación Funcional en los pacientes con Artritis Reumatoide en una Unidad de Rehabilitación de Tercer Nivel de Atención



Fuente: HCD-MLMJE-2012

Clasificación Funcional en los pacientes con Artritis Reumatoide en una Unidad de Rehabilitación de Tercer Nivel de Atención

VARIABLE	FEMENINO		MASCULINO	
	No.	Porcentaje	No.	Porcentajes
EDAD (años)				
18-30	4	4.4 %	0	0%
31-40	7	7.8%	0	0%
41-50	27	30.33%	1	8.3%
51-60	30	33.70%	3	25%
61-70	18	20.22%	7	58.3%
>70	3	3.3%	1	8.3%
ESTADO CIVIL				
Soltero (a)	23	25.84%	0	0%
Casado (a)	54	60.67%	9	75%
Divorciado (a)	4	4.4%	1	8.3%
Viudo(a)	8	8.9%	1	8.3%
Unión Libre	1	0%	1	8.3%
ESCOLARIDAD				
Nula	12	13.48%	2	16.6%
Primaria	30	33.7%	1	8.3%
Secundaria	26	29.21%	2	16.6%
Bachillerato	20	22.47%	3	25%
Licenciatura	1	1.1%	4	33.3%
CLASIFICACION FUNCIONAL				
I	60	67.41%	3	25%
II	19	21.34%	4	33.3%
III	7	7.8%	5	41.6%
IV	3	3.3%	0	0

Fuente: HCD-MLMJE-2012

Discusión

La mayor incidencia de la Artritis Reumatoide fue en el sexo femenino se corrobora con lo descrito en la literatura, no resultando igual en cuanto a la edad, ya que se encontró la edad más común entre los 51 a 60 años a diferencia de la literatura donde se reporta después de los 60 años (1).

Con lo que respecta a la escolaridad y estado civil no hay estudios que muestren la prevalencia de estos factores, en los casos analizados se encontró que el nivel de escolaridad mayormente registrado fue primaria, seguido del nivel secundaria. El estado civil más común fue casado con un 30.6%, y posteriormente fue el de soltero.

Se encontró que la Clasificación Funcional más frecuente en la Unidad de Rehabilitación de Tercer Nivel de Atención, fue la Clase Funcional I con 61.3%, siguiéndole la II con 22.77%, la III con 12.87% y la IV con 2.9%, lo cual no se encuentra reportado en la literatura médica, así como no se corrobora con lo planteado en la hipótesis general y tomando en cuenta que se trata de un lugar de concentración para los pacientes con Artritis Reumatoide.

Conclusiones

1. La prevalencia de la Clasificación Funcional en los pacientes con Artritis Reumatoide en una Unidad de Rehabilitación de Tercer Nivel de Atención fue mayor para la Clase Funcional I, lo cual indica que los pacientes son referidos en tiempo a una Unidad de Rehabilitación de Tercer Nivel de atención para recibir una terapia física y ocupacional de forma temprana para evitar el desarrollo de mayores complicaciones y también de esta forma realizar algunas adecuaciones a su vida diaria, para evitar llegar a complicaciones que deterioren sus actividades de la vida diaria.
2. Las características demográficas indicaron que por cada nueve mujeres hubo un varón afectado, la edad con mayor afección fue de 51 a 60 años, la escolaridad predominante fue primaria y el estado civil casado tanto para los pacientes de sexo femenino como del sexo masculino.

Recomendaciones

El presente trabajo ayudó a conocer algunos de los aspectos demográficos y la clasificación funcional de los pacientes con Artritis Reumatoide atendidos en una Unidad de Rehabilitación en un tercer nivel de atención en una consulta de primera vez, y con lo reportado en el mismo poder encaminar a realizar programas rehabilitatorios enfocados a este perfil de población y poder brindarles un mejor servicio que evite las mayores complicaciones para este tipo de enfermedad como lo es la Artritis Reumatoide.

Referencias

1. Quesada M, García M. Artritis Reumatoide, fisiología y tratamiento. Serie de Actualización Profesional 2004:1-4.
2. Mulero J. Tratamiento de la artritis reumatoide. Rev. Clín. Esp. 2004; 204:273-82.
3. Guía de práctica clínica para el manejo de la Artritis Reumatoide. Sociedad Española de Reumatología. GUIPCAR. 2007; 2.
http://www.ser.es/practicaClínica/GUIPCAR_2007/Menu0_Principal.php.
4. Ortiz A. Rehabilitación de mano y pie reumatoide. Revista Colombiana de Reumatología jun 2003; 10(2): 151-157.
5. Herrera CJ, Vázquez B, Gaité PL. La Clasificación Internacional del funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF). Rehabilitación Madrid 2008;42(6):269-75.
6. Gutierrez SR. Nuevas terapias en artritis reumatoide: ¿ un avance o seguimos igual? (editorial) Rev Mex Reumat 2002; 17(4):233-235.
7. Rojas VA, Calvo PE. Imágenes Diagnósticas en Artritis Reumatoide. Med Unab. 2006;9(2):108-119.
8. Rieemsma RP et al. Patient education for adults with rheumatoid arthritis. Cochrane Database Syst Rev 2002;2:CD003688.
9. Grupo GUIPCAR. Guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España. Sociedad Española de Reumatología Madrid 2001.

10. Grajales M. Efectividad de un programa de ejercicios isocinéticos en rodilla a pacientes con artritis reumatoide clase funcional I-II (Tesis). México, D.F. UNAM-UMFRSXXI 2003:10-11.
11. Zermeño A. Programa educativo de terapia ocupacional para pacientes con artritis reumatoide (Tesis). México, D.F. UNAM-UMFRN 2003:7-9.
12. Carmona L et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatology* 2002;41:88-95.
13. Wolfe F et al. The mortality of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1994;37:481-94.
14. Prior P et al. Cause of death in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1984;23:92-9.
15. Rieemsma R et al. Patient education for adults with rheumatoid arthritis. *Cochrane Database Syst Rev* 2002;2:88-89.
16. Fries JF et al. Impact of specific therapy upon rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1986;29:620-7.
17. Abu-Shakra M et al. Clinical and radiographic outcomes of rheumatoid arthritis patients not treated with disease-modifying drugs. *Autoimmunity* 1998;41:1190-1195.

ANEXOS

1)HOJA DE CAPTACIÓN DE DATOS

Nombre	Edad	Sexo	Edo civil	Escolaridad	Clasificación Funcional