



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N0.9
ACAPULCO, GUERRERO**

**“FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE
ARTRITIS REUMATOIDE EN EL H.G.SZ.MF. NO.19 DE CD.ALTAMIRANO,
GRO.”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DRA.MIRIAM BELLO OLEA.

ACAPULCO, GRO.

2017.



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.

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE EN EL
H.G.SZ.MF. NO.19 CD. ALTAMIRANO, GRO.

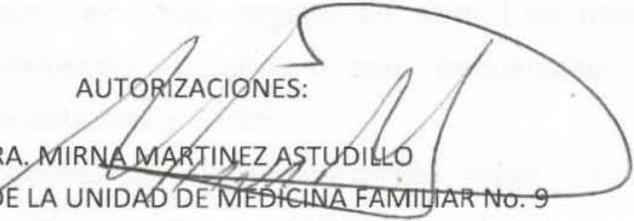
TESIS

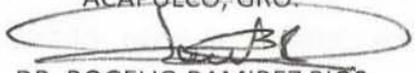
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

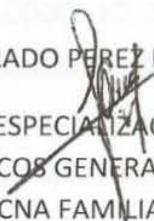
DRA. MIRIAM BELLO OLEA

AUTORIZACIONES:


DRA. MIRNA MARTINEZ ASTUDILLO
DIRECTORA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 9
ACAPULCO, GRO.


DR. ROGELIO RAMIREZ RÍOS

COORDINAR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD
ASESOR DEL TEMA Y METODOLOGIA DE TESIS.


DR. LIBRADO PEREZ MIJANGOS

PROFESOR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS GENERALES DEL IMSS.
EN LA UNIDAD DE MEDICNA FAMILIAR No. 9, ACAPULCO, GRO.

**"FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON
DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE EN EL
H.G.SZ.MF No. 19 DE CD. ALTAMIRANO, GRO"**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA

DRA. MIRIAM BELLO OLEA

AUTORIZACIONES



**DR. JUAN JOSE MAZÓN RAMÍREZ
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA, U.N.A.M.**



"2015, Año del Generalísimo José María Morelos y Pavón"

Dictamen de Autorizado

Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud 1102
H. GRAL REGIONAL, NUM 1, CUIERERO

FECHA: 29/10/2015

DRA. MIRIAM BELLO OLEA

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título:

FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE EN EL H.G.SZ.MF. No.19 DE CD.ALTAMIRANO, GRO.

que sometió a consideración de este Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de Ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A U T O R I Z A D O**, con el número de registro institucional:

Núm. de Registro

R-2015-1102-19

ATENTAMENTE

DR.(A). ALEJANDRO ROBERT URIBE

Presidente del Comité Local de Investigación y Ética en Investigación en Salud No. 1102

IMSS

IMSS

AGRADECIMIENTO.

Al Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS):

Por otorgarme la oportunidad de superarme en lo personal, profesional y por permitir ser parte de esta institución.

A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM):

Por formar parte de mi evaluación como profesionista.

A mis amigos y amigas (Carlos Valentín Serrano Álvarez, Ismael Marín Villanueva, Mónica Marcelo Delgado, Gabriela Liliana Avilés Vázquez y Sonia López Miranda):

Que siempre están conmigo, agradezco todo su apoyo.

A mis asesores de tesis (Dr. Rogelio Ramírez Ríos y Dr. Librado Pérez Mijangos):

Gracias por su apoyo y asesoramiento para la realización de este trabajo, por orientarme con sus conocimientos, confianza, paciencia y apoyo en todo momento.

DEDICATORIA.

A Dios:

El cual fue el creador de todas las cosas, el que me ha dado fortaleza para continuar, por bendecirme con una gran familia, porque hiciste realidad este sueño anhelado y mi superación profesional. Que siempre ilumina y guía mi camino, gracias.

A mis hijos (Karen Itzel Bello Olea y Sebastián Salvador Cerecero Bello):

Por ser el motor que me impulsa y dan fuerzas para superarme como ser humano. Que siempre estuvieron conmigo apoyándome y esperando que estuviera con ellos, a cada momento que no estuve con ellos y a su paciencia hacia mi.

A mis padres (Sr. Juan Bello Sánchez y Sra. Rosa María Olea Vélez):

Por darme la vida y todo su apoyo para iniciarme como profesionista. Gracias por su amor, afecto y apoyo incondicional, sin los cuáles jamás hubiera logrado lo que soy ahora y hubiera llegado a mis metas.

A mi abuelita (Oralia Vélez Almazán -Yayita):

Que siempre me apoyo y estuvo conmigo en todo momento, gracias abuelita desde el cielo me mandas muchas Bendiciones. Siempre te llevo en mi mente y mi corazón, te recuerdo siempre.

A mis hermanos (Juan José , Jaime y Fernando Bello Olea) y hermana (Rosa Viviana Bello Olea):

Qué en todo momento me han apoyado y siempre han confiado en mí.

RESUMEN:

TITULO: Funcionalidad familiar en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en el Hospital General Subzona (HGSZ) Medicina Familiar (MF) No.19 de Cd. Altamirano, Gro.

OBJETIVO: Identificar funcionalidad familiar en pacientes con Artritis Reumatoide del HGSZ/ MF.No.19 Cd. Altamirano, Gro.

METODOLOGIA: Estudio transversal analítico, 228 pacientes de 20 años y más del HGSZ /MF No.19 de Cd. Altamirano Gro., periodo de Noviembre 2015 a Enero 2016, consentimiento informado aplicado, encuesta validada por consenso (Médico Familiar, Médico Reumatólogo), se identificó pacientes con Artritis Reumatoide integrando casos , aplicó el test de Apgar valorar funcionalidad familiar. Resultados de cuestionarios se capturaron en hoja registro en control de datos, análisis estadístico descriptivo obteniendo resultados con frecuencias simples y porcentajes, con el programa estadístico SPSS.

RESULTADOS: Mayor predominio sexo femenino n=124, edad 61 años y más n=65, tratamiento combinado n=109, escolaridad primaria n=55, nivel socioeconómico medio bajo n=111, nivel de control actividad moderada n=87, si de comorbilidad n=101, tiempo de evolución mayor de 1 año n=131, estado civil casados n=107, funcionalidad controlada n=121. En relación estadística fueron: edad OR 15.64, P 0.0000, IC 6.34-39.58, escolaridad OR 5.23, P 0.0000, IC 12.24-12.52, estado civil OR 7.04, P 0.0000, IC 3.02-16.63, nivel socioeconómico OR 4.64 , P 0.0037, IC 1.42-16.68, comorbilidad OR 2.39, P 0.0220, IC 1.06-5.47, sexo OR 0.47, P 0.0600, IC 0.20-1.13, los cuales fueron estadísticamente significativos.

CONCLUSIONES: Funcionalidad familiar, funcional con mayor prevalencia edad de 61 y más, predominio sexo femenino, casados y nivel socioeconómico medio bajo.

PALABRAS CLAVES: Artritis Reumatoide, Funcionalidad Familiar.

SUMMARY:

TITLE: Family Functionality in Patients with Rheumatoid Arthritis in the General Subzone Hospital (HGSZ) Family Medicine (MF) No.19 of Cd. Altamirano, Gro.

OBJECTIVE: To identify family functionality in patients with rheumatoid arthritis of HGSZ / MF.No.19 Cd. Altamirano, Gro.

METHODOLOGY: An analytical cross-sectional study, 228 patients aged 20 years and over from HGSZ / MF No.19 of Cd. Altamirano Gro., From November 2015 to January 2016, informed consent applied, consensus validated survey (Family Physician, Rheumatologist) , we identified patients with Rheumatoid Arthritis integrating cases, applied the Apgar test to assess family functionality. Results of questionnaires were captured on record sheet in data control, descriptive statistical analysis obtaining results with simple frequencies and percentages, with the statistical program SPSS.

RESULTS: Higher female gender n = 124, age 61 years and over n = 65, combined treatment n = 109, primary schooling n = 55, low socioeconomic level low n = 111, control level moderate activity n = 87, if comorbidity n = 101, evolution time greater than 1 year n = 131, marital status married n = 107, controlled functionality n = 121. Statistical data were: OR age 15.64, P 0.0000, CI 6.34-39.58, schooling OR 5.23, P 0.0000, CI 12.24-12.52, civil status OR 7.04, P 0.0000, CI 3.02-16.63, socioeconomic status OR 4.64, P 0.0037, CI 1.42-16.68, comorbidity OR 2.39, P 0.0220, CI 1.06-5.47, gender OR 0.47, P 0.0600, CI 0.20-1.13, which were statistically significant.

CONCLUSIONS: Functional family, functional with higher prevalence age of 61 and over, predominance of female sex, married and low socioeconomic level.

KEY WORDS: Rheumatoid Arthritis, Family Functionality.

INDICE:

1. Marco teórico.....	1
2. Planteamiento del problema.....	18
3. Justificación.....	20
4. Objetivo general.....	22
4.1 Objetivos específicos.....	22
5. Hipótesis.....	22
6. Metodología.....	22
6.1 Tipo de estudio.....	22
6.2 Población, lugar y tiempo de estudio.....	22
6.3 Tamaño de la muestra y tipo de muestra.....	22
6.4 Criterios de selección.....	23
6.5 Definición y operacionalización de las variables.....	24
6.6 Descripción general del estudio.....	28
6.7 Método de recolección de datos.....	29
6.8 Organización de datos.....	29
6.9 Análisis estadístico.....	29
6.10 Consideraciones éticas.....	29
6.11 Presupuesto y financiamiento.....	30
7. Resultados.....	31
8. Discusiones.....	39
9. Conclusiones.....	43
10. Recomendaciones.....	45
11. Referencias.....	46
12. Anexos.....	50

1.MARCO TEORICO:

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad reumática crónica de etiología desconocida caracterizada por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico. Afecta del 0.2 al 1% de la población caucásica, principalmente al grupo etario con mayor capacidad laboral o productiva dentro de la sociedad. El concepto sobre el pronóstico y el tratamiento de la AR ha cambiado notablemente en las dos últimas décadas. Estos criterios sin embargo son de clasificación y no de diagnóstico nos permiten diferenciar la AR de otras enfermedades reumáticas como la osteoartritis (OA), las espondiloartritis (Spa) u otras enfermedades del tejido conectivo (ETC), pero no son útiles para diferenciar la AR de las poliartritis autolimitadas.¹

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica sistémica cuya expresión clínica más importante es una poliartritis erosiva junto con pruebas serológicas de autorreactividad. Afecta entre 0,4% y 1% de la población de América Latina y es mucho más común en mujeres que en hombres, con una relación de 6-8:1 en esta región. Se caracteriza por el dolor crónico y destrucción articular, por mortalidad prematura y por presentar un riesgo de invalidez elevado con altos costos para el enfermo y la sociedad. Sin tratamiento son esperables la incapacidad progresiva y la invalidez al cabo de un lapso que va de pocos meses a 20 años de evolución, dependiendo de la presencia de factores pronósticos. Muy importante para quienes la padecen es la pérdida de la capacidad laboral, en especial si se trata de trabajadores manuales, pues muchos dejan de percibir ingresos ya en los dos primeros años de enfermedad.²

En general, la prevalencia de la AR comunicada en el mundo oscila entre el 0,3 y el 1,2%^{4,5} (fig. 1). Las estimaciones más altas elevadas corresponden a las de tribus indias americanas y esquimales, por encima del 3%, y las más bajas se han encontrado en África y Asia, por debajo del 0,2%. Los estudios epidemiológicos

realizados en Europa han proporcionado cifras intermedias, más altas en países nórdicos y más bajas en el entorno mediterráneo.³

La prevalencia de la artritis reumatoide puede fluctuar de 0.5 a 2% en la población de países industrializados con una incidencia anual de 12-1,200 por 100,000 habitantes. La edad pico de aparición es entre 30 y 55 años, pero puede presentarse a cualquier edad. En México afecta al 1.6% de la población en general, siendo el principal motivo de consulta en el Servicio de Reumatología.⁴

La Artritis Reumatoide es una enfermedad que actualmente afecta a gran porcentaje de la población a nivel mundial. Tan solo en México, se estiman más de un millón de personas con este padecimiento. El periodo de oportunidad para controlar la enfermedad es de 6 a 12 meses de que inicien los síntomas. En nuestro país la AR ha ingresado entre las 56 patologías. Resulta relevante que el diagnóstico se haga lo más tempranamente posible, lo que se puede lograr mediante una mejor información al público y a los médicos que trabajan en atención primaria. Se necesitaría además establecer una mejor organización de la forma de prestar atención de salud a esta población, de modo de romper las brechas que hoy dificultan el acceso a medicamentos y a atención por especialistas. En Estados Unidos está considerada una de las principales causas de pensión por invalidez y pérdidas económicas directas e indirectas, la edad media de personas con artritis reumatoide es 66,8 años. En Inglaterra y País De Gales, afectan a casi 580.000 personas con esta condición debilitante. En los Estados Unidos de América, la artritis reumatoide afecta 1,3 millones de personas de. El daño común ocurre temprano en la enfermedad en el plazo de los primeros dos años de la condición. En los E.E.U.U. casi \$128 mil millones está pasado cada año en asistencia médica y costos indirectos, incluyendo salarios perdidos y la productividad debido a la artritis reumatoide.⁵

La AR se caracteriza por la intervención de factores genéticos, ambientales, étnicos, geográficos y nutricionales que interaccionan y llevan al desarrollo de una reacción

autoinmunitaria. Estudios en familiares demostraron que dentro de la familia existe un alto grado de predisposición hacia la autoinmunidad. Las manifestaciones extra-articulares más frecuentes, son los nódulos reumatoides, los cuales se presentan en un 7% en pacientes con AR en etapa temprana y un 30% de pacientes lo desarrollan en una etapa tardía de la enfermedad. Se encuentran comúnmente en codos, articulaciones de los dedos, protuberancias isquiáticas y sacras, cuero cabelludo occipital y tendón de Aquiles.⁶

Al igual que otras enfermedades autoinmunes, desde el punto de vista genético, ésta es una enfermedad compleja, es decir, su herencia no obedece las leyes mendelianas y es poligénica. La complejidad se extiende a factores no genéticos, pues más allá de las exposiciones ambientales, como el cigarrillo, éstos incluyen eventos estocásticos, evolutivos e históricos que hacen de la enfermedad un fenómeno poblacional más que individual. La comprensión de la relación entre genotipo y fenotipo es posible gracias a la epidemiología genética, disciplina que estudia el papel de los factores genéticos y su interacción con factores no genéticos (ej. ambientales) en la etiología de una enfermedad.⁷

NUEVOS CRITERIOS DE CLASIFICACION DE LA ARTRITIS REUMATOIDE

En septiembre de 2010 se publican simultáneamente en *Annals of Rheumatic Diseases* y *Arthritis and Rheumatism* los nuevos criterios de clasificación para la artritis reumatoide (AR), mejorar los criterios de clasificación utilizados hasta ahora. Estos nuevos criterios tienen un objetivo muy claro, mejorar la clasificación de la AR de corta evolución, de manera que se pueda establecer un tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad lo antes posible. Se valora el riesgo de desarrollar artritis persistente y/o erosiva, considerándose pacientes con AR temprana aquéllos con poliartritis simétrica y persistente asociada a presencia en sangre de factor reumatoideo (FR) y/o anticuerpos anti-citrulinas (anti-CCP).

El Factor Reumatoide corresponde a un conjunto de anticuerpos, entre ellos los anticuerpos 19S, IgM, IgG e IgA) y se detecta en la sangre en un 80 % de los casos con AR. Aunque la detección de FR ha sido la herramienta serológica más importante para el diagnóstico de AR, su sensibilidad y especificidad en la enfermedad establecida son del 60 % y el 79 %, respectivamente, los síntomas de menos de 12 semanas de duración. En años más recientes, la presencia de anti-CCP ha devenido en un instrumento diagnóstico de gran utilidad al tener mayor especificidad y capacidad de predicción de daño radiológico que el FR. La detección de anti-CCP se realiza con la técnica de ELISA de segunda generación. Los criterios del ARC enfatizan en la historia clínica, en especial la presencia de rigidez matinal y duración de síntomas por su valor no solo diagnóstico, sino pronóstico, y el examen físico. La duración de síntomas mayor a 6 semanas también predice la persistencia de artritis con una sensibilidad de 88 % y especificidad de 52 %, aumentando la especificidad si los síntomas datan de más de 12 semanas. Los pacientes pueden presentar dolor sin inflamación, inflamación sin dolor, así como dificultad en el desarrollo de sus actividades rutinarias sin edema o dolor evidentes.⁸ Los nuevos criterios de AR sólo se aplicarán a una determinada población diana que debe tener las siguientes características:

- Presentar al menos 1 articulación con sinovitis clínica (al menos una articulación inflamada) y que dicha sinovitis no pueda explicarse por el padecimiento de otra enfermedad.
- Tener una puntuación igual o superior a 6 en el sistema de puntuación que se presenta en la Tabla 1 y que considera la distribución de la afectación articular, serología del factor reumatoide (FR) y/o ACPA, aumento de los reactantes de fase aguda y la duración igual o superior a 6 semanas.

Tabla 1. Conjunto de variables y puntuación de cada una de las variables para el cómputo global. Un paciente será clasificado de AR si la suma total es igual o superior a 6.

Afectación articular	
1 articulación grande afectada	0
2-10 articulaciones grandes afectadas	1
1-3 articulaciones pequeñas afectadas	2
4-10 articulaciones pequeñas afectadas	3
> 10 articulaciones pequeñas afectadas	5
Serología	
FR y ACPA negativos	0
FR y/o ACPA positivos bajos (< 3 VN)	2
FR y/o ACPA positivos alto (> 3 VN)	3
Reactantes de fase aguda	
VSG y PCR normales	0
VSG y/o PCR elevadas	1
Duración	
<6 semanas	0
≥6 semanas	1

ACPA: anticuerpos contra péptidos citrulinados; FR: factor reumatoide; PCR: proteína C reactiva; VN: valor normal; VSG: velocidad de sedimentación globular. Estos criterios también permiten hacer el diagnóstico en aquellos pacientes que presenten una AR evolucionada siempre que:

- Tengan erosiones típicas de AR.
- Presenten una enfermedad de larga evolución (activa o inactiva) cuyos datos retrospectivos permitan la clasificación con los criterios mencionados.
- En escenarios de artritis de muy reciente comienzo, en individuos que no cumplan en un momento dado los criterios pero que los cumplan con la evolución del tiempo.⁹

TRATAMIENTO.

Tratamiento no farmacológico:

Hay que evitar en lo posible una vida agitada, con gran actividad física o con estrés psíquico. Conviene dormir una media de 8-10 horas nocturnas, y viene bien una siesta de 30 minutos. Puede ser de utilidad comenzar el día con un baño de agua caliente, que contribuirá a disminuir la rigidez o el agarrotamiento matutino. Si hay posibilidad de elegir el trabajo, hay que evitar actividades que precisen esfuerzos físicos, obliguen a estar mucho tiempo de pie, o necesiten de movimientos repetitivos, sobre todo con las manos. Es conveniente montar en bicicleta por terrenos llanos y sin riesgo de atropello, así como nadar o pasear. En los periodos de poca inflamación es muy recomendable practicar algún ejercicio físico de forma habitual y sin cansarse. Durante el reposo hay que adoptar una postura adecuada, evitando doblar las articulaciones. Por este motivo hay que procurar mantener los brazos y las piernas estirados. Es recomendable tener una cama dura y una almohada baja. El uso de un calzado adecuado es fundamental. Es saludable llevar sujeto el talón, por lo que pueden ser recomendables zapatos de tipo botín con un refuerzo posterior. Hay que consultar con el reumatólogo la conveniencia de utilizar alguna plantilla. Es obvio que la obesidad supone una carga adicional para las articulaciones de las caderas, de las rodillas y de los pies. Por este motivo es recomendable adelgazar o evitar el sobrepeso según los casos. La dieta típica mediterránea, rica en legumbres, ensalada, aceite de oliva y pescado, puede ser beneficiosa. La actividad sexual puede verse parcialmente afectada por el deterioro articular. Es conveniente comunicar al médico este problema con el fin de buscar medidas adecuada.¹⁰

Los ejercicios articulares específicos dinámicos mejoran la fuerza y la función física en la AR y la terapia ocupacional ejerce un efecto positivo. El paciente debe evitar el sobrepeso y es fundamental dejar de fumar, pues está demostrado que este hábito se correlaciona con mayor dolor, limitación funcional y progresión de la

enfermedad. El efecto del cigarrillo en la ocurrencia y la progresión de la AR permanece durante años después de haber dejado de fumar.

Tratamiento farmacológico:

Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINES), los medicamentos antirreumáticos modificadores de enfermedad representan el tratamiento de referencia para la AR. El metotrexato (MTX) es el más utilizado en el manejo de la AR. Es un antagonista del ácido fólico utilizado en el tratamiento de ciertas enfermedades neoplásicas. (20mg/semana) . Esta clase terapéutica está asociada con efectos secundarios tóxicos, así que se necesita realizar exámenes de sangre frecuentes cuando se esté tomando. Los AINES, también utilizados para el tratamiento de la AR, y cuyos principales efectos terapéuticos y muchas de sus reacciones adversas. El Celecoxib aún disponible, cuenta con serias advertencias y una recomendación de que se indique en dosis bajas y por corto plazo. En el manejo de la AR también se han utilizado los medicamentos antipalúdicos como la hidroxicloroquina y sulfasalazina, en combinación con metotrexato. Sin embargo, su acción es lenta ya que pueden pasar semanas o meses para ver algún beneficio. El uso de corticosteroides, los cuales reducen la hinchazón e inflamación articular. En dosis bajas por vía oral (10 mg/día de prednisolona o su equivalente) o en inyección local, en las articulaciones más sintomáticas. Obviamente, por los eventos adversos asociados, su uso sistémico está limitado y se deben utilizar de ser posible por corto tiempo y en dosis bajas Los antioxidantes pueden ser importantes en el control de la severidad de la AR, reduciendo la inflamación de la articulación y el daño del tejido conectivo.¹¹

DAS proviene del inglés disease activity score (puntuación de actividad de la enfermedad), y es un número que mide la actividad de la AR. El médico calcularán su DAS a partir de varias pruebas con la ayuda de un instrumento de cálculo especial. Dichas pruebas incluyen el número de articulaciones inflamadas y dolorosas, una valoración de cómo se siente por su enfermedad y los resultados del último análisis de sangre. Los resultados se combinan para dar una puntuación que

indica el nivel de actividad de la AR en ese momento y se puede utilizar para tomar decisiones sobre el tratamiento que recibirá. La simplificación de la escala DAS ha conducido al desarrollo de la escala DAS28, en la que sólo se tienen en cuenta 28 articulaciones. Puntuación de la escala DAS28 Interpretación Menor de 2,6 Remisión de la enfermedad De 2,6 a 3,2 Enfermedad de actividad baja Mayor de 3,2 Enfermedad de actividad moderada Es posible que necesite cambiar de tratamiento Mayor de 5,1 Enfermedad de actividad elevada Escala del Colegio americano de reumatología (ACR, American College of Rheumatology) es una forma de medir las mejoras de los signos y los síntomas de la artritis reumatoide. La puntuación de la escala ACR representa un porcentaje: una puntuación ACR20 significa que la AR de una persona ha mejorado un 20%, una puntuación ACR50 significa que ha mejorado un 50% y una puntuación ACR70, que la mejora es del 70%. El examen DAS28 consiste en la evaluación de 28 articulaciones que comprenden los hombros, los codos, las muñecas, las rodillas y las articulaciones de la mano. Las articulaciones se evalúan observando y palpando a fin de detectar indicios de inflamación. El DAS está compuesto por una medida de dolor articular (índice de Ritchie, que oscila entre 0 y 78), un índice de inflamación en 44 articulaciones (que oscila entre 0 y 44), la VSG y la valoración de la actividad por el paciente, en una escala analógica (0-100 mm). Los puntos de corte que separaban las 3 categorías eran $DAS < 2,4$ para la actividad baja y $DAS > 3,7$ para la actividad alta, quedando la actividad moderada entre ellos, el DAS28, siendo de $DAS28 < 3,2$ para la actividad baja y $DAS28 > 5,1$ para la alta. Una vez definidas las diferentes actividades, propuso el punto de corte para la definición de remisión en $DAS < 1,6$, utilizando una modificación de los criterios del ACR.

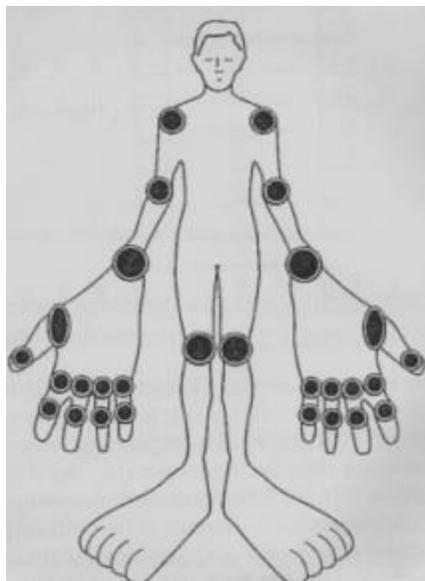
Punto de corte para las categorías de actividad según el DAS y el DAS28

	Categoría	Definición original	Nueva definición de propuesta
DAS	Remisión	< 1,6	
	Actividad baja	< 2,4	
	Actividad moderada	2,4 < DAS < 3,7	
	Actividad alta	> 3,7	
DAS28	Remisión	< 2,6	< 2,4
	Actividad baja	< 3,2	< 3,6
	Actividad moderada	3,2 < DAS28 < 5,1	3,6 < DAS28 < 5,5
	Actividad alta	> 5,1	> 5,5

Son instrumentos válidos, sensibles al cambio, tienen valores de corte según remisión y actividad baja, moderada y alta y son factibles de usar en la práctica diaria.¹²

El DAS28 es uno de los índices más utilizados, permite evaluar y discriminar entre alta y baja actividad de la enfermedad, además, exhibe habilidad para detectar brotes de la actividad de la enfermedad. Nivel de evidencia II Disease Activity Score 28 (DAS28) Incluye: Número de articulaciones dolorosas (N.A.D.). Rango: 0-28 • Número de articulaciones tumefactas (N.A.T.). Rango 0-28 • Eritrosedimentación o Proteína C Reactiva. • Evaluación global de la enfermedad por el paciente, por EVA. Rango 0-100 Cálculo del DAS28: contar con tres o cuatro ítems a volcar en dos fórmulas diferentes: DAS28 - 4 (4 variables) = $0.56 (\sqrt{N.A.D.-28}) + 0.28 (\sqrt{N.A.T.-28}) + 0.70 (\ln VSG) + 0.014 (E.G.P.)$ DAS 28 - 3 (3 variables) = $0.56 (\sqrt{N.A.D. 28}) + 0.28 (\sqrt{NAT 28}) + 0.70 (\ln VSG) \times 1.08 + 0.16$ El rango del DAS28 va de 0 a 9.4. Interpretación del DAS28: DAS28 3.2 - ≤ 5.1 = moderada actividad. DAS28 > 5.1 =

alta actividad. Un cambio en el DAS28 de 1.2 se considera significativo. Se recomienda realizar el DAS28 cada tres meses. ¹³



TEST DE APGAR FAMILIAR EN LA FUNCIONALIDAD

	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACIÓN TOTAL			

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR.

FAMILIAR Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario que puede ser autoadministrado o heteroadministrado y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Funcional: 7 - 10 puntos
- Disfuncional leve: 3–6 puntos
- Disfuncional grave: 0 – 2 puntos

Versión heteroadministrada: Leer las preguntas del cuestionario y señalar la respuesta del paciente.

Versión autoadministrada: Recortar por la línea de puntos y entregar al paciente para su cumplimentación.¹⁴

FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y las crisis por las que atraviesa. Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. En donde la dinámica familiar es el conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales, intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación, dotación) al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio y crecimiento del grupo familiar.¹⁵

En el sistema familiar, la investigación ha demostrado una estrecha relación entre el funcionamiento familiar y el bienestar físico y emocional del individuo, ha promovido una orientación familiar para la atención del paciente desarrollando diversos instrumentos de evaluación que incorporan información familiar y psicosocial.¹⁶

El impacto en la salud familiar depende, de la habilidad y capacidad que tenga la familia para enfrentar los cambios, realizar los ajustes necesarios, en pro de adaptación a la nueva situación y a la capacidad de abrirse como sistema, permitiendo la relación de sus miembros con otros subsistemas, aceptando ayuda a la solución de sus problemas, de otras personas, grupos o instituciones. Lo

anterior se demuestra al reportarse diferentes niveles de repercusión familiar ante la presencia de un adulto con AR. En la esfera socioeconómica el principal aspecto que se afectó, fue la dificultad en recursos económicos de la familia para afrontar el evento, ya que la AR tiene un impacto socioeconómico muy grande y se deriva tanto de los costos directos como indirectos. Esta enfermedad genera no solo incapacidad temporal, sino también permanente, recibiendo subsidios por invalidez, lo cual produce un impacto negativo en las familias, por el daño económico que se produce, lo que puede generar una crisis por desorganización.

Distribución de la repercusión familiar de pacientes con Artritis Reumatoide según áreas evaluadas Repercusión familiar Área socioeconómica Área socio Psicológica Función Familiar Área estado de salud .¹⁷

En México, como en muchos otros países, la familia representa una unidad básica de la sociedad, comparte entre sus miembros la vida en común, sus fortalezas, debilidades, y el conocimiento y significado que tienen de sí mismos y de su realidad. Sin embargo, los cambios sociales, como la aparición de nuevos roles tanto para el hombre como para la mujer, y la transición demográfica, entre otros, son factores generadores de modificaciones en la estructura y dinámica familiar.

La familia es una unidad con estructura y organización que interactúa con su medioambiente, es un sistema social, con subsistemas interpersonales definidos por uniones emocionales y responsabilidades comunes, sujeta a cambios que pueden afectar su estabilidad. México, como en muchos otros países, la familia representa una unidad básica de la sociedad, comparte entre sus miembros la vida en común, sus fortalezas, debilidades, y el conocimiento y significado que tienen de sí mismos y de su realidad. Sin embargo, los cambios sociales, como la aparición de nuevos roles tanto para el hombre como para la mujer, y la transición demográfica, entre otros, son factores generadores de modificaciones en la estructura y dinámica familiar. De acuerdo con Friedemann, la familia es una unidad con estructura y organización que interactúa con su medioambiente, es un sistema social, con subsistemas interpersonales definidos por uniones emocionales y responsabilidades comunes, sujeta a cambios que pueden afectar su estabilidad.¹⁸

La familia es un sistema que a su vez se compone de subsistemas, cual engranaje en una maquinaria, en dicha composición tenemos al subsistema conyugal (papá y mamá), subsistema paterno-filial (padres e hijos) y subsistema fraternal (hermanos), toda familia tiene características que las pueden hacer parecer distintas o similares a otras, pero hay otras características que son indispensables conocer ya que según Satir son útiles para determinar el grado de funcionalidad familiar, lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar y que obliga a conocer la Jerarquía entendiéndola como el nivel de autoridad que gobierna en la organización familiar y que puede ser, autoritaria, indiferente negligente, indulgente permisiva o reciproca con autoridad. Los Limites que representan las reglas que delimitan a las jerarquías y que pueden ser, claros, difusos o rígidos y la comunicación que no es más que la forma en que la familia se expresa entre sí y puede ser, directa, enmascarada o desplazada .La importancia de conocer todas estas características radica en el fenómeno que representa la familia como fuente de salud o enfermedad.¹⁹

En la actualidad contamos en nuestro medio con instrumentos de medición de la dinámica familiar, la función familiar, mismos que han sido mejorados a través de su historia y avalados actualmente para su utilización, aplicado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS).²⁰

La función familiar y la función conyugal, el caso del instrumento para evaluar el Subsistema Conyugal aplicado en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) desde hace 10 años para aplicación única y exclusivamente a la pareja. Análisis de la dinámica y funcionalidad familiar con comunicación en la familia. El objetivo es determinar los factores de la dinámica familiar relacionados a la funcionalidad familiar en un grupo de familias del primer nivel de atención, en casos pacientes con AR. La comunicación como generadora de funcionalidad o disfuncionalidad familiar. Los factores relacionados a la funcionalidad familiar son: la comunicación directa y límites claros.²¹

Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la calidad de vida como: «La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores, que él vive en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. En cada individuo se manifiesta de forma variable, con distintos patrones de comportamiento clínico y repercusión en los aspectos somáticos, psicológicos y sociales afectando la calidad de vida del individuo; por lo que conllevan a un seguimiento a largo plazo, cumplimiento terapéutico y modificaciones en el estilo de vida:

- Económico: Recursos económicos, espacio habitacional.
- Psicológico: Integración social, participación social, modo de vida familiar, convivencia social, planes y proyectos filiales.
- Funcionamiento familiar: Comunicación Familiar, Afectividad, Cohesión, Armonía y Roles.
- Estado de salud: Estado de Salud individual.²²

El bienestar psicológico es la vivencia subjetiva, relativamente estable, que se produce en relación con un juicio de satisfacción con la vida (balance entre expectativas y logros) en las áreas de mayor significación para cada individuo en particular y que posee un carácter positivo, de disfrute personal, donde predominan los estados emocionales positivos. Las expectativas trazadas, los logros obtenidos y el balance entre ambos están mediados por la personalidad y por las condiciones sociohistóricas y culturales en las que se desenvuelve el individuo.²³

La mayoría de las mediciones de calidad de vida llevadas a cabo coincide en que éstas deben comprender, al menos, los siguientes campos: aspectos físicos, incluyendo el deterioro de funciones, los síntomas y el dolor causado por una enfermedad o por su tratamiento; aspectos psicológicos, cubriendo un amplio rango de estados emocionales y funciones cognitivas e intelectuales, y aspectos sociales,

haciendo hincapié en el aislamiento social y en la autoestima asociados al papel social de las enfermedades crónicas. La calidad de vida, tal como la define la OMS, es "una percepción individual de las personas sobre su propia posición en la vida, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en el que viven, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones". Es un concepto multidimensional y determinado de una forma compleja por la salud física de los individuos, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales y sus relaciones con los aspectos más importantes del medio que les rodea, El propósito de la medición de la calidad de vida es proporcionar una mejor valoración de la salud de los individuos y de las poblaciones, y también de los beneficios y perjuicios que pueden ocasionar las intervenciones terapéuticas. La calidad de vida puede ser empleada de muchas formas en la valoración de la salud: monitorización de los problemas psicosociales de pacientes individuales; valoración de los problemas de salud en exámenes de población; medidas de desenlace en servicios de salud o en evaluación de la investigación; ensayos clínicos y análisis de coste-utilidad.²⁴



Las enfermedades crónico-degenerativas ponen en riesgo la vida de quien la sufre y alteran las actividades diarias de los otros integrantes de la familia, ya que tanto el enfermo como sus familiares viven cambios en diferentes aspectos. Por ello, el objetivo de esta investigación fue describir los cambios que enfermo y familia presentan en la cotidianidad familiar. Se trabajó con 112 participantes que tuvieran o fueran enfermos crónico-degenerativos, a quienes se aplicaron instrumentos para evaluar su vida familiar. En los resultados se identificaron cambios en la alimentación, horarios de comidas, gasto, actividades compartidas, comunicación y forma de afrontar la enfermedad y sus consecuencias, tanto en el paciente como en la familia. Las autoras analizan las consecuencias de la enfermedad en las funciones orgánicas, sociales y emocionales en la vida del enfermo y su familia. Generalmente es más grave la enfermedad cuando se trata del jefe de familia y más cuando éste es el que trabaja; así, el apoyo familiar es diferente en cuanto al género y la actividad laboral. Participaron 112 sujetos que atendieran a un enfermo crónico-degenerativo o que lo fueran, y que por lo menos hubieran trascurrido seis meses desde el diagnóstico. Procedimiento Se aplicaron cuestionarios sobre la vida familiar, a familiares y enfermos crónico-degenerativos. Cabe hacer notar que dichos cuestionarios recababan información sobre datos demográficos, información del paciente, familiares y cambios en diferentes ámbitos (económico, social, laboral, educativo). Resultados de los 112 participantes, 28.4% fueron varones y 71.6% mujeres, con edades que iban de 18 a 80 años, con una media de 46 años. Más de la tercera parte de los encuestados tenía educación primaria, una cuarta parte secundaria, y el resto se repartía en los niveles educativos medio superior y superior, o bien carecían de escolaridad. El 26.4% de los encuestados fueron enfermos crónicos y el porcentaje restante personas que acompañaban al enfermo. Respecto al parentesco de quien sufría la enfermedad crónico-degenerativa, en 31.1% de la muestra fue la madre, en 13.2% el padre, en 7.5% la pareja o un hermano, en 5.7% un hijo y en 8.5% otro pariente. En ocasiones no es únicamente una enfermedad la que se presenta, sino que muchas veces el mal cuidado y los malos hábitos hacen que una enfermedad hace que otra también se desarrolle. Así, entre los pacientes de este estudio, 62.61% sufría solamente una; 29.90%, dos;

4.67%, tres, y 1.86%, cuatro. Respecto a las enfermedades crónicas presentes, 74.4% sufría diabetes; 56.3% hipertensión arterial; 30.6% insuficiencia renal y 24.5% enfermedades del corazón.²⁵

Examinar la calidad de vida en una muestra de pacientes colombianos con artritis reumatoide (AR) usando la Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Scale (QOL- RA). Se planteó la hipótesis de que una medida específica de la AR proporcionaría información sobre la calidad de vida, adicional a la obtenida con mediciones generales del estado funcional o de presión. Muestra: 82 pacientes con AR (65 mujeres, 17 hombres). Instrumentos: versión española de la QOL-RA, la Short Form-36 Scale (SF-36) y la Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D). Resultados: los pacientes colombianos con AR informaron de una mejor calidad de vida en todas las dimensiones de la QOL-RA, comparados con pacientes de AR de sexo femenino y origen hispano-latino, provenientes de California, las cuales, si bien más jóvenes, presentaban niveles similares de severidad en su artritis, se encontraban confinadas en casa, sin compañía y con un nivel educativo más bajo. Las correlaciones encontradas entre la puntuación total y los ítemes de la QOL-RA con las subescalas de la SF-36 (r que oscilaba de 0,31 a 0,48) y la puntuación total en la CES-D (r de 0,28 a 0,46) muestran que la QOL-RA aporta información acerca de la calidad de vida que es única, no recogida por las otras dos escalas.²⁶

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La Artritis Reumatoide es una de las causas de morbilidad en pacientes en la época actual la causa más común de incapacidad potencialmente tratable en el mundo que afecta entre 0,4% y 1% de la población de América Latina y es mucho más común en mujeres que en hombres, con una relación de 8:1 en esta región. Dicha enfermedad tiene gran prevalencia a nivel mundial ya que afecta al uno por ciento de la población humana, con una incidencia mujer-varón de 3-1. A nivel internacional son aproximadamente 6,000 pacientes nuevos cada año. La Artritis Reumatoide es una de las principales causas de morbilidad en edad adulta dentro de las enfermedades crónico degenerativas, que ha presentado un incremento considerable en su prevalencia en los últimos 20 años a escala mundial un millón 700 mil mexicanos padecen de Artritis Reumatoide. En el estado de Guerrero la incidencia de Artritis Reumatoide en el grupo de edad de entre 30 y 55 años de 2008 a 2012 se ha incrementado en un 25% con una prevalencia de mujer y hombre de 3: 1 total de casos según el INEGI (Instituto Nacional de Estadística y Geografía), la SSA (Secretaría de Salubridad y Asistencia) en un total de 100,851, hombres de 47.373 mujeres 53.478 en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) total de 61.825 hombres de 30.648 y mujeres de 31.648. Muy importante para quienes la padecen es la pérdida de la capacidad laboral, en especial si se trata de trabajadores manuales, pues muchos dejan de percibir ingresos ya en los dos primeros años de enfermedad.

En quienes logran un resultado terapéutico, provoca incapacidad muscular esquelética progresiva importante, ya que puede disminuir al menos en 5 años la expectativa de vida y la calidad de la misma al provocar que el individuo pase los últimos 10 o 15 años con discapacidad. El impacto de la enfermedad no solo se limita a lo económico y laboral sino a las alteraciones en la funcionalidad familiar. Esta enfermedad requiere constante atención por parte de los familiares de los pacientes afectados, por lo que repercute en el ausentismo laboral de los mismos familiares o pacientes y por consecuencia, también en el ingreso económico familiar.

Esto muchas veces es condicionado por la falta de atención al problema y manifestaciones articulares. La influencia de la familia en el proceso salud-enfermedad es de vital importancia, ya que el grupo puede funcionar como fuente de salud o enfermedad, o viceversa, y el paciente puede llegar a comprometer la salud emocional de los individuos que componen la familia. Los factores psicológicos son de vital importancia para el curso de la enfermedad. Los factores sociales de importancia en el pronóstico son el nivel socioeconómico. La familia es decisiva en el control de la enfermedad, ya que la disfunción de la misma promueve el mal apego al tratamiento, y aumenta el riesgo de recaídas.

Por lo que se realizara un estudio de la funcionalidad familiar en pacientes con Artritis Reumatoide, en donde los problemas de salud en la atención primaria son múltiples y variados, por lo cual, Médico de Familia, encuentra una elevada prevalencia de enfermedades crónicas degenerativas, que incluye la Hipertensión arterial, Diabetes Mellitus, Asma bronquial. Enfermedad pulmonar obstructiva crónica, y Artritis Reumatoide, con manifestación de trastornos de la conducta, alteraciones del funcionamiento familiar y problemas higiénico-ambientales. Se requiere una preparación con la problemática de salud que el Médico Familiar va a enfrentar en su trabajo, en el cual otorgara asesoramiento y apoyo a las familias y los pacientes con Artritis Reumatoide diagnostica y en tratamiento, para una mejor calidad de vida en el entorno familiar.

Por lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuál es la Funcionalidad Familiar en pacientes con Artritis Reumatoide en el HRSZ /MF No. 19 de Cd. Altamirano, Gro?

3.JUSTIFICACION.

La funcionalidad familiar tiene un impacto en la salud en pacientes con Artritis Reumatoide, se afecta la esfera socioeconómica ,genera incapacidad temporal o permanente, siendo una de las principales causas de morbilidad dentro de las enfermedades crónico degenerativas el HRSZ/ MF No. 19 de Cd. Altamirano, Gro. En el Estado de Guerrero en el grupo de edad de 35 a 55 años se ha incrementado en un 25% de la consulta en el servicio de Medicina Familiar. El presente estudio servirá para demostrar la relación que existe la funcionalidad familiar en pacientes con Artritis Reumatoide, ya que la enfermedad ocasiona serios cambios en la vida diaria. En donde el Médico Familiar se encargara de la realización de información y apoyo adicional en el cuidado, terapéutica y rehabilitación de los pacientes con Artritis Reumatoide.

Algunos aspectos psicológicos como el estado anímico o el apoyo social son muy relevantes para los enfermos y pueden condicionar la respuesta al tratamiento. Los pacientes que reciben un notable apoyo social de familiares y amigos, tienen mejor pronóstico y menor discapacidad. Algunas manifestaciones clínicas, como el dolor o el cansancio, son más frecuentes en las personas que no cuentan con apoyo social.

El pronóstico de la Artritis Reumatoide es variable de unos pacientes a otros. El objetivo terapéutico actual es conseguir la mínima actividad inflamatoria posible. De alguna manera, el Medico Familiar debe encontrar el equilibrio entre el riesgo de la enfermedad y los riesgos derivados de las estrategias terapéuticas más intensas. La pronta derivación al reumatólogo, el diagnóstico temprano y la iniciación de un tratamiento específico son fundamentales para poder revertir el curso natural de la enfermedad. Evaluar el apoyo social y el funcionamiento familiar en estos pacientes mediante la metodología cualitativa, para justificar el comportamiento del paciente, diseñar y realizar un programa de intervención dirigido a las familias para la mejor

calidad de vida de los pacientes con Artritis Reumatoide, el cual se enfocara para realizar medidas de apoyo tales como:

Medidas globales. Han sido diseñadas para medir la calidad de vida de forma global o de conjunto. En ocasiones es una sola pregunta que interroga sobre la calidad de vida, o bien un instrumento que valora la satisfacción del paciente. Medidas generales: se diseñan para la medición global de la calidad de vida y principalmente para propósitos analíticos. Su ventaja es que pueden ser utilizadas en diversas enfermedades y poblaciones y, por tanto, permiten comparaciones. Las medidas generales pueden ser, a su vez: Perfiles de salud, para medir el impacto de la Artritis Reumatoide en la vida de los pacientes.

Medidas específicas: se centran en grupos o en problemas particulares, con lo que mejoran la sensibilidad a los cambios, aunque no permiten comparaciones. Se pueden subdividir en: Específicas de enfermedad. Se centran en el estudio de grupos concretos de pacientes (p. ej., ancianos, artritis reumatoide, etc.) y se han diseñado principalmente para monitorizar la respuesta al tratamiento de una situación particular. Específicas de dimensión. Se centran en problemas concretos, como dolor, fatiga, estado psíquico, etc., y son útiles para valorar la respuesta de grupos de pacientes a determinadas intervenciones.

Se deben de tener medidas de calidad de vida empleadas en los pacientes con Artritis Reumatoide para dar una mejor calidad de vida a ellos y a la familia, para una buena funcionalidad familiar.

4. OBJETIVO:

Objetivo General:

- a) Identificar la funcionalidad familiar en los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el HGSZ/ MF.No.19 de Cd. Altamirano, Gro.

Objetivos Específicos:

- a) Identificar pacientes con Artritis Reumatoide diagnosticadas y tratadas en el HRSZ/ MF No. 19 Cd. Altamirano, Gro.
- b) Conocer los factores relacionados con la Funcionalidad Familiar en pacientes con Artritis Reumatoide y pacientes sanos del HGSZ/ MF No.19 Cd. Altamirano, Gro.

5.HIPOTESIS:

Las familias de pacientes con artritis reumatoide adscritos a la HGSZ/MF No. 19 presentan alteraciones de su funcionalidad familiar en un 30%.

6.METODOLOGÍA:

6.1 Tipo de estudio:

Estudio transversal analítico.

6.2 Población, lugar y tiempo de estudio:

La población blanco, pacientes de 20 años y más adscritos al HGSZ /MF No.19 de Cd. Altamirano Gro. El estudio se realizó de Noviembre 2015 a Enero del 2016.

6.3 Tipo de la muestra y tamaño de muestra:

Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia tomando 38 pacientes de 20 años y más, de cada uno de los 6 consultorios (19 de cada turno) hasta tener

una muestra de 228 pacientes, se eligieron 114 casos con diagnóstico de artritis reumatoide y 114 controles sin Artritis Reumatoide, ni otra enfermedad crónica degenerativa. Calculado por medio de la fórmula:

$$n = Z^2 pqN / E^2$$

$$n = \text{tamaño de la muestra.}$$

Z= nivel de confianza.

p= variabilidad positiva.

q= variabilidad negativa.

N= tamaño de la población.

E= precisión o el error.

Total de la población (N)	4224
Nivel de confianza o seguridad (1- α)	95%
Precisión (d)	3%
Proporción (valor aproximado del parámetro que queremos medir)	5%
TAMAÑO MUESTRAL (n)	194
EL TAMAÑO MUESTRAL AJUSTADO A PÉRDIDAS	
Proporción esperada de pérdidas (R)	15%
MUESTRA AJUSTADA A LAS PÉRDIDAS	228

6.4 Criterios de selección:

Criterios de inclusión:

- a) Pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide confirmados por Reumatólogo, de ambos sexos, de 20 años y más adscritos en el HGRSZ/ MF No. 19 Cd. Altamirano, Gro.
- b) Pacientes que aceptaron de manera voluntaria participar en el estudio y previo consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- a) Pacientes que cursaron con algún trastorno psicológico o psiquiátrico.
- b) Pacientes que no tengan vigencia de derechos durante el periodo de estudio.

Criterios de eliminación:

- a) Responder el cuestionario de manera incompleta.
- b) Seleccionar más de una opción en una pregunta.

6.5 Definición y operacionalización de las variables:

Variables Dependientes: Funcionalidad familiar

Variables Independientes: Artritis Reumatoide, tratamiento implementado, edad, sexo, escolaridad, estado civil, nivel socioeconómico, nivel de control, comorbilidad de enfermedades crónicas, tiempo de evolución de la Artritis reumatoide.

VARIABLES	DEFINICIÓN		TIPO	INDICADOR
	CONCEPTUAL	OPERACIONAL		
Artritis Reumatoide	Es una enfermedad crónica degenerativa de prevalencia osteomuscular con inflamación de una o más articulaciones causada por la degradación del cartílago, provocando dolor, inflamación y	Se obtendrá mediante la elaboración y contestación de un cuestionario dirigido al paciente con diagnostico confirmado de Artritis Reumatoide por nota medica de Reumatólogo. De acuerdo a los criterios	Cualitativa	1.Controlada 2.Descontrolada

	rigidez de la articulación.	diagnósticos de la Guía de Práctica Clínica		
Funcionalidad Familiar	Conjunto de relaciones interpersonales que se genera en el interior de cada familia y que le confiere identidad propia.	Mediante una encuesta por medio del cuestionario de APGAR para la funcionalidad familiar.	Cualitativa	1.-Funcional (7-10 puntos) 2.Disfuncional (0-6puntos)
Tratamiento implementado	Es el conjunto de medios de cualquier clase cuya finalidad es la curación o el alivio de síntomas de una enfermedad.	Se interrogará al paciente de una forma directa por medio de un cuestionario el tipo de tratamiento farmacológico que lleva actualmente, otorgado por médico especialista Reumatólogo, en nota médica.	Cualitativa	1.Monoterapia 2.Terapia combinada
Nivel Socioeconómico	Es una segmentación del consumidor y las audiencias que	Se obtendrá por medio de la contestación de un cuestionario	Cualitativa	1.Medio alto (7-9) 2.Medio bajo (10-12)

	define la capacidad económica y social de un hogar	dirigido al paciente por el método de Graffar		3.Obrero(13-16)
Nivel de control de Artritis Reumatoide	Verificación posterior de resultados conseguidos en el seguimiento de los objetivos planteados. Valorando la actividad clínica de la enfermedad.	Se obtendrá por medio de criterios para valorar la Artritis Reumatoide de acuerdo a la actividad clínica por los criterios de DAS y DAS28	Cualitativa	1. Actividad baja. 2.Actividad moderada. 3. Actividad alta.
Comorbilidad de enfermedades crónicas	Son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Son las principales causas de morbi-mortalidad en el mundo.	Se obtendrá por medio de un cuestionario elaborado para el paciente con Enfermedades crónico degenerativas o al familiar.	Cualitativa	1.- Si 2.- No (HAS,DM,EPOC)
Tiempo de evolución de la Artritis Reumatoide	Cambios que se dan paulativamente y que se pueden observar solo a través del paso del tiempo.	Se obtendrá por medio de un cuestionario en un interrogatorio directo al paciente con	Cuantitativo	1. Menor de 1 año. 2. Mayor a 1 año.

		Artritis Reumatoide		
Estado civil	El estado civil de una persona es su situación jurídica en la familia y la sociedad, determina su capacidad para ejercer ciertos derechos y contraer ciertas obligaciones, es indivisible, indisponible e imprescriptible, y su asignación corresponde a la ley.	Se obtendrá mediante un cuestionario en un interrogatorio directo al paciente con Artritis Reumatoide o al familiar	Cualitativa	1.Soltero 2.Casado 3.Viudo 4.Divorciado 5.Separado
Edad.	Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta la actualidad	Se Interrogará al paciente por medio de un cuestionario sobre los años cumplidos al momento de la encuesta	Cuantitativa.	1. 20-30 años 2. 31-40 años 3. 41-50 años 4. 51-60 años 5. 61 y más.
Sexo	Características biológicas y físicas que distinguen al	El que se observa al entrevistado y al	Cualitativa. dicotómica	1. Femenino. 2. Masculino.

	hombre de la mujer desde el punto de vista reproductivo.	que respondan en la hoja de identificación de datos.		
Escolaridad	Años de estudio en la educación formal.	Se obtendrá por medio de la contestación de un cuestionario por medio de interrogatorio directo para saber el nivel de escolaridad del paciente	Cualitativa ordinal	1.Analfabeta 2.Sabe Leer y escribir 3.Primaria 4.Secundaria 5.Bachillerato 6.Licenciatura

6.6 Descripción general del estudio:

Previa autorización del comité local de investigación en salud se realizó un estudio transversal analítico en 228 pacientes de 20 años y más adscritos al HGSZ/MF No.19 Altamirano, Gro. de Noviembre del 2015 a Enero del 2016. Previo consentimiento informado Se aplicó una encuesta previamente validada por consenso de expertos (Médico Familiar, Médico Reumatólogo) para identificar los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide, se recabaron datos sociodemográficos y clínicos, se identificó la funcionalidad familiar mediante el método de Apgar .Los datos obtenidos se almacenaron en una base de datos para su análisis estadístico descriptivo con frecuencias simples y porcentajes, análisis inferencial con prueba de chi cuadrada , valor de p con un IC95% mediante el programa estadístico SPSS.

6.7 Método de recolección de datos:

Se aplicó mediante un método ocasional con técnica de interrogatorio directo a través de un cuestionario.

6.8 Organización de datos:

Los datos que se obtuvieron se capturaron en una hoja de control donde se anotaron los datos obtenidos.

6.9 Análisis estadístico.

El análisis de los resultados se realizó con el software SPSS para Windows. Posteriormente se hizo un análisis estadístico descriptivo obteniendo frecuencias simples y porcentajes, análisis inferencial con prueba de chi cuadrada, valor de p con un IC95%.

6.10 Consideraciones éticas:

El presente estudio se apegó al profesionalismo y ética médica y dentro del marco legal que establece el IMSS así como leyes que rigen a los sistemas de salud:

- a) La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4º en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990.
- b) La Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación en 1984, en sus artículos; 2º. Fracción VII; 7º. Fracción VIII; 17 °. Fracción III; 68º. Fracción IV; 96, 103; 115; fracción V; 119 fracción I; 141; 160; 164; 168, fracción VI; 174, fracción I; 186; 189, fracción I; 238, 321 y 334.
- c) El reglamento de La Ley General de Salud en materia de Investigación en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.
- d) El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de Coordinadores de Proyectos Prioritarios de Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de octubre de 1984.
- e) La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989.

6.11 Presupuesto y financiamiento:

HUMANOS:

- Investigador
- Asesor de tema
- Asesor metodológico

MATERIALES Y FISICOS:

1. Una computadora.....	\$ 10,000 pesos
2. Una impresora.....	\$ 1,200 pesos
3. Hojas blancas.....	\$ 200 pesos
4. 20 lápices.....	\$ 60 pesos
5. Hojas de Internet.....	\$ 300 pesos
6. USB.....	\$ 200 pesos

Financiamiento:

Salario del investigador.....\$ 4,500 pesos

TOTAL. \$16,460

7. RESULTADOS:

De la población estudiada, prevaleció el grupo de 61 y más con 65 (41.93%), seguido de 51- 60 años con 44 (28.39%), de 41-50 años con 24 (15.49%), de 31 a 40 años con 18 (11.61%), de 20-30 años con 4 (2.58%). En cuanto al sexo prevaleció el sexo femenino con 124 (80%), de sexo masculino 31 (20%). En cuanto a tratamiento implementado prevaleció tratamiento combinado 109 (70.33%), monoterapia 46 (29.67%). En relación de escolaridad predominó primaria con 55 (35.48%), secundaria 36 (23.23%), analfabeta 28 (18.07), bachillerato 22 (14.19%), licenciatura 8 (5.16%), saber leer y escribir 6 (3.87%). En relación a nivel socioeconómico prevaleció nivel medio bajo con 111 (71.61%), medio alto 32 (20.65%), obrero 12 (7.74%). En cuanto a nivel de control, prevaleció actividad moderada con 87 (56.13%), en actividad baja con 48 (30.47%), en actividad alta con 20 (12.90%). En datos de comorbilidad con resultados de si comorbilidad con 101 (65.16%), no comorbilidad 54 (34.84%). En cuanto al tiempo de evolución se encontró mayor de 1 año con 131 (84.52%), menor de 1 año 24 (15.48%). En cuanto al estado civil sobresalió casado con 107 (69.03%), viudo 22 (14.20%), divorciado y separado con 10 cada uno (6.45%), soltero con 6 (3.87%). En relación con la funcionalidad, destacaron las controladas con 121 (78.06%), y descontroladas con 34 (21.94%). ^{cuadro 1.}

Cuadro 1. Características sociodemográficas de la población estudiada.

Variable	Total	
Edad	N	%
20-30 años	4	2.58
31-40 años	18	11.61
41-50 años	24	15.49
51-60 años	44	28.39
61 y más	65	41.93
Sexo		
Femenino	124	80

Masculino	31	20
Tratamiento		
Monoterapia	46	29.67
Combinada	109	70.33
Escolaridad		
Analfabeta	28	18.07
Sabe leer y escribir	6	3.87
Primaria	55	35.48
Secundaria	36	23.23
Bachillerato	22	14.19
Licenciatura	8	5.16
Nivel Socioeconómico		
Medio Alto	32	20.65
Medio Bajo	111	71.61
Obrero	12	7.74
Nivel de Control		
Actividad Baja	48	30.97
Actividad Moderada	87	56.13
Actividad Alta	20	12.90
Comorbilidad		
Si	101	65.16
No	54	34.84
Tiempo de Evolución		
Menor 1 año	24	15.48
Mayor 1 año	131	84.52
Estado Civil		
Soltero	6	3.87
Casado	107	69.03
Viudo	22	14.20
Divorciado	10	6.45
Separado	10	6.45
Funcionalidad		
Controlada	121	78.06
Descontrolada	34	21.94

Fuente: Encuesta estructurada

En cuanto a las dimensiones de funcionalidad familiar, con la variable de edad (20 y más años) encontramos como funcional 102 (65.81%), y disfuncional 53 (34.19%).^{cuadro 2.}

Cuadro 2. Dimensiones de funcional y disfuncional de acuerdo a la edad.

Variable	Funcional		Disfuncional		Total	
	N	%	n	%	n	%
20-30 años	4	2.58	0	0	4	2.58
31-40 años	18	11.61	0	0	18	11.61
41-50 años	24	15.49	0	0	24	15.49
51-60 años	34	21.94	10	6.45	44	28.39
61 y más	22	14.19	43	27.74	65	41.93
Total	102	65.81	53	34.19	155	100

Fuente: Encuesta estructurada.

En las dimensiones de funcionalidad familiar con la variable de género, se encontró en el sexo femenino como funcional 86 (55.49%), como disfuncional 38 (24.52%). En el sexo masculino como funcional 16 (10.32%), como disfuncional 15 (9.67%).^{cuadro 3.}

Cuadro 3. Dimensiones de funcional y disfuncional de género.

Variable	Funcional		Disfuncional		Total	
	n	%	n	%	n	%
Femenino	86	55.49	38	24.52	124	80
Masculino	16	10.32	15	9.67	31	20
Total	102	65.81	53	34.19	155	100

Fuente: Encuesta estructurada.

En cuanto a las dimensiones de funcionalidad familiar con variable de implementación de tratamiento, se encontró en cuanto a tratamiento combinado con mayor prevalencia en funcional con 68 (43.87%) y disfuncional 41 (26.45%). En

cuanto a tratamiento de monoterapia como funcional 34 (21.94%), y disfuncional 12 (7.74%).^{cuadro 4.}

Cuadro 4. Dimensiones de funcional y disfuncional en tratamiento.

Variable	Funcional		Disfuncional		Total	
	n	%	n	%	n	%
Tratamiento						
Monoterapia	34	21.94	12	7.74	46	29.67
Combinada	68	43.87	41	26.45	109	70.33
Total	102	65.81	53	34.19	155	100

Fuente: Encuesta Estructurada.

En las dimensiones de funcionalidad familiar con la variable de nivel de estudio, se encontró en analfabeta como funcional 8 (5.16%), con mayor prevalencia en disfuncional 20 (12.90%), en saben leer y escribir en funcional 2 (1.29%), con mayor prevalencia en disfuncional 4 (2.58%), primaria como funcional en mayor prevalencia de 36 (23.23%), disfuncional 19 (12.26%), en secundaria con mayor prevalencia en funcional con 28 (18.07%), disfuncional 8 (5.16%), en bachillerato con mayor prevalencia funcional de 20 (12.90%), y disfuncional 2 (1.29%), en cuanto a licenciatura con mayor prevalencia en funcional 8 (5.16%), disfuncional 0 (0).^{cuadro5.}

Cuadro 5. Dimensiones de funcional y disfuncional en escolaridad.

Variable	Funcional		Disfuncional		Total	
	n	%	n	%	n	%
Escolaridad						
Analfabeta	8	5.16	20	12.90	28	18.07
Sabe leer y escribir	2	1.29	4	2.58	6	3.87
Primaria	36	23.23	19	12.26	55	35.48
Secundaria	28	18.07	8	5.16	36	23.23
Bachillerato	20	12.90	2	1.29	22	14.19
Licenciatura	8	5.16	0	0	8	5.16
Total	102	65.81	53	34.19	155	100

Fuente: Encuesta estructurada.

En las dimensiones de funcionalidad familiar con respecto a estado de nivel socioeconómico, se encontró en un nivel medio alto en relación a lo funcional con mayor prevalencia de 28 (18.06%), disfuncional 4 (2.58%), en un nivel medio bajo se encontró mayor prevalencia en lo funcional con 66 (42.59%) y disfuncional con 45 (29.03%), en el estatus de obrero con mayor prevalencia en funcional con 8 (5.16%), y disfuncional 4 (2.58%).^{cuadro 6.}

Cuadro 6. Dimensiones de funcional y disfuncional en nivel socioeconómico.

Variable	Funcional		Disfuncional		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nivel Socioeconómico						
Medio Alto	28	18.06	4	2.58	32	20.65
Medio Bajo	66	42.59	45	29.03	111	71.61
Obrero	8	5.16	4	2.58	12	7.74
Total	102	65.81	53	34.19	155	100

Fuente: Encuesta estructurada.

En las dimensiones de nivel de control en cuanto a una actividad baja con mayor prevalencia en funcional con 32 (20.65%), disfuncional 16 (10.32%). En un nivel de actividad moderada con mayor prevalencia en lo funcional con 64 (41.29%), disfuncional 23 (14.84%). En cuanto a la actividad alta con lo funcional de 6 (3.87%), con mayor prevalencia en lo disfuncional con 14 (9.03%).^{cuadro 7.}

Cuadro 7. Dimensiones de funcional y disfuncional en un nivel de control.

Variable	Funcional		Disfuncional		Total	
	n	%	n	%	n	%
Nivel de Control						
Actividad Baja	32	20.65	16	10.32	48	30.97
Actividad Moderada	64	41.29	23	14.84	87	56.13
Actividad Alta	6	3.87	14	9.03	20	12.90
Total	102	65.81	53	34.19	155	100

Fuente: Encuesta estructurada.

En las dimensiones de funcionalidad familiar con la variable de comorbilidad se encontró en funcional en si de comorbilidad con una mayor prevalencia de 60 (38.71%), en disfuncional 41 (26.45%). En cuanto a la no morbilidad con mayor prevalencia en funcional con 42 (27.10%), y disfuncional con 12 (7.74%). cuadro 8.

Cuadro 8. Dimensiones de funcional y disfuncional de comorbilidad.

Variable	Funcional		Disfuncional		Total	
	n	%	n	%	n	%
Si	60	38.71	41	26.45	101	65.16
No	42	27.10	12	7.74	54	34.84
Total	102	65.81	53	34.19	155	100

Fuente: Encuesta estructurada.

En cuanto a las dimensiones de funcionalidad familiar con variable del tiempo de evolución, se encontró que en menores de 1 año con mayor prevalencia funcional con 14 (9.03%), disfuncional 10 (6.45%). En cuanto a mayores de 1 año de tiempo de evolución, con mayor prevalencia en lo funcional con 88 (56.78%), y en lo disfuncional con 43 (27.74%). cuadro 9.

Cuadro 9. Dimensiones de funcional y disfuncional en tiempo de evolución.

Variable	Funcional		Disfuncional		Total	
	n	%	n	%	n	%
Menor 1 año	14	9.03	10	6.45	24	15.48
Mayor 1 año	88	56.78	43	27.74	131	84.52
Total	102	65.81	53	34.19	155	100

Fuente: Encuesta estructurada.

En las dimensiones del estado civil en la funcionalidad familiar, en el cual tuvo mayor prevalencia en casados siendo funcional con 84 (54.20%), disfuncional 23 (14.84%), seguido de viudo con 8 (5.16%), disfuncional 14 (9.03%), divorciado funcional con 4 (2.58%), disfuncional 6 (3.87%), separado en funcional 2

(1.29%), disfuncional 8 (5.16%), soltero en funcional con 4 (2.58%), disfuncional 2 (1.29%). cuadro 10.

Cuadro 10. Dimensiones funcional y disfuncional en estado civil.

Variable	Funcional		Disfuncional		Total	
	n	%	n	%	n	%
Estado Civil						
Soltero	4	2.58	2	1.29	6	3.87
Casado	84	54.20	23	14.84	107	69.03
Viudo	8	5.16	14	9.03	22	14.20
Divorciado	4	2.58	6	3.87	10	6.45
Separado	2	1.29	8	5.16	10	6.45
Total	102	65.81	53	34.19	155	100

Fuente: Encuesta Estructurada.

En dimensiones de la función familiar en el cual prevaleció en cuanto a la funcionalidad controlada en cuanto a funcional con 90 (58.07%), disfuncional 31(20%), en funcionalidad descontrolada en cuanto a funcional con 12 (7.74%), disfuncional 22(14.19%). cuadro 11.

Cuadro 11. Dimensiones funcional y disfuncional de control de la función familiar.

Variable	Funcional		Disfuncional		Total	
	n	%	n	%	n	%
Funcionalidad						
Controlada	90	58.07	31	20	121	78.06
Descontrolada	12	7.74	22	14.19	34	21.94
Total	102	65.81	53	34.19	155	100

Fuente: Encuesta estructurada.

En relación con resultados de dimensiones de distintas variables fueron: edad con OR de 15.64, P 0.0000, IC 6.34-39.58, en escolaridad OR 5.23, P 0.0000, IC 12.24-12.52, en estado civil con OR 7.04, P 0.0000, IC 3.02-16.63, en nivel socioeconómico OR de 4.64 , P 0.0037, IC 1.42-16.68, en comorbilidad con OR 2.39, P 0.0220, IC 1.06-5.47, y en sexo OR 0.47, P 0.0600, IC 0.20-1.13, los cuales fueron estadísticamente significativos. cuadro 12.

Cuadro 12. Dimensiones de estadísticamente significativo con OR, P, IC.

	OR	P	IC
Edad	15.64	0.0000	6.34 – 39.58
Escolaridad	5.23	0.0000	12.24 – 12.52
Estado civil	7.04	0.0000	3.02 – 16.63
Nivel socioeconómico	4.64	0.0037	1.42 – 16.68
Comorbilidad	2.39	0.0220	1.06 – 5.47
Sexo	0.47	0.0600	0.20 – 1.13

Fuente: Encuesta estructurada.

8.DISCUSIONES:

Cotarelo Méndez Ana María, Estévez Perera Adonis, Guridi González María Zaida. Realizaron un estudio descriptivo y transversal en 53 pacientes con el diagnóstico de AR, en el policlínico docente 30 de Noviembre, en el municipio 10 de Octubre en el período comprendido de septiembre del 2010 a septiembre del 2011. Los instrumentos de evaluación aplicados al paciente y familiares, fueron la escala de Evaluación de Capacidad Funcional, la Escala Analógica Visual del dolor y el Instrumento de repercusión familiar. Resultados: Predominó la edad entre 60 a 79 años y sexo femenino. El 64,1 % superaba los 5 años de diagnóstico y el 51 % presentó una discapacidad funcional ligera, el 37,7 % moderada. 64,2 % percibió dolor intenso. En el área socioeconómica la repercusión elevada predominó con un 39,6 %. El área socio-psicológica tuvo repercusión elevada (37,7 %) y severa (30,2 %). Capacidad funcional y repercusión familiar de pacientes con artritis reumatoide 147 funcionamiento familiar manifestó repercusión elevada en un 35,8 %. En el estado de salud prevaleció la repercusión elevada (39,6 %).²⁷

En nuestro estudio, predominó la edad entre 61 años y más de 41.93% y el sexo femenino de 124 con un 80%. En cuanto al tiempo de evolución de la AR, lo supera en mayores de 1 año de diagnóstico de 131 con un 84.52%. En el área socioeconómica la repercusión predominó de los estratos sociales Medio bajo de 111 con un 71.61%. En la Capacidad funcional con repercusión familiar de pacientes con AR tuvieron funcionalidad familiar Controlada de 121 con un 78.06% siendo funcional.

En este estudio señalado por Ortiz, A. y Laffon hizo una encuesta en 50 pacientes, este hecho es apoyado por Leigh JP y Fries JF, quienes también encuentran que el nivel de instrucción juega un papel importante en el pronóstico del desarrollo de discapacidad en el paciente con AR de acuerdo a los resultados obtenidos en su estudio multicéntrico realizado en el 2006 con 23 pacientes con AR tratados por

Reumatología y controlados por su Médico Familiar, con un promedio de edad de 49 ± 11 años, y el género de mayor proporción en mujeres (46) que en hombres (6). La escolaridad que predominó (preparatoria y profesional). Con respecto al nivel socioeconómico, los estratos sociales altos resultaron con mayor Calidad de Vida hecho que se halla en relación con la escolaridad; ya que los pacientes con mejor estrato social se encuentran en mejor disposición de percibir el dolor y comprender su situación. La evolución de la enfermedad en estos pacientes se halló entre 9 y 10 años de promedio; siendo mayor en los que manifestaron Mala Calidad de Vida (10 ± 9 años). El tipo de familia que predominó con Buena Calidad de Vida, fue la familia nuclear (56%) y el 64% de los sujetos con Mala Calidad de Vida estuvo representada por la familia en expansión. Los medicamentos utilizados en estos pacientes fueron en su mayoría combinaciones donde predominó el Metrotexate, aunque no fue objeto de nuestro estudio es de notar que el tratamiento de este medicamento se presentó en ambos grupos.²⁸

En nuestro estudio, predominó la edad de 61 años y más con 41.93% con predominio de sexo femenino de 124 con 80 %. En la escolaridad predominó Primaria y Secundaria de 55 con 35.48% y 36 con 23.23% respectivamente. En el nivel socioeconómico el estrato social Medio bajo predominó con 111, y un 71.61%. Con el Tiempo de Evolución con mayor predominio en mayores de 1 año de evolución con 131 y 84.52%. En la Funcionalidad Familiar Controlada con mayor predominio con 121 con un 78.06%. En cuanto al Tratamiento implementado mayor prevalencia en la Terapia combinada con 109 con un 70.33%.

John Querubín Franco Aguirre, Alejandro Antonio Corduna Tapias, Jaibeth Antonio Carduna Arias. Estudio transversal de la totalidad de pacientes con artritis reumatoide de una institución de Medellín. Se aplicó una encuesta con variables demográficas, socioeconómicas, clínicas, de funcionalidad física y actividad física. La CVRS se evaluó con el *Medical Outcome Study Short Form 36* (MOSSF-36). El análisis de los datos se basó en el cálculo de: frecuencias, medidas de resumen, pruebas U de Mann Whitney y Kruskal Wallis, de Spearman y modelos de regresión

lineal múltiple mediante el SPSS 21.0. Resultados: Se incluyeron 112 pacientes con edad promedio de 53 ± 12 años; el 63,4% era sedentario, el promedio de años de diagnóstico de la enfermedad fue de $10,6 \pm 6,5$ años, el 75% presentaba alguna comorbilidad y el puntaje promedio del HAQ-DI fue de $0,84 \pm 0,57$. En la CVRS se halló mayor afectación del desempeño físico con 35,3 puntos y menor en la función social con 67,7 puntos. La funcionalidad y la actividad física, el sobrepeso, los años de diagnóstico, el sexo, la edad y el nivel socioeconómico se constituyeron en los principales factores asociados a la CVRS. Conclusión: La artritis reumatoide impacta negativamente en la CVRS. La identificación de los factores asociados a la CVRS permite direccionar acciones de intervención.²⁹

En nuestro estudio con años de diagnóstico de mayor de 1 año con 131 con 84.52%, que incluye para la funcionalidad familiar controlada con actividad con Nivel de control con predominio con una Actividad moderada de 87 con 56.13 % con mayor predominio. En la edad y sexo de 61 años y más de mayor predominio con 41.93% en cuyo el sexo femenino obtuvo mayor predominio de 124 con un 80%. Con un nivel socioeconómico de predominio en el estratos Medio bajo con 111 con 71.61%. Donde hubo una Comorbilidad de 101 presentada con un 65.16%. Con Funcionalidad familiar controlada en 121 con 78.06%.

Alberto Bazán María Elena, Taboada Aranza Olga, Agama Sarabia Adiel. La limitante de este estudio es que esta se llevó a cabo en el ISSSTE Zaragoza, en donde el tratamiento se le proporciona al paciente, no obstante permite un primer acercamiento al comportamiento de este fenómeno en instituciones donde se atiende población abierta y que carecen de recursos económicos para adquirir los medicamentos, posiblemente esta condición afectará en el control de la AR. Se realizó un estudio observacional, prolectivo, transversal, descriptivo. La población estuvo conformada por 100 pacientes con diagnóstico de AR, usuarios del Hospital General Ignacio Zaragoza ISSSTE, con una media de edad de 47 (± 10.7), de ellos 74 fueron mujeres y 26 hombres, quienes acudieron al servicio de consulta externa de reumatología, y estaban por lo menos con un mes de tratamiento antirreumático

previo consentimiento informado. Se utilizó un cuestionario con 48 ítems con confiabilidad de 0.900 Kuder Richardson para adquirir información sobre la adherencia terapéutica (AT) y la funcionalidad familiar (FF) con personas que cursan AR. Los datos obtenidos fueron procesados en el paquete estadístico SPSS V. 17.0 con el cual se obtuvieron las estadísticas descriptivas de las variables de estudio. Resultados al análisis por sexo se observa una mayor frecuencia de mujeres de familia conflictiva y baja AT (n = 38) mientras que la mayor proporción de hombres se encuentran ubicados en familia nutricia teniendo una mediana AT (n = 22).³⁰

En nuestro estudio demostró el predominio del sexo femenino de 124 con 80% y en el masculino de 31 con 20. En el que se implementó terapia de tratamiento combinado con mayor predominio de 109 con 70.33%. Con mayor predominio de la Funcionalidad familiar en pacientes controlados de la enfermedad con 121 con 78.06% y la Funcionalidad familiar en pacientes descontrolados con 34 y 21.94%.

9.CONCLUSIONES:

La Salud Familiar es un gran apoyo para la Calidad de Vida de los pacientes con Artritis Reumatoide, la correlación entre ellos existe como fue demostrada en este estudio. Los pacientes con AR de la UMF No.19 son de predominio femenino con una relación hombre-mujer muy similar a la de la literatura médica. La mejor Calidad de Vida fue observada en pacientes con menor tiempo de evolución, así como en pacientes con estrato socioeconómico alto y nivel educativo preparatoria profesional. El Médico Familiar debe ser orientador para buscar una mejor Calidad de Vida en estos pacientes; puesto que la correlación demostrada es significativa, ya que al mejorar la Salud Familiar mejora la Calidad de Vida del paciente con artritis. Además el Médico Familiar debe promover redes de apoyo familiar e intencionadamente realizar pesquisa de esta patología en población con factores de riesgo , así como promover la terapia ocupacional, e identificar trastorno depresivo (muy frecuente asociado a la AR) y auxiliarse en el servicio de Nutrición para el control de peso y valoración por el servicio de Medicina Física Rehabilitación en los pacientes que lo requieran, así como en el servicio de Psicología-Psiquiatría para pacientes con sintomatología depresiva.

El impacto de las emociones negativas (depresión/desesperanza, ansiedad, estrés) en la fisiopatología de la AR y de éstas sobre la calidad de vida, mientras que hay poca información empírica sobre el papel de las variables psicosociales positivas como las emociones positivas, el apoyo social, la resiliencia y variables espirituales como la autotrascendencia que pueden servir de marcos protectores para un mejor bienestar psicológico y físico y mitigar las emociones negativas. Lo mismo puede decirse acerca de la percepción de enfermedad que es una variable moduladora que puede influir positiva o negativamente sobre los mismos factores psicosociales y fisiológicos de la AR. Esto implicaría la relevancia de programas de intervención focalizados desde la psicología positiva para abordar de forma integral el

impedimento, la discapacidad y minusvalía-desventaja social que acarrea esta patología.

Por tanto, los factores psicosociales tienen un peso importante sobre la artritis reumatoide, pero discernir específicamente cual de éstos es más relevante sobre la evolución y pronóstico de la AR es complejo, ya que se pueden entrelazar o solapar entre sí o presentar comorbilidad, porque están asociados a factores de fisiopatología de la AR más o menos agresivos que llevan a que el peso de la salud mental se torne más distal o proximal a través del tiempo.

Se manifiesta que la familia es un recurso fundamental para mantener la adherencia terapéutica y dentro del seno de una familia nutricia se favorece aún más, los resultados muestran que adherencia terapéutica está estrechamente relacionada con la funcionalidad familiar.

En la adherencia terapéutica -en la que influyen múltiples factores- lo ideal es una combinación de esfuerzos del equipo multidisciplinarios, para obtener sinergias que multipliquen el resultado.

10.RECOMENDACIONES:

Se plantean intervenciones para saber que calidad de vida y Funcionalidad Familiar, ya que de este modo se disminuye el fracaso en la atención de la salud en las enfermedades crónico-degenerativas como lo es la Artritis Reumatoide.

Se incrementa la adherencia terapéutica con el apoyo familiar y se evitan las complicaciones a corto y largo plazo de la Artritis Reumatoide.

Se deben realizar estudios futuros en México referentes a la calidad de vida de la Funcionalidad Familiar.

Promover las modificaciones del estilo de vida en los pacientes con antecedentes de Artritis Reumatoide, con factores de riesgo para la misma y fortalecer las redes de apoyo de estos pacientes.

11.REFERENCIAS.

1. Guías de práctica clínica, Grupo de estudio de Artritis Reumatoide, Sociedad Argentina de Reumatología 2013:13-15
2. Massardo L. Artritis Reumatoide temprana, Rev. Médica de Chile 2008; 136: 1468-1475
3. Carmona L. Epidemiología de la Artritis Reumatoide, Rev. Española de Reumatología 2012; 29 (3):86-89
4. Mendoza GV, Rocha MAD, Guerra SA, Ramírez VM, González SAG, Gómez NJI, Nava A, Artritis Reumatoide, Artículo de revisión Rev. Médica México 2013; 8(1):12-22
5. Mould QJ, Peláez BI, Vázquez MJ, Terán EL, Esquivel VJ, Ventura RL, El costo de las principales enfermedades reumáticas inflamatorias desde las perspectivas del paciente, Artículo original Rev Medica México 2008; 144(3):225-231
6. Gutiérrez OE, Martínez GMP, Zapata ZM, Sánchez RSH, Artritis Reumatoide prevalencia, Inmunopatogenia, Archivos de Medicina México 2012; 8(1):1-6
7. Delgado VAM, Martin J, Granados J, Anaya JM, Epidemiología Genética de la Artritis Reumatoide, Biomédica Rev Medica Colombiana 2006; 26(4):562-84
8. Guía de práctica Clínica para el manejo de la Artritis Reumatoide, Diagnostico de Artritis Reumatoide, Sociedad Española de Reumatología 2007

9. Gómez A, Nuevos Criterios de Clasificación de Artritis Reumatoide, Rev Española de Reumatología Clínica 2011; 6(3):33-7
10. Cotarelo MAM, Estévez PA, Guridi GMZ, Capacidad Funcional y repercusión familiar de pacientes con Artritis Reumatoide Rev Cubana de Reumatología 2013; 15(3):146-152
11. IMSS. Guía de práctica Clínica, Diagnóstico y tratamiento de la Artritis Reumatoide 2010:198-08
12. Moya AP, Laiz A. Utilización del Das en el seguimiento clínico de los pacientes con Artritis Reumatoide. Rev Reumatología clínica España. 2011; 7 (5):336-8
13. Guía Sociedad Argentina Reumatología, Diagnostico y evaluación en pacientes con Artritis Reumatoide 2008:12-32
14. Smilkteins G, The family APGAR: a proposal for family funtion test and its use by physicians J Fam Pract 2010; 6:1231-9
15. Huerta JL. La familia en el proceso salud-enfermedad. 1ª Edición. Editorial Alfil 2005: 12-13.México
16. Irigoyen CA, Nuevos Fundamentos de Medicina Familiar, 1ª Edición .Editorial Medicina Familiar Mexicana 2002:43-44
17. Mendoza LA, Soler E, Sainz L, Gil I, Mendoza H-F, Pérez C. Análisis de la dinámica y la funcionalidad familiar en atención primaria. Rev. Científicas de América latina y Caribe. 2006; 8 (1): 27-32
18. Suarez BMA. Modelo de los procesos y cuidados orientados a las tareas en la atención ambulatoria. Rev. Medicina Familiar Perú. 2012; 6 (1): 3-14

19. Suarez BMA. Intervenciones Familiares Básicas. Rev. Medicina Familiar Perú. 2011; 5 (3):153-157
20. Gallego AM. Recuperación Crítica de los conceptos de familia, dinámica familiar y sus características. Rev Colombiana. 2012; (35): 326-345
21. Mendoza SLA, Soler HE, Sainz VL, Gil AL, Mendoza SHF, Pérez HC, Análisis de la Dinámica y funcionalidad Familiar 2006; 8(1):27-32
22. Prada HDMI, Hernández TC, Gómez MJA, Gil AR, Reyes PY, Solís CU. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con Artritis Reumatoide Rev Cubana de Reumatología 2015; 17(1):48-60
23. Chico CA, Carballar L, Estévez MH, García CRV, Pernas A. Factores que influyen en el bienestar psicológico en pacientes con Artritis Reumatoide. Rev. Cubana 2012; 51 (1): 48-60
24. Bllina GFJ, Medición de la calidad de vida en Artritis Reumatoide, Rev Española de Reumatología 2002; 29(2):56-60
25. Reyes LAG, Garrido GA, Torres VLE, Ortega SP, Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas, Rev Psicología Medica Española 2010; 20(1):111-117
26. Vinaccia S, Fernández H, Moreno SPE, Padilla GV, Aplicación de la versión española del Cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia, Rev Colombiana de Reumatología 2006; 13(4):264-270

27. Cotarelo MAM, Estévez PA, Guridi GMZ, Capacidad Funcional y Repercusión Familiar de pacientes con Artritis Reumatoide en Cuba, Rev Cubana de Reumatología 2013; 15 (3):146-152
28. Ortiz A, y Laffon, A, Reumatología en Atención Primaria, Madrid España, 2001; 1(13): 155-166
29. Franco AJQ, Corduna TAA, Corduna AJA, Calidad de Vida Relacionada con la salud en pacientes con Artritis Reumatoide, Rev Colombiana, Medellín Colombia 2015; 22(3): 153-161
30. Alberto BME, Taboada SA, Adherencias Terapéuticas y Funcionalidad Familiar en personas con Artritis Reumatoide UNAM, ISEM, Zaragoza 2014;16 (1): 19

12. ANEXOS.

Anexo 1



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGSZ/ MF No.19 CD. ALTAMIRANO, GRO.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE
DEL HGSZ/MF No.19 CD. ALTAMIRANO, GRO.



ENCUESTA HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Cd. Altamirano, Gro., a ____ de _____ del 2015.

Nombre del paciente: _____

Número de Afiliación: _____

Clínica de Adscripción: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Estado Civil: _____

Antecedentes Heredofamiliares: _____

Artritis reumatoide diagnosticada: _____

Tratamiento implementado: _____

Escolaridad: _____

Nivel socioeconómico: _____

Nivel de control de la Artritis Reumatoide: _____

Comorbilidad de Enfermedad crónica (DM, HAS, EPOC): _____

Tiempo de evolución de la Artritis reumatoide (meses, años): _____

Funcionalidad Familiar: _____

Anexo 2



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 HGSZ/ MF No.19 CD. ALTAMIRANO, GRO.
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO
 FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE
 DEL HGSZ/MF No.19 CD. ALTAMIRANO, GRO.



TEST DE APGAR CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

No.	Preguntas	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1	¿Está satisfecho(a) con la ayuda que recibe de su familiar cuando tiene un problema?	0	1	2
2	¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3	¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4	¿Está satisfecho (a) con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5	¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
PUNTUACION TOTAL				

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR.

FAMILIAR Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario que puede ser autoadministrado o heteroadministrado y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7 - 10 puntos
- Disfuncional leve: 3–6 puntos
- Disfuncional grave : 0 – 2 puntos

Anexo 3



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
HGSZ/ MF No. 19 CD. ALTAMIRANO, GRO.
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MEXICO



ESTUDIO DE NIVEL SOCIOECONOMICO.

Profesión del Jefe de la Familia	Nivel de Instrucción de la Madre	Fuente de Ingreso	Alojamiento	Graffar
1. Universitario	1. Universitario	1. Renta	1. Óptimo con lujo	I. Clase Alta (0-6)
2. Técnico	2. TSU o Secundaria completa	2. Ganancias – Beneficios-honorarios	2. Óptimo sin lujo	II. Media Alta (7-9)
3. Empleado o peq comerciante	3. Secundaria incompleta	3. Sueldo (mensual)	3. Buenas condic. sanitarias	III. Media Baja (10-12)
4. Obrero especializado	4. Educación primaria	4. Sueldo (semanal-diario-por tareas)	4. Alguna deficiencia sanitaria	IV. Obrera (11-15)
5. Obrero no especializado	5. Analfabeta	5. Donaciones	5. Condic. inadecuadas	V. Marginal (16-20)
				Puntuación: _____

Estudio de la Salud Familiar

Método de Graffar

	A	B	C	D
1				
2				
3				
4				
5				

- A Profesión jefe de familia
- B Instrucción de la madre
- C Fuente de ingresos
- D Condiciones de la vivienda

- 4-6 Alto
- 7-9 Medio alto
- 10-12 Medio bajo
- 13-16 Obrero
- 17-20 Marginal

Anexo 4



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD



CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: Funcionalidad Familiar en Pacientes con artritis reumatoide en el HGSZ / MF No 19 Cd. Altamirano Gro.

Patrocinador externo (si aplica): _____

Lugar y fecha: Cd. Altamirano Gro., 2015

Número de registro: _____

Justificación y objetivo del estudio: Identificar Funcionalidad Familiar en Pacientes con artritis reumatoide en el HGSZ / MF No 19 Cd. Altamirano Gro.

Procedimientos: Realizara una encuesta

Posibles riesgos y molestias: Ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: Otorgar orientación sobre las factores de riesgo identificados

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: Los datos se manejaran de manera confidencial

Participación o retiro: EL participante se podrá retirar sin recibir alguna presión o afectación de su atención médica

Privacidad y confidencialidad: _____

En caso de colección de material biológico (si aplica):

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

No autoriza que se tome la muestra.

Sí autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

Sí autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica): _____

Beneficios al término del estudio: _____

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dra. Miriam Bello Olea miriam.bello@live.com.mx

Colaboradores: _____

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto

Dra. Miriam Bello Olea

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013