

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA SUR CDMX
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
COORDINACION CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**



TESIS

REALIZADA PARA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

“EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL POR PRIMERA VEZ, DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”.

PRESENTA:

VEZ FÉLIX CECILIA

Residente de Medicina Familiar, Matricula: 97379602, adscripción HGZ /MF No. 8
“Dr. Gilberto Flores Izquierdo” IMSS Cel. 55-4537 9516 Fax: No Fax.
Correo: cecilia.vez@gmail.com

**MARAVILLAS ESTRADA ANGELICA
DIRECTORA DE PROTOCOLO DE INVESTIGACION**

Médico Familiar, Profesora Titular de Medicina Familiar.
Adscrita al HGZ/MF 8.
Matricula: 98113861 Teléfono: 55 45000340. Fax: No Fax.
Email: angelica.maravillas@imss.gob.mx

**VILCHIS CHAPARRO EDUARDO
ASESOR METODOLÓGICO**

Médico Familiar, Maestro en Ciencias de la Educación, Doctor para Ciencias en la Familia, Doctor en Alta Dirección en Establecimientos de Salud.
Profesor Médico del CIEFD Siglo XXI Centro Médico Nacional Siglo XXI.
Matricula: 99377278. Teléfono: 5520671563 Fax: No Fax.
Email: eduardo.vilchisch@imss.gob.mx

**POLACO DE LA VEGA THALYNA
ASESOR CLÍNICO**

Médico No Familiar, UMQ.
Encargada de la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud
Adscrita al HGZ/MF 8.
Matricula 99377287 Tel. 55 5550 6422 Ext. 28235 Fax: No fax.
E-mail: thalyna.polaco@imss.gob.mx

**POLACO DE LA VEGA THALYNA
COORDINADORA CLINICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD.**

**CIUDAD DE MÉXICO OCTUBRE 2022.
No. DE REGISTRO R-2022-3605-077**



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

“EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL POR PRIMERA VEZ, DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.”

Autores: Vez Félix Cecilia^a, Estrada Maravillas Angélica^b, Vílchis Chaparro Eduardo^c, Polaco de la Vega Thalyna^d.

a. Médico residente del segundo año de Medicina Familiar. HGZ/MF 8.
b. Médico Familiar. Profesora Titular de Medicina Familiar. HGZ/MF 8.
c. Médico Familiar. Profesor Medico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI, CMNSXXI.
d. Médico no familiar, UMQ. Encargada de la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. HGZ/MF 8.

OBJETIVO:

Evaluar el cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la Unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 “Gilberto Flores Izquierdo”.

MATERIALES Y METODOS:

El presente es un estudio observacional, transversal, analítico, retrospectivo. Se incluirán 163 pacientes derechohabientes del primer nivel de atención del HGZ/MF 8 (muestra obtenida mediante la fórmula de cálculo de muestra de una proporción asumiendo un alfa del 95%, buscando una prevalencia del 1.6% en una población infinita) durante el periodo enero 2021 enero 2022, entre los 18 y hasta los 80 años, con diagnóstico de artritis reumatoide y que por lo menos tengan una valoración por la consulta externa de reumatología.

RESULTADOS:

Se estudiaron 163 expedientes de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide derechohabientes del primer nivel de atención del HGZ/MF 8. Predominio del sexo femenino: 95.1%, Media de edad: 59.66 años, Con un cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel del 88.3% e incumplimiento de estos en un 11.7%. La clase funcional obtenida: Clase I 55.2%, clase II 31.9%, clase III 11% y clase IV 1.8%. Se encontraron diferencias significativas entre la ocupación, la categoría según el IMC y la duración de los síntomas; contrastados con el cumplimiento de los criterios de referencia y la clase funcional. Con una $p < 0.05$.

CONCLUSIONES:

En esta investigación se cumplió con el objetivo general que fue identificar el cumplimiento de criterios de referencia a segundo nivel por primera vez en pacientes con artritis reumatoide del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, encontrando que los médicos familiares cumplen los criterios de referencia para envío de pacientes al segundo nivel de acuerdo a La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Artritis Reumatoide en el Adulto Mayor define a la artritis reumatoide.

PALABRAS CLAVES:

Artritis reumatoide, criterios de referencia, clase funcional.

**“EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS
CRITERIOS DE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL
POR PRIMERA VEZ, DE LOS PACIENTES CON
DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE
ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA
CON MEDICINA FAMILIAR NO. 8 DR. GILBERTO
FLORES IZQUIERDO”.**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA
DESCONCENTRADA SUR CDMX
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

AUTORIZACIONES

**DR. BRAVO MATEOS GUILLERMO
DIRECTOR DEL HGZ/UMF No. 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

**DRA. POLACO DE LA VEGA THALYNA
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HGZ/UMF No. 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

**DRA. MARAVILLAS ESTRADA ANGÉLICA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No. 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

**DRA. MARAVILLAS ESTRADA ANGÉLICA
PROFESORA TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No. 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO
DIRECTORA DE TESIS**

**DR. VILCHIS CHAPARRO EDUARDO
MÉDICO FAMILIAR, MAESTRO EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DOCTOR EN CIENCIAS DE LA FAMILIA
DOCTOR EN ALTA DIRECCIÓN EN ESTABLECIMIENTOS DE SALUD
PROFESOR MÉDICO DEL CENTRO DE INVESTIGACIÓN EDUCATIVA Y
PROFESIONALIZACIÓN DOCENTE
DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL SIGLO XXI
ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS**

**DRA. POLACO DE LA VEGA THALYNA
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
DEL HGZ/UMF No. 8 DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO
ASESORA CLÍNICA DE TESIS**

AGRADECIMIENTOS

A mis tutores:

Dra. Maravillas: Gracias por su ayuda, orientación, apoyo, paciencia, comprensión y constancia en todo lo que hace, usted formó parte importante de esta historia con sus aportes, enseñanzas y disposición que siempre me brindo en todo momento.

A los docentes: Dra. Jessica González, Dr. Edgar Arias, Dra. Indira: Gracias por su paciencia, por compartir sus conocimientos de manera profesional e invaluable, por su dedicación, perseverancia y tolerancia.

A mis padres: Ustedes han sido siempre el motor que impulsa mis sueños, quienes estuvieron siempre a mi lado en los días y noches más difíciles durante mis horas de estudio, mis días de desvelo, en mis días buenos y malos, quienes siempre me animaban a seguir adelante, los que me impulsaron a ser lo que soy ahora. Gracias por enseñarme a ser fuerte frente a las adversidades, los amo, este logro es de ustedes.

A mis hermanas: Liliana, Miriam y Patricia; quiero darles las gracias por estar a mi lado tanto en lo bueno como en lo malo de este largo recorrido, siempre están ahí para apoyarme y yo haré lo mismo por ustedes toda la vida.

A la coordinación de inmunología: Dr. Gibrán Estúa, Dr. Marvin Rivera, Dr. Ali Pereira, Dra. Concepción Agundis, Dr. Santos Preciado, Dr. León, Dr. JLu Maldonado, Dr. Lascuráin, Dra. López-Vago,. Gracias por todas sus enseñanzas, por hacerme parte de su familia, por motivarme día con día a ser mejor docente e inculcarme un gran amor por inmunología.

A mis amigos: Gracias por siempre sostenerme, por estar en las buenas y en las malas, por apoyar mis decisiones y siempre hacer mayores mis logros. Son una parte fundamental en mi vida.

|

ÍNDICE

MARCO TEORICO.....	9
ANTECEDENTES	24
JUSTIFICACIÓN	26
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27
OBJETIVO GENERAL.....	28
HIPÓTESIS.....	29
MATERIALES Y MÉTODOS	30
DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	30 31
CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	34
DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES.....	35
DESCRIPCIÓN GENERAL.....	38
ANÁLISIS ESTADÍSTICO	40
ASPECTOS ÉTICOS	43 44
RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO	48 49
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	50 51
RESULTADOS.....	51 52
TABLAS Y GRÁFICAS.....	58 59
DISCUSIÓN.....	88 89
CONCLUSIONES.....	93 94
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95 96
ANEXOS.....	99 100

MARCO TEORICO

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria multisistémica, crónica, inmunomediada que afecta predominantemente a las articulaciones sinoviales. La enfermedad puede provocar inflamación, destrucción articular, deformidad y discapacidad, y también puede presentarse con manifestaciones extraarticulares. La presentación inicial más común es un tipo de artritis inflamatoria que involucra las pequeñas articulaciones de las manos, comúnmente las articulaciones involucradas son las metacarpofalángicas, interfalángicas proximales y las de la muñeca. Suele ser bilateral y simétrica. (1)

La etiología de la AR es desconocida. Se acepta que posiblemente exista una exposición ambiental o factor desencadenante que actúe en pacientes predispuestos. Se conocen datos acerca de diferentes agentes tóxicos, sexuales, ambientales, infecciosos y de predisposición genética, que pueden favorecer su aparición. (2)

Afecta del 0.2 al 2% de la población mundial, puede darse en todas las razas y etnias, el 80 % de los pacientes con AR desarrollan la enfermedad entre los 35 y los 50 años. Las mujeres tienen tres veces más probabilidades de desarrollar AR que los hombres, esta diferencia entre sexos disminuye a edades más avanzadas. (8,9)

En 2013, el Congreso del Colegio Mexicano de Reumatología, reportó una prevalencia del 1.6% dentro de la población lo que colocó a México dentro de los países con alto porcentaje en Artritis Reumatoide. Los padecimientos de origen reumático tienen una pesada carga económica y moral para el paciente, su familia y la sociedad. (7)

La AR no tiene cura y es una enfermedad progresiva. Todos los individuos experimentarán múltiples exacerbaciones y, sin tratamiento, tienden a tener malos resultados con mayor discapacidad y mortalidad. La mortalidad reportada en pacientes con artritis reumatoide es mayor que en la población general con una tasa estandarizada de 2.26. El tratamiento temprano (dentro de los seis meses del inicio de los síntomas) mostró una mejor capacidad funcional y una disminución de la actividad de la enfermedad, según lo medido por el recuento de articulaciones inflamadas y el recuento de articulaciones dolorosas. Los pacientes con AR también desarrollan otras complicaciones médicas crónicas que afectan drásticamente sus vidas, aumenta el riesgo de enfermedades cardiovasculares, pulmonares, Alzheimer y neoplasias malignas, lo que a su vez aumenta el riesgo de mortalidad prematura en estos pacientes. (8, 10, 20)

Clínicamente se presentan síntomas diversos como rigidez matutina, fatiga, dolor, incapacidad funcional y depresión, además de provocar manifestaciones extraarticulares con afección de órganos internos. Los síntomas de la AR pueden afectar la capacidad de los pacientes para realizar las actividades de la vida diaria (p. ej., caminar, subir escaleras, vestirse, usar el baño, levantarse de una silla, abrir frascos, puertas, escribir, etc.) y su capacidad para realizar su trabajo . Si bien, aproximadamente del 5 al 20% de los pacientes con artritis reumatoide presentan un curso monocíclico o autolimitado, el resto de los pacientes presentan patrones de curso policíclico con exacerbaciones y remisiones parciales o completas o de curso rápidamente progresivo, que de no limitarse provocan daño articular irreversible, limitación funcional y discapacidad, así como disminución en la calidad de vida de los pacientes. (8, 23)

Es importante el tiempo de evolución de la enfermedad y el apego al tratamiento ya que según la historia natural de la enfermedad; llega a ocasionar incapacidad física y afecta el campo laboral del paciente dificultándole mantener un empleo estable. La incapacidad laboral se presenta a partir de los 10 años de inicio de la enfermedad en diferentes países es del 43% al 50%, en muchos casos no vuelven a trabajar o cuando lo hacen se encuentran con que deben ocupar un cargo de menor responsabilidad. Esto repercute en la economía de manera directa o indirecta. (21)

Podemos concluir que la AR constituye un problema de salud pública debido a su prevalencia, las consecuencias funcionales, el impacto socioeconómico e incremento en el uso de los servicios de salud. En Estados Unidos de Norteamérica genera aproximadamente 9 millones de visitas médicas y 250,000 hospitalizaciones anuales, una pérdida de 17,6 billones de dólares en salarios y una invalidez permanente de 2.5% por año. Se estima que el costo médico directo en dólares de la AR en México es de \$2334. Los medicamentos por sí solos representan el 40% del costo total del manejo de la enfermedad. Además, el gasto de bolsillo por parte de los pacientes en medicamentos es una de las razones de la falta de adherencia. Se ha encontrado que el 15% del ingreso familiar se destina a gastos por AR, lo que se llega a considerar como gastos catastróficos en la economía familiar. El costo médico directo anual por AR se estima en \$5944. En México, la población más afectada es la de nivel socioeconómico bajo. (4, 5, 7, 8)

Se ha logrado un progreso significativo en las últimas décadas con respecto a la comprensión de la fisiopatología de la enfermedad, las medidas de resultado óptimas y las estrategias de tratamiento efectivas. La disminución del costo de los medicamentos es algo que ha progresado de manera significativa, lo que también permite que más pacientes tengan un tratamiento y alcancen el objetivo con el tiempo. (26)

FISIOPATOLOGÍA

La fisiopatología de la artritis reumatoide es heterogénea y multifactorial. En ella, se combinan factores genéticos, hormonales, ambientales y autoinmunitarios (6)

Sí bien los mecanismos involucrados en la artritis reumatoide (AR) no se conocen por completo sabemos que la patogenia comprende tanto la activación del sistema inmunitario innato como el adaptativo y la participación de varias células (linfocitos T y B, macrófagos, células dendríticas, neutrófilos, fibroblastos, condrocitos mastocitos). Una interacción entre los factores de riesgo genéticos y ambientales conduce a la autoinmunidad y a la pérdida de la homeostasis en el sistema inmunológico. Existen teorías aceptadas por la ciencia basadas en un mimetismo molecular, la transformación epigenética y la reactividad. El término epigenética se refiere a cambios hereditarios sin alterar la secuencia de ADN. Estos cambios pueden estar presentes en la cromatina o en el ADN. Estos incluyen la metilación del ADN, la modificación de histonas y la regulación mediada por ARN no codificante. (1, 8, 9, 20)

La teoría sobre la citrulinación sostiene que existe una producción de nuevos epítomos antigénicos y autoanticuerpos contra las proteínas citrulinadas. La citrulina es un aminoácido generado por la modificación postraducciona de los residuos de arginilo por parte de las peptidil-arginina-desaminasas. Estos anticuerpos se denominan anticuerpos antiproteínas citrulinadas (ACPA). Los ACPA pueden ser isotipos IgG, IgM o IgA. ACPA puede unir residuos citrulinados en proteínas propias como vimentina, fibronectina, fibrinógeno, histonas y colágeno tipo 2. (1, 20)

Los eventos más tempranos en la fase de preparación autoinmune incluyen una reactividad inmune alterada innata, reaccionando a estos epítomos mediante la activación de los receptores tipo Toll (TLR). Posteriormente se promueve una cascada de eventos inflamatorios. Las células presentadoras de antígeno fagocitan y procesan los péptidos antigénicos, a lo que sigue la migración al tejido linfoide periférico donde presentan estos epítomos antigénicos al sistema inmunitario adaptativo. La presentación de antígenos a los linfocitos T promueve la diferenciación de las células T con la activación resultante de la inmunidad celular y la posterior liberación de citocinas proinflamatorias, incluido el factor de necrosis tumoral alfa, el factor de crecimiento transformante β , la interleucina IL-1 β , IL-6, IL-21 e IL-23. En consecuencia, hay una activación aberrante de células T y B, que culminan en la producción de autoanticuerpos que reconocen una variedad de proteínas modificadas postraduccionalmente con residuos de citrulina. La unión de anticuerpos a proteínas conduce a la activación del complemento. La presencia de anticuerpos en la artritis reumatoide se denomina AR seropositiva. Los ACPA puede estar presente en el suero hasta 10 años antes del inicio de los síntomas clínicos. (1,9)

El resultado de la activación del sistema inmunitario implica la expresión de moléculas de adhesión y la quimiotaxis de los neutrófilos en la membrana sinovial, provocando una sinovitis inflamatoria y engrosamiento sinovial. El tejido sinovial engrosado se vuelve hipóxico debido a la proliferación de células sinoviales y al aumento del volumen de líquido sinovial que produce una reducción del flujo capilar, promoviendo la angiogénesis. La inflamación crónica que conduce al daño y la destrucción de las articulaciones es el sello distintivo de la artritis reumatoide. (1, 2)

FACTORES DE RIESGO

La AR es una enfermedad multifactorial, en cuya génesis pueden intervenir tanto factores genéticos como ambientales. La mayor frecuencia observada en mujeres es un dato constante en la bibliografía, lo que ha hecho que el sexo femenino forme parte de las hipótesis etiológicas. (15,16)

Los genes que parecen ejercer mayor influencia sobre la susceptibilidad a la enfermedad son los del complejo mayor de histocompatibilidad, así como otros genes implicados en los mecanismos celulares y moleculares de la respuesta inmune. Se han identificado más de cien loci de susceptibilidad asociados con AR, la mayoría de los cuales están involucrados en mecanismos inmunológicos. El más relevante entre estos loci son genes que codifican moléculas MHC de clase II, especialmente HLA-DRB1 que están implicadas en el reconocimiento de péptidos autorreactivos por células T, a su vez se encuentran asociadas proteínas involucradas en las vías coestimuladoras (CD28, CD40, IL-6-R) y en vías reguladoras intracelulares, por lo que cada una de esas mutaciones podría contribuir a la disrupción de la tolerancia inmunológica. (9)

El tabaquismo es el factor de riesgo ambiental más fuerte asociado con la artritis reumatoide. Los estudios han demostrado en individuos positivos para ACPA (anticuerpo anti-proteína citrulinada); existe una interacción entre los genes y el tabaquismo que aumenta el riesgo de AR. (20)

Los cambios en la composición y función del microbioma intestinal también se han relacionado con la artritis reumatoide. La composición del microbioma intestinal se altera en pacientes con artritis reumatoide (disbiosis), donde los pacientes con artritis reumatoide tienen una diversidad de microbioma intestinal reducida en comparación con las personas sanas. Hay un incremento en estos géneros: *Actinobacteria*, *Collinsella*, *Eggerthalla*, *Faecalibacterium*. *La collinsella* altera la permeabilidad de la mucosa intestinal y se ha relacionado con una mayor gravedad de la artritis reumatoide. (14, 17, 20)

La obesidad es otro factor de riesgo bien establecido para la AR. Hay un aumento del 30 % en el riesgo de AR en pacientes con un índice de masa corporal superior a 30 kg/m² y un aumento del riesgo del 15 % en aquellos con un IMC de 25 a 29,9 kg/m². Se ha demostrado que la dieta y la nutrición desempeñan un papel importante como desencadenantes ambientales de la AR. La típica dieta "occidental" que es rica, alta en contenido calórico y baja en fibra aumenta el riesgo de AR. El consumo de ácidos grasos poliinsaturados omega-3 de cadena larga está asociado con un riesgo reducido de AR. (18, 20)

La AR tiene un fuerte componente genético (aparición más temprana de la enfermedad cuando se cuenta con antecedentes heredofamiliares positivos a AR) y no se puede evitar por completo; sin embargo, deben abordarse los factores de riesgo modificables, como el tabaquismo y el consumo de una dieta equilibrada. Se debe aconsejar a los pacientes con riesgo de AR que abandonen el tabaquismo y sigan una dieta bien balanceada, hagan ejercicio con regularidad y mantengan un peso corporal saludable. (20)

ENFERMEDAD PRECLÍNICA

Varios estudios han demostrado etapas preclínicas para la artritis reumatoide muchos años antes de que cumplan los criterios de diagnóstico para la artritis reumatoide. En pacientes con factores de riesgo genéticos, los autoanticuerpos específicos de la artritis reumatoide se vuelven positivos 10 a 15 años antes de que el paciente desarrolle características clínicas de artritis reumatoide durante las cuales el paciente está asintomático. (1)

Esta etapa preclínica seropositiva asintomática puede ser seguida por muchos años de síntomas como reumatismo palindrómico o artralgia antes de que un paciente cumpla con los criterios diagnósticos de artritis reumatoide. Hay investigaciones en curso que involucran a personas en las etapas preclínicas de la artritis reumatoide que tienen un mayor riesgo de desarrollar en el futuro la enfermedad clínicamente aparente. (1)

El sello distintivo de la AR es la artritis inflamatoria simétrica bilateral crónica (sinovitis) que afecta las articulaciones pequeñas de las manos y los pies. Más del 50% de los casos de AR tienen un inicio insidioso de la enfermedad, pudiendo observarse un inicio brusco hasta en un 25% de los casos. Se ha observado compromiso de las articulaciones monoarticulares, especialmente de las articulaciones más grandes, como la rodilla o el hombro, que eventualmente progresa a compromiso poliarticular. En la población anciana, el inicio de la AR puede simular síntomas de polimialgia reumática con artralgias, mialgias y rigidez de los hombros y cinturas escapulares con elevación de la ESR y síntomas constitucionales como fiebre y fatiga. En raras ocasiones, las manifestaciones extraarticulares, especialmente la nodulosis reumatoide o la enfermedad pulmonar intersticial además de la seropositividad, pueden ser la característica de presentación inicial de la AR. (1, 14, 16)

Independientemente del patrón de inicio, la mayoría de los pacientes experimentan una progresión gradual de la enfermedad si no se tratan, aunque algunos pacientes pueden experimentar un patrón episódico/palindrómico o un patrón de autorremisión breve. Aunque la gravedad de la AR puede fluctuar con el tiempo, la remisión espontánea de la AR es poco común, especialmente si no se trata después de los primeros 3 a 6 meses. (1, 14)

La AR tiende a involucrar pequeñas articulaciones de las extremidades superiores e inferiores bilaterales. En las manos, las articulaciones más comúnmente involucradas son las articulaciones metacarpofalángicas y las articulaciones interfalángicas proximales, especialmente las articulaciones 2ª y 3ª. Las articulaciones interfalángicas distales generalmente se conservan y la afectación de la primera articulación carpometacarpiana es menos común. En los pies, las articulaciones más comúnmente involucradas son las articulaciones metatarsofalángicas. También es frecuente la afectación de las articulaciones de la muñeca, el codo, el hombro, la rodilla y la cadera. La afectación axial incluye sinovitis C1-C2, erosión y subluxación, aunque el resto de la columna vertebral y las articulaciones sacroilíacas por lo regular se encuentran intactas. (29)

DIAGNÓSTICO, CLASIFICACIÓN Y REFERENCIA

La artritis reumatoide (AR) puede ser difícil de diagnosticar al inicio debido a la superposición de síntomas con otras artritis, como la osteoartritis o la artritis reactiva, psoriásica e infecciosa. (9)

El abordaje más eficaz de la patología requiere un diagnóstico temprano, un tratamiento farmacológico y no farmacológico óptimo asociado a una evaluación periódica y seguridad terapéutica. El diagnóstico temprano es clave para prevenir y detener la progresión del daño articular y claramente la discapacidad en el 90% de los pacientes con AR. Sin embargo, sigue siendo un desafío, ya que depende en gran medida de la información clínica recopilada de la historia clínica y el examen físico respaldado por el análisis de sangre y de imágenes. (3, 22)

Los síntomas más comunes y predominantes incluyen dolor y rigidez en las articulaciones, especialmente rigidez e inflamación matutinas. Por lo general, el inicio de los síntomas es lento e insidioso; sin embargo, en algunos casos, se puede observar un patrón episódico de síntomas y se define como reumatismo palindrómico. No todos los pacientes con reumatismo palindrómico desarrollan AR y responden sintomáticamente a la hidroxicloroquina, lo que respalda la idea de que el reumatismo palindrómico es un precursor de la AR. Como se discutió anteriormente, la AR involucra pequeñas articulaciones periféricas, generalmente de las manos. Aunque la afectación de múltiples articulaciones pequeñas es una característica frecuente, algunos pacientes pueden presentar afectación monoarticular y extraarticular. (1)

En el examen físico, la articulación afectada estará dolorosa si se aplica presión sobre la articulación o si se mueve con o sin inflamación articular. Se notará un engrosamiento sinovial con una sensación de "pantano" a la palpación. El eritema y el calor articular suelen estar ausentes, y la afectación de la muñeca puede presentarse con signos y síntomas típicos del síndrome del túnel carpiano. Al encontrarse comprometidas múltiples articulares, se verá la fuerza reducida en las pruebas físicas. Los hallazgos físicos clásicos de desviación cubital, subluxación de la articulación metacarpofalángica, desviación cubital, deformidad en cuello de cisne, deformidad en el ojal y el signo de la "cuerda de arco" se observan en la enfermedad crónica avanzada. (20)

Los nódulos reumatoides son las manifestaciones cutáneas más frecuentes de la AR. Se encuentran comúnmente en puntos de presión como el olécranon. Los pacientes con AR también pueden tener lesiones cutáneas ulcerativas que se deben a estasis venosa, insuficiencia arterial, infiltración de neutrófilos y/o vasculitis que involucra vasos sanguíneos de tamaño mediano y pequeño. Sin embargo, la prevalencia de vasculitis entre pacientes con AR es baja. Una forma secundaria de la enfermedad de Sjögren está asociada con la artritis reumatoide de manera muy estrecha por lo que es importante también indagar síntomas oculares. (20,18)

Las pruebas de laboratorio por lo general revelan anemia por enfermedad crónica y trombocitosis. Alrededor del 75% al 85% de los pacientes con AR darán positivo para el factor reumatoideo (RF), anticuerpos contra la proteína citrulinada (ACPA) o ambos (seropositivos). Alrededor del 45% al 75% de los pacientes con artritis reumatoide dan positivo para el factor reumatoide. Sin embargo, la presencia de factor reumatoide no es diagnóstico de artritis reumatoide. Puede estar presente en otras enfermedades del tejido conjuntivo, infecciones crónicas e individuos sanos, aunque en títulos bajos. Los anticuerpos contra la proteína citrulinada (ACPA) se encuentran en aproximadamente el 50% de los pacientes con artritis temprana, que posteriormente son diagnosticados con artritis reumatoide. Si tanto RF como ACPA son positivos, la sensibilidad y especificidad del diagnóstico aumentan sustancialmente. Los reactivos de fase aguda, como la velocidad de sedimentación globular (VSG) y los niveles de proteína C reactiva (PCR), suelen estar elevados en pacientes con enfermedad activa y deben obtenerse. (20)

Para identificar una artritis reumatoide definitiva en etapas tempranas se utilizan los criterios de clasificación del American College of Rheumatology (ACR)/European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) de 2010. Ante la presencia de sinovitis en al menos una articulación, la ausencia de un diagnóstico alternativo que explique mejor la sinovitis y una puntuación total o mayor a 6 puntos en cuatro dominios (ver ANEXO 2 tabla 1), se puede realizar un diagnóstico de artritis reumatoide. (22, 28, 31, 32).

Los criterios ACR/EULAR de 2010 excluyeron las articulaciones interfalángicas distales, las primeras articulaciones carpometacarpianas y las primeras articulaciones metatarsofalángicas. Además, este criterio sólo podrá aplicarse a aquellos pacientes en los que la afectación articular no se explique mejor por otras enfermedades inflamatorias, como el lupus eritematoso sistémico o la psoriasis. Se deben obtener pruebas específicas para descartar estas enfermedades. (20)

Para completar el diagnóstico y evaluación de un paciente con AR, la afectación articular en las radiografías simples revelará osteopenia periarticular, estrechamiento del espacio articular y erosiones óseas. Las erosiones de cartílago y hueso se consideran hallazgos patognomónicos de AR. Sin embargo, estos hallazgos son consistentes con enfermedad avanzada, por lo que no se encuentran dentro de los criterios diagnósticos. (14, 20)

Se han desarrollado múltiples herramientas de evaluación clínica para ayudar a los médicos a determinar la actividad de la enfermedad de los pacientes con AR. Una recomendación actualizada del American College of Rheumatology (ACR) en 2019 recomendó usar las siguientes herramientas de evaluación porque cumplieron con el estándar mínimo de evaluación según su recomendación: (20)

- Índice de actividad de la enfermedad clínica (CDAI)
- Puntuación de actividad de la enfermedad (DAS)
- Puntuación de actividad de la enfermedad 28 articulaciones (DAS28-ESR/CRP)
- DAS28 derivado del paciente
- Índice Hospital Universitario La Princesa (HUPI)
- Puntuación de actividad de la enfermedad con múltiples biomarcadores (puntuación MBDA, VECTRA DA)
- Índice de actividad de la enfermedad de la artritis reumatoide (RADAI)
- Índice de actividad de la enfermedad de la artritis reumatoide 5 (RADAI-5)
- Evaluación de rutina de los datos del índice del paciente 3 (RAPID3)
- Evaluación de rutina de los datos del índice del paciente 5 (RAPID5)
- Índice de actividad de la enfermedad simplificado (SDAI)

Aproximadamente el 40 % de los pacientes con AR tendrán una discapacidad funcional que afectará su capacidad para trabajar y completar las actividades de la vida diaria dentro de los diez años posteriores al diagnóstico. (20)

Para poder evaluar lo anterior; se cuenta con los criterios revisados por el Colegio Americano de Reumatología para la clasificación del estado funcional en la artritis reumatoide; la cual es la siguiente (ver ANEXO 2 tabla 2): (8)

Durante la observación del curso de la enfermedad, además de monitorear los cambios en los síntomas clínicos, indicadores bioquímicos e indicadores de imagen, también es necesario tener en cuenta el nivel de la calidad de vida relacionada con la salud. Esto resulta de la necesidad de un enfoque holístico de los métodos de tratamiento y de la necesidad de monitorear a los pacientes con AR en el ámbito de su funcionamiento físico, mental y social. En el curso de la AR, los pacientes experimentan un deterioro del nivel de la calidad de vida que puede verse afectado por muchos factores, entre los que destacan el dolor, la fatiga, el deterioro del funcionamiento en la familia y en la sociedad, el grado de discapacidad e incluso depresión. (13)

La depresión es dos veces más prevalente en pacientes con AR que en la población general, por lo que es de gran importancia evaluar a los pacientes por su bienestar mental. Dado que se encuentra una correlación entre la gravedad de la depresión y la actividad de la AR, la detección y el manejo de la depresión generan la necesidad de un reconocimiento adecuado de estos trastornos psicosociales ya que ha recibido menos trabajo de investigación en reumatología, y con frecuencia son infradiagnosticados, lo que resulta en un retraso en el logro de un buen control de la enfermedad. (11, 12)

La GPC tiene criterios de referencia específicos en los cuales un médico se debe basar para realizar la oportuna y efectiva referencia de pacientes con sospecha de AR a la consulta externa de reumatología, los cuales se encuentran descritos a continuación: (8)

- Sospecha de AR en el paciente con signos y síntomas de al menos 6 semanas de duración y de menos de 12 meses de evolución, que incluya 3 o más articulaciones inflamadas, artritis en manos, rigidez articular matutina de 30 minutos o más, dolor a la compresión de articulaciones metacarpofalángicas y metatarsfalángicas, con afección simétrica.
- Pacientes que presenten artritis de más de tres articulaciones deben ser referidos, idealmente dentro de las seis semanas de inicio de los síntomas.
- El tiempo máximo que debe esperar un paciente con sospecha de AR para ser atendido en una consulta de Reumatología es de dos semanas.
- Se recomienda enviar a la especialidad de Reumatología, tan pronto como sea posible, a todos los pacientes con sospecha de enfermedad articular inflamatoria para confirmar el diagnóstico y evaluar la actividad de la enfermedad.
- Al paciente que presente lesiones sugerentes de vasculitis, cuando presente pérdida de peso no explicada y compromiso cardíaco o respiratorio.

TRATAMIENTO

Los objetivos para el tratamiento de la artritis reumatoide son tres: 1° reducir el dolor y la inflamación, 2° mejorar la calidad de vida y mantener la función articular, 3° prevenir la progresión de la enfermedad y la pérdida de la función articular. (30)

El tratamiento de pacientes con artritis reumatoide requiere terapia farmacológica y no farmacológica. Hoy en día, el estándar de atención es el tratamiento temprano con medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad. A pesar del tratamiento, muchos pacientes progresan hacia la discapacidad y sufren una morbilidad significativa con el tiempo. Se requiere un apoyo farmacológico y no farmacológico integral (fisioterapia, asesoramiento y educación del paciente) para mejorar los resultados clínicos. Dado que la AR es una enfermedad compleja con una tasa de remisión variable, es importante no solo evaluar el estado actual de los fármacos en la práctica clínica, sino también aquellos con potencial de terapia personalizada. (20, 25)

Un tratamiento adecuado y oportuno aumenta la probabilidad de limitar la progresión del daño articular y, consecuentemente, mejorar la funcionalidad y la calidad de vida del paciente y disminuir el impacto socioeconómico que genera. Por eso, en México existe la necesidad de adaptar y difundir las recomendaciones sobre el tratamiento de la AR con base en las situaciones de la compleja realidad del sistema de salud mexicano. (5)

Debe tenerse en cuenta que las consecuencias de la enfermedad, sin un tratamiento adecuado son elevadas, provocando una discapacidad severa en una proporción importante de pacientes, con una disminución de la calidad de vida. (2)

El tratamiento de aplicación universal son los medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y los corticosteroides, eficaces para aliviar la rigidez y el dolor, con la única desventaja que no modera la progresión de la enfermedad. (27)

Los AINES (naproxeno, ibuprofeno) reducen la inflamación inhibiendo la ciclooxigenasa COX-2 involucrada en la síntesis de prostaglandinas, para así reducir el dolor durante la fase aguda. Sin embargo, los efectos adversos como ulcera gastrointestinal, insuficiencia renal, insuficiencia cardíaca se pueden evitar con el uso de AINES selectivos de COX-2 (celecoxib). (24,27)

Los glucocorticoides (prednisona, hidrocortisona, prednisolona, dexametasona) tiene mayor eficacia que los AINES, debido a los efectos antiinflamatorios e inmunosupresores, con dos funciones principales: como terapia puente para los FAME (fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad) o como terapia adyuvante para la AR activa a pesar de usar FAME. Sin embargo, sus efectos secundarios son nauseas, dolor abdominal, osteoporosis e incluso diabetes. (24,27)

Debido a los efectos adversos de los AINES y corticoides se han creado, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) que son agentes inmunosupresores e inmunomoduladores, cuyo objetivo es prevenir y aliviar la actividad de la enfermedad en pacientes con AR. El tratamiento cuando cumple criterios debe iniciarse lo antes posible porque son fármacos de acción lenta con inicio tardío entre 6 semanas a 6 meses. (24, 28)

Los tipos de FAME son: (22, 24, 27, 33)

- FARME no biológicos: como el Metrotexate, hidrocloroquina, sulfasalazina y leflunomida.
- FARME biológicos: se producen mediante tecnología de AND recombinante que se dirigen a receptores, citocinas o moléculas de superficie. Incluyen inhibidores de TNF-alfa y los antagonistas del receptor IL-6.
- FARME sintético dirigidos: se incluyen inhibidores del JAK.

Antes de iniciar el tratamiento con los FAME es imperativo realizar una evaluación pretratamiento que incluye exámenes de laboratorio e imagen, evaluación de comorbilidades y un esquema de vacuna completo. (33, 34)

Por ello el enfoque de la terapia con medicamentos que Uptodate estipula es el siguiente: (33,34)

- Pacientes con artritis reumatoide activa: iniciamos con antiinflamatorios como AINES o glucocorticoides y terapia con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FAME) como Metotrexato. Una buena alternativa en pacientes que no lo pueden tolerar son la sulfasalazina, hidrocloroquina o leflunomida según las comorbilidades del paciente.
- Pacientes resistentes a la terapia inicial con FAME: en aquellos pacientes que no se logra una remisión adecuada con metotrexato dentro de tres a seis meses, el enfoque es iniciar con una terapia combinada por ejemplo metotrexato más sulfasalazina y hidrocloroquina, o metotrexato más un inhibidor de TNF. El Colegio Americano de Reumatología de 2021 recomienda adicionar un FAME biológico o sintético dirigido.

Un elemento implicado en el mantenimiento de la inflamación en los pacientes con artritis reumatoide es una sustancia producida por células inflamatorias llamada “Factor de necrosis tumoral”. En los últimos años se han desarrollado terapias biológicas capaces de bloquear a éste, tales como Etanercept, Infliximab, Adalimumab y Tocilizumab, un anticuerpo monoclonal humanizado contra el receptor de la Interleucina. Las terapias biológicas no curan la artritis reumatoide, pero alivian los síntomas y pueden detener el daño de las articulaciones. Entre 40 y 70% de las personas que no obtienen ningún beneficio de otros medicamentos para esta enfermedad experimenta cierto alivio con estos fármacos. (6)

Por su alto costo, los inhibidores del factor de necrosis tumoral alfa deben ser administrados de acuerdo con un protocolo de seguimiento clínico que permita demostrar su eficacia y seguridad. A las dosis y periodicidad adecuadas suele apreciarse mejoría a partir de las 12 semanas (rango de 8 a 16 semanas). Si el tratamiento es efectivo, deberá continuarse en forma indefinida, con evaluaciones periódicas cada tres meses durante los dos primeros años del tratamiento. (6)

Inicio de tratamiento con terapia biológica en los siguientes cuatro grupos específicos de AR temprana: (6)

- Pacientes con AR activa con menos de tres meses de evolución si ya presentan erosiones.
- Pacientes con AR activa sin erosiones, pero con enfermedad persistente a pesar del uso de dos o más FAME.

- Pacientes con AR activa y manifestaciones extraarticulares graves.
- Pacientes con AR activa que presentan contraindicaciones o intolerancia a otros FAME.

Criterios de respuesta al tratamiento del Colegio Americano de Reumatología: (6)

- Rigidez matutina ausente o no mayor de 15 minutos.
- Ausencia de cansancio.
- Ausencia de dolor articular.
- Ausencia de dolor articular a la exploración.
- Ausencia de tumefacción sinovial o tenosinovitis.
- VSG normal.

La presencia de 5 criterios durante al menos 2 meses se considera remisión completa de la enfermedad.

ANTECEDENTES

La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Artritis Reumatoide en el Adulto Mayor define a la artritis reumatoide (AR) como una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune y sistémica de etiología desconocida; su principal órgano blanco es la membrana sinovial; se caracteriza por la inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico en cualquier momento de su evolución. (8) Fue descrita por primera vez por Alfred Baring Garrod en el año 1800. La enfermedad puede provocar inflamación, destrucción articular, deformidad y discapacidad, y también puede presentarse con manifestaciones extraarticulares. (1)

Según la última actualización de la Guía Mexicana para el Tratamiento Farmacológico de la Artritis Reumatoide del Colegio Mexicano de Reumatología, posiciona a México con una prevalencia de 1,6% de AR en adultos mexicanos, siendo más prevalente en mujeres, con una relación de 6:1. La prevalencia máxima se observa entre las edades de 30 y 50 años (puede ocurrir a cualquier edad) con una edad de inicio más tardía para los hombres. La tasa de concordancia para la AR es de 12 a 15 % y de 2 a 3 % en gemelos monocigóticos y gemelos dicigóticos, respectivamente. (3, 5)

Basado en el metaanálisis del Dr. Mohamed cuya última actualización se publicó en 2022, la artritis inflamatoria que involucra las pequeñas articulaciones de las manos es la presentación inicial más común en la artritis reumatoide. Las articulaciones de la mano comúnmente involucradas son las articulaciones metacarpofalángicas, las articulaciones interfalángicas proximales y las articulaciones de la muñeca. Suele ser bilateral y simétrica. Debido a su alta prevalencia, a sus graves consecuencias funcionales, al alto impacto económico y social; la AR constituye un problema de salud pública a nivel mundial. Si bien, el manejo de la artritis reumatoide ha tenido avances muy importantes en los últimos años lo más destacable radica en el diagnóstico temprano, ya que se considera como el índice de mejora clave para los resultados más deseables. Existen varios fármacos disponibles para el manejo de la AR; sin embargo, hasta la fecha, no existe ningún parámetro clínico, de laboratorio o radiográfico que pueda predecir una respuesta favorable a alguna terapia en particular. La toma de decisiones deberá considerar la actividad de la enfermedad de la AR, las comorbilidades del paciente y las posibilidades de cada paciente. (1)

El Dr. Guo Qiang sugiere en su artículo publicado en 2018 que la base del éxito en el tratamiento de los pacientes con AR reside en iniciar el tratamiento de manera expedita a partir del inicio de síntomas y no debe superar dos semanas, contrastado con la guía de práctica clínica mexicana coincide con el tiempo en que un paciente debe ser atendido por el servicio de reumatología desde su envío por parte de primer nivel. (3,8)

En los últimos años se han realizado estudios alrededor de la adherencia terapéutica en un contexto de pandemia, uno de los más relevantes publicado por Bandyopadhyay; quien refleja que la AR es una condición crónica con una implicación de alto costo. Los medicamentos por sí solos representan el 40% del costo total del manejo de la enfermedad. Por lo tanto, durante cualquier situación epidémica, el autofinanciamiento puede ser catastrófico para la economía del paciente, su familia y la sociedad. Incluso condicionar un retroceso y afectar la adherencia al tratamiento y por consiguiente los resultados. (4)

Por todo lo anterior Guía Mexicana para el Tratamiento Farmacológico de la Artritis Reumatoide del Colegio Mexicano de Reumatología, propone un diagnóstico oportuno, envío a segundo nivel presuroso y un inicio temprano del tratamiento, de lo contrario puede llevar a la discapacidad, disminución de la calidad y la esperanza de vida. (5)

JUSTIFICACIÓN

Magnitud: La artritis reumatoide constituye un problema de salud pública a nivel mundial debido a su alta prevalencia, a sus graves consecuencias funcionales y al alto impacto económico y social. El diagnóstico y el tratamiento precoz pueden evitar o ralentizar sustancialmente la progresión del daño articular en hasta el 90% de los pacientes, previniendo así una discapacidad irreversible. Por lo que es de crucial importancia la derivación de estos pacientes a la consulta externa de reumatología.

Viabilidad: El Programa Nacional de Salud y los programas prioritarios de atención, contemplan a la artritis reumatoide como prioritario en atención por nuestro sistema de salud.

Vulnerabilidad: Con la realización de este estudio y de acuerdo con los resultados obtenidos se espera que se pueda lograr incidir en la conducta de los médicos para cumplir los criterios de envío a la consulta externa de reumatología y mejorar el pronóstico de los pacientes a largo plazo.

Factibilidad: Es posible realizar el estudio, pues sólo se necesitará acceder a la base de datos electrónica del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) y del expediente clínico electrónico (ECE) de la consulta externa de reumatología.

Trascendencia: Un tratamiento adecuado y oportuno aumenta la probabilidad de limitar la progresión del daño articular, incidir en los índices de discapacidad y, consecuentemente, mejorar la funcionalidad y la calidad de vida del paciente y disminuir el impacto socioeconómico que genera.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La AR afecta principalmente el revestimiento de las articulaciones sinoviales y puede causar discapacidad progresiva, muerte prematura y cargas socioeconómicas. El diagnóstico temprano se considera como el índice de mejora clave para los resultados más deseables (es decir, destrucción articular reducida, menor progresión radiológica, ausencia de discapacidad funcional y remisión libre de FARME (fármaco antirreumático modificador de la enfermedad)). Sin embargo, el diagnóstico temprano sigue siendo un desafío, ya que depende en gran medida de la información clínica recopilada de la historia clínica y el examen físico del paciente, respaldada por estudios de laboratorio e imagenología. Las razones de un diagnóstico tardío varían notablemente entre países, mientras que las razones de un retraso en el inicio de la terapia en pacientes con AR parecen depender tanto del paciente como del médico. Notablemente, el conocimiento del paciente sobre la AR, la disposición de los pacientes a buscar consejo médico, la capacidad de diagnóstico del médico y sobre todo el tiempo que tardan los pacientes desde el inicio de los síntomas hasta que reciben el tratamiento adecuado (3). Por lo que es de crucial importancia realizar una referencia oportuna por primera vez de los pacientes con sospecha de artritis reumatoide al segundo nivel de atención (consulta externa de reumatología) en una fase temprana de la enfermedad.

Por estos hechos es que se plantea la siguiente pregunta:

¿Se cumplen los criterios de referencia en pacientes de la consulta de medicina familiar adscritos al primer nivel de atención del HGZ/MF 8 con artritis reumatoide enviados por primera vez a segundo nivel a la consulta externa de reumatología?

OBJETIVO GENERAL

- Evaluar el cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la Unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 “Gilberto Flores Izquierdo”.

OBJETIVO ESPECÍFICO

- Determinar variables sociodemográficas (edad, sexo, escolaridad y ocupación), de los pacientes con artritis reumatoide en la población adscrita al primer nivel de atención del HGZ/MF 8.
- Conocer la clase funcional de los pacientes diagnosticados por primera vez con artritis reumatoide según clasificación del American College of Rheumatology (ACR).
- Determinar los criterios diagnósticos según clasificación del American College of Rheumatology (ACR)/European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) de 2010. De los pacientes que fueron referidos a la consulta externa de reumatología.
- Analizar el cumplimiento de los criterios de referencia por primera vez a la consulta externa de reumatología en pacientes adscritos al primer nivel de atención del HGZ/MF 8 con sospecha de artritis reumatoide.
- Determinar el tiempo en el que fue atendido por la consulta externa de reumatología un paciente referido del primer nivel de atención del HGZ/MF 8 por sospecha de artritis reumatoide desde su envío por el médico familiar.

HIPÓTESIS

Las hipótesis en este estudio se realizarán por motivos de enseñanza, ya que los estudios descriptivos no requieren el desarrollo de estas. Basado en los propósitos de este estudio se plantearon las siguientes hipótesis:

Hipótesis nula (H0):

En los pacientes con artritis reumatoide adscritos al primer nivel de atención del HGZ/MF 8 que son referidos a segundo nivel por primera vez, no se cumplen criterios de referencia.

Hipótesis alterna (H1):

En los pacientes con artritis reumatoide adscritos al primer nivel de atención del HGZ/MF 8 que son referidos a segundo nivel por primera vez, se cumplen criterios de referencia.

MATERIALES Y MÉTODOS

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

Este fue un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, observacional

- a) **DESCRIPTIVO:** Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados.
- b) **TRANSVERSAL:** Según el numero de una misma variable o el periodo y secuencia del estudio.
- c) **RETROSPECTIVO:** Según proceso de tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información.
- d) **OBSERVACIONAL:** Ya que la investigación solo va a describir el fenómeno estudiado.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Población o Universo

Derechohabientes con diagnóstico de artritis reumatoide adscritos al primer nivel de atención del HGZ/MF 8 que acudan a consulta externa durante el periodo de enero 2021 a enero de 2022.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Elaboró: Vez Félix Cecilia

Para la realización del presente estudio, se incluyeron pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que asistieron a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” durante el periodo de enero de 2021 a enero de 2022, que cumplieron con los criterios de inclusión, exclusión y eliminación establecidos.

POBLACIÓN, LUGAR Y TIEMPO

Pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que asistieron a la consulta externa de Medicina Familiar del HGZ/MF No. 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” durante el periodo de enero de 2021 a enero de 2022.

MUESTRA

TAMAÑO DE MUESTRA

Se revisó la base de datos de la MF 8 “Dr. Gilberto Flores Izquierdo” donde se obtuvo un registro de 1054 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que acudieron a una cita en 2021 de control y/o seguimiento en la unidad de medicina familiar. Tomando en consideración que cualquier paciente con diagnóstico de AR tendría que acudir por lo menos una vez al año a cita con su médico familiar, se podría interpretar como si fuera el 100% de los pacientes con diagnóstico de AR de la MF 8.

El desenlace será dicotómico, por lo que se usara la fórmula de una proporción, asumiendo un alfa de 99.99%, buscando una prevalencia de 1.6% ya que según Asociación Mexicana de Familiares y Pacientes con Artritis Reumatoide A.C. las cifras en México arrojan ese resultado. Con una precisión del 5%, por lo que se requiere revisar 96 expedientes de pacientes con diagnóstico de artritis para que este estudio sea válido, y tomando en cuenta que la población de pacientes con AR fue de 1054 en el 2021, este estudio es factible.

El cálculo de tamaño de muestra se realizó con el software OPENEPI, que es un proyecto colaborativo, de código abierto, sobre computación en epidemiología, Versión 3.01 2013.

Tamaño de la muestra para la frecuencia en una población

Tamaño de la población (para el factor de corrección de la población finita o fcp)(N): 1000000
 frecuencia % hipotética del factor del resultado en la población (p): 1.6% +/-5
 Límites de confianza como % de 100(absoluto +/--%)(d): 5%
 Efecto de diseño (para encuestas en grupo-EDFF): 1

Tamaño muestral (n) para Varios Niveles de Confianza

IntervaloConfianza (%)	Tamaño de la muestra
95%	25
80%	11
90%	18
97%	30
99%	42
99.9%	69
99.99%	96

Ecuación

Tamaño de la muestra $n = [EDFF * Np(1-p)] / [(d^2 / Z^2_{1-\alpha/2} * (N-1) + p * (1-p))]$

Resultados de OpenEpi, versión 3, la calculadora de código abiertoSSPropor
 Imprimir desde el navegador con ctrl-P
 o seleccione el texto a copiar y pegar en otro programa

N: 96 paciente

CRITERIOS DE SELECCIÓN

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social pertenecientes al HGZ/MF No. 8
- Con una edad entre los 18 a 80 años
- Femenino o masculino
- Con diagnóstico de artritis reumatoide
- Que cuenten por lo menos con un envío a la consulta externa de reumatología

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes que no fueron clasificados en un estado funcional según el American College of Rheumatology (ACR)
- Pacientes que no fueron clasificados según los criterios diagnósticos del American College of Rheumatology (ACR)/European Alliance of Associations for Rheumatology (EULAR) de 2010.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Pacientes en quienes no sea posible obtener la información en forma adecuada y completa con base en su expediente clínico

VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL
Edad	Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.
Sexo	En su definición estricta es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre.
Escolaridad	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo.
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.
Índice de masa corporal	Es un indicador de la relación entre el peso y la talla, se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad. 6
Consumo de tabaco	Antecedente de consumo de tabaco actualmente o en algún momento de su vida.
Regularidad del paciente	Pacientes que acuden de forma regular al servicio de medicina familiar por lo menos cada 3 meses ininterrumpidamente en los últimos 3 años.
Duración de síntomas	Se basa en el relato del paciente sobre la duración máxima de los signos o síntomas de la sinovitis
Clase funcional	Capacidad que tiene un paciente con AR para realizar las actividades de la vida diaria.
Criterios de referencia	Criterios de la GPC de referencia específicos para realizar la oportuna y efectiva referencia de pacientes con sospecha de AR a la consulta externa de reumatología.

Elaboró: Vez Félix Cecilia

DEFINICIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Tipo de variable	Escala de medición	Unidades de medición
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento.	Años cumplidos	Cuantitativa	Discreta	Años
Sexo	En su definición estricta es una variable biológica y genética que divide a los seres humanos en dos posibilidades solamente: mujer u hombre.	Roles y comportamientos que cada sociedad inculca a las personas dependiendo su sexo.	Cualitativas	Nominal	Masculino o femenino
Escolaridad	Años cursados y aprobados en algún tipo de establecimiento educacional.	Ultimo nivel de estudios cursado.	Cualitativa	Ordinal	Analfabeto, sabe leer y escribir o primaria, secundaria o preparatoria, carrera técnica, licenciatura, posgrado.
Ocupación	Conjunto de funciones, obligaciones y tareas que desempeña un individuo en su trabajo, oficio o puesto de trabajo.	Actividad que desempeña una persona para genera ingresos.	Cualitativa	Nominal	Desempleado o empleado.
Estado civil	Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.	La descrita por el paciente en su historia clínica.	Cualitativa	Nominal	Soltero, casado, unión libre, divorciado, viudo.
Índice de masa corporal	Es un indicador de la relación entre el peso y la talla, se utiliza para identificar el sobrepeso y la obesidad. 6	Es la división del peso en kilogramos por su talla en metros al cuadrado (kg/m ²)	Cuantitativa	Continua	(kg/m ²)
Consumo de tabaco	Antecedente de consumo de tabaco actualmente o en algún momento de su vida.	Fumador: persona que ha fumado diariamente durante el último mes cualquier cantidad de cigarrillos, incluso uno. Exfumador: persona que no ha consumido	Cualitativa	Nominal	(0) No (1) Si

		tabaco en los últimos 6-12 meses.			
Regularidad del paciente	Pacientes que acuden de forma regular al servicio de medicina familiar por lo menos cada 3 meses ininterrumpidamente en los últimos 3 años.	Para fines de este estudio se tomarán como pacientes regulares aquellos pacientes que en el sistema de atención médica cuentan con visitas al médico familiar por lo menos cada 3 meses en el último año.	Cualitativa	Nominal	Regular: (0) No (1) Si
Duración de síntomas	Se basa en el relato del paciente sobre la duración máxima de los signos o síntomas de la sinovitis	dolor, inflamación y sensibilidad de cualquier articulación clínicamente comprometida en el momento de la evaluación.	Cuantitativa	Discreta	Meses - Años
Clase funcional	Capacidad que tiene un paciente con AR para realizar las actividades de la vida diaria.	I II III IV	Cualitativa	Ordinal	A) I B) II C) III D) IV
Criterios de referencia	Criterios de la GPC de referencia específicos para realizar la oportuna y efectiva referencia de pacientes con sospecha de AR a la consulta externa de reumatología.	Para fines de este estudio se tomarán como positivos a cualquier criterios de referencia descrito en la nota médica de referencia a reumatología.	Cualitativa	Nominal	(0)No (1) Si

Elaboró: Vez Félix Cecilia

DESCRIPCIÓN GENERAL

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La captura y validación de la información se realizó utilizando el programa Microsoft Excel 365 para empresas y el programa estadístico SPSS versión 25 de Windows.

Análisis estadístico:

Se calculó medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo); para las variables sociodemográficas de tipo cuantitativo (edad, peso, talla, IMC) que se representó por medio de histogramas. Para las variables de tipo cualitativo (género, escolaridad, ocupación, categoría IMC, estado civil, regularidad del paciente, duración de los síntomas, clase funcional, y criterios de referencia) se utilizaron frecuencias y porcentajes que se representaron por medio de gráficas.

Se utilizó la prueba de asociación y correlación χ^2 de Pearson. En todas las pruebas, un valor de $p < 0.05$ fue considerado significativo.

INSTRUMENTO DE RECOLECCION

Al ser un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, observacional no se requirió de un instrumento de recolección ya que los datos se obtuvieron directamente por el investigador a través del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) y del expediente clínico electrónico (ECE) y se agregaron a una base de datos en el programa Microsoft Excel 365 y posteriormente al programa estadístico SPSS versión 22 de Windows. **ANEXO 1**

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

MÉTODO DE RECOLECCIÓN

Dentro del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 se realizó una búsqueda a través del Sistema de Información de Medicina Familiar (SIMF) de pacientes con diagnósticos de artritis reumatoide que se encuentren entre los 18 a 80 años y que fueran derechohabientes de esta unidad, con por lo menos una consulta en Unidad de Medicina Familiar No. 8. Se hizo una búsqueda en los expedientes de aquellos pacientes que se encontraban en seguimiento en el servicio de la consulta externa de Reumatología a través del expediente clínico electrónico (ECE) y que cumplieron los criterios de inclusión. Se efectuó un seguimiento y recopilación de datos registrados en ambos sistemas. Posteriormente se analizó estadísticamente y se determinó la clase funcional y los criterios de referencia de los pacientes. Finalmente se ejecutó una comparación de los resultados para determinar si los pacientes cumplían con criterios de referencia por parte de su médico familiar y si fueron referidos de manera oportuna y eficaz a la consulta externa de reumatología, así como la clase funcional en la que se encuentran.

La residente del curso de especialización en medicina familiar Vez Félix Cecilia, fue la responsable de hacerlo, asegurando mantener la privacidad y la confidencialidad de éstos, y fue la única persona con acceso a los resultados obtenidos.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGOS

Control de sesgos de información:

- Se realizó una revisión sistemática de la literatura de la medicina basada en evidencia y de fuentes de información confiable.
- Se utilizaron artículos recientes en fuentes bibliográficas reconocidas.

Control de sesgos de medición:

- Se aplicaron los criterios de referencia de la Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Artritis Reumatoide en el Adulto Mayor.
- Se aplicó la escala de clase funcional del American College of Rheumatology (ACR) por un reumatólogo, para evitar errores en la interpretación de resultados.

Control de selección:

- Se evaluó cuidadosamente los criterios de inclusión, exclusión y eliminación durante la selección de los participantes para el estudio.
- El formato para la recolección de los datos se sometió a una revisión por los asesores de la investigación, para verificar su correcta estructura y la precisión de datos.

Control de sesgos de análisis:

- Para minimizar errores en el proceso de captura de información, se verificaron los datos recabados.
- Se registraron los datos obtenidos de los cuestionarios correctamente, y se agregaron a una base de datos en el programa Microsoft Excel.
- Los resultados se analizaron mediante el programa validado S.P.S.S versión 22 de Windows, se obtuvieron las medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo) estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza. Además de frecuencias y porcentajes.
- No se manipularon los resultados.

PRUEBA PILOTO

- Al ser un estudio descriptivo, transversal, retrospectivo, observacional no se requiere un instrumento de recolección y por lo tanto prueba piloto

ASPECTOS ÉTICOS

El presente proyecto de investigación esta bajo las consideraciones del Reglamento de la Ley General de Salud, que hace referencia a los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, así como también bajo los criterios de la Norma Oficial de Investigación Científica (Norma Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012) que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

El artículo 17 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud define al riesgo de la investigación como la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio; para efectos de dicho reglamento, este protocolo de investigación entra en la categoría I (investigación sin riesgo), pues se emplearán únicamente técnicas y métodos de investigación documental, al emplear el instrumento PCFS y el instrumento de recolección de datos desarrollado específicamente para este protocolo de investigación, no se realizará ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participen en el estudio.

Para garantizar la pertinencia ética de esta investigación, se parte del reconocimiento de los principios establecidos en el **Código de Núremberg**, la declaración de Helsinki y las diferentes declaraciones de la Asociación Médica Mundial, la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, además de los principios establecidos en el **Informe Belmont** en materia de investigación en seres humanos.

Declaración de Helsinki

La Declaración fue originalmente adoptada en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, y ha sido sometida a cinco revisiones y dos clarificaciones, creciendo considerablemente de 11 a 37 párrafos. La Asociación Médica Mundial (AMM) promulgó la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables. Se agregan los párrafos más relevantes sobre los cuales se fundamenta el actual protocolo de investigación:

- Párrafo 6: El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.
- Párrafo 7: La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.
- Párrafo 10: Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta declaración.
- Párrafo 22: El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta declaración.

Durante las diferentes etapas de diseño, implementación y comunicación de los resultados de esta investigación, prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad y protección de los derechos y bienestar de las personas que participan en la misma, como lo establece el Artículo 13 del Capítulo I, Título segundo del **Reglamento de la Ley General de Salud**, en Materia de Investigación para la Salud.

Se considera que esta investigación será realizada en un grupo que reúne las características de grupos subordinados, siendo una población de estudiantes en entornos hospitalarios, como lo establece el Reglamento de la Ley General de Salud, en Materia de Investigación para la Salud. Por lo que se implementarán las acciones necesarias para dar cumplimiento a lo establecido por la misma, y a fin de salvaguardar su integridad.

Ya que se considera como riesgo de la investigación “a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio”, el

presente proyecto se puede clasificar como estudio clase I, sin riesgo.

Por lo tanto, durante todo el proceso de la investigación y publicación de resultados se contemplan:

1. Confidencialidad: Los datos de identificación de cada uno de los participantes se utilizarán única y exclusivamente para fines de investigación del, así mismo los resultados derivados del presente estudio se reportarán y se publicarán en forma anónima respetando la confidencialidad de los participantes.
2. Consentimiento Informado: Se realizará una explicación clara y completa de la justificación y objetivos de la investigación, así como de su participación, riesgos y beneficios, apoyo y orientación en caso de que derivado de su participación se encontrara en situación de necesitarlas.

Tomando como fundamento al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación, y los lineamientos del Instituto Mexicano de Seguro Social para la investigación en salud, el documento contiene los siguientes datos:

Nombre completo con que fue registrado el proyecto en el comité local de investigación, número de registro, efectos adversos que pudieran presentarse, beneficios y obligaciones de los participantes, así como nombre completo y teléfonos del investigador principal, nombre completo del participante, así como de dos testigos (ver anexos).

PAUTAS ÉTICAS INTERNACIONALES PARA LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA EN SERES HUMANOS Preparadas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS/OMS)

- a) Respeto a las personas: Todo participante será respetado como agentes autónomos.
- b) Beneficencia: Se evitará que se dañe a los participantes mediante el respeto a la información y confidencialidad.

- c) Justicia: La invitación a participar será a todos los médicos internos de pregrado de recién ingreso, sin discriminación a sus condiciones particulares y/o raza, sexo, preferencia sexual o nivel económico.

El respeto por las personas incluye, a lo menos, dos consideraciones éticas fundamentales:

RESPECTO A LA AUTONOMÍA. En esta investigación, cuyo objetivo fue la obtención de un nuevo conocimiento sobre si existe sobrecarga en cuidadores primarios y el apego terapéutico, en todo momento los participantes estuvieron claramente informados acerca de la naturaleza de la investigación y cuya participación no fue forzada sino de manera libre y voluntaria, por lo cual y en base a lo acordado por la Asamblea General de aspectos éticos, se dispuso de una carta de consentimiento informado, con la libre decisión de abandonar la investigación en el momento que él o ella lo decidieran.

BENEFICENCIA Y NO MALEFICENCIA. Los aspectos éticos y fundamentales, y de los que parte la investigación son no generar daño en el paciente y proporcionarle el mayor beneficio posible y en caso de que existiera un riesgo maximizar los beneficios y minimizar los riesgos, por lo que se identificó a los sujetos de investigación con diagnóstico artritis reumatoide clase funcional IV y sus cuidadores, informándoles acerca de estos aspectos, posteriormente se generaron las recomendaciones que pueden ser aplicadas a nivel personal y familiar, para evitar o disminuir la sobrecarga del cuidador primario y sus posibles repercusiones.

JUSTICIA. Este principio moral se integra por la equidad e igualdad hacia todas las personas sin importar su origen racial, edad, religión, sexo o preferencias, con base a este principio, durante esta investigación se realizó con el mayor respeto hacia todos los pacientes participante, sin distinción alguno, respetando sus ideas y forma de actuar, con lo que se entiende a sus derechos, a participaren esta investigación, así como abandonarla en cualquier momento, si se sienten transgredidos de forma personal con alguna de las preguntas que se realizaron al momento de aplicar los instrumentos.

ÉTICA DE LA INVESTIGACIÓN EN SERES HUMANOS. El principio se refiere, especialmente, a la justicia distributiva, que establece la distribución equitativa de cargas y beneficios al participar en investigación.

NORMA Oficial Mexicana NOM-012-SSA3-2012, Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos.

Los beneficios de este estudio es determinar el Impacto de la referencia a la consulta externa de reumatología de un paciente con AR de manera oportuna en el ámbito socioeconómico (“EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL POR PRIMERA VEZ, DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”). Los resultados del presente estudio serán manejados de manera confidencial con fines del desarrollo de la estrategia educativa, el desarrollo del estudio y la publicación de los resultados, previa revisión y análisis por parte de asesores, comités revisores y comité editorial. El presente estudio se ajusta a los lineamientos generales en materia de investigación, buenas prácticas médicas y de protección de datos, por lo que:

- Se apegará a las recomendaciones del comité local de investigación y ética.
- Se apega a la normatividad en relación con protección de datos, los cuales serán de uso exclusivo para la investigación.

RIESGOS PARA EL PACIENTE.

No existe riesgo para la salud o integridad del paciente al realizar esta investigación.

Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquéllos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

RECURSOS HUMANOS, FÍSICOS, MATERIALES Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO

Recursos humanos:

- Investigador: Vez Félix Cecilia
- Director de protocolo: Estrada Angélica Maravillas
- Recolector de datos: Vez Félix Cecilia
- Asesor metodológico: Vilchis Chaparro Eduardo
- Asesor clínico: Polaco de la Vega Thalyna

Físicos:

- Hospital General de Zona con Unidad de Medicina Familiar No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, en el área de consulta externa.

Materiales:

- Hoja de Excel de recolección de datos
- Computadora PC
- Lápices, borradores, plumas, engrapadora, grapas, hojas de papel para fotocopias

Financieros:

- Los gastos que se generen en este estudio se llevarán a cabo con recursos propios del investigador.

TABLA DE FINANCIAMIENTO DE LA INVESTIGACIÓN

TÍTULO	TIPO	NÚMERO	COSTO (\$)
RECURSOS HUMANOS	Encuestador	1	
RECURSOS MATERIALES	Computadora	1	8000
	Impresora	1	3000
	Tinta para impresora	1	312
	Hojas blancas	1000	400
	Lápices	2	10
	Internet	1	800
	Fotocopias	50	50
	Calculadora	1	250
FINANCIAMIENTO	El estudio fue financiado por la investigadora		12022

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
 ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVA DESCONCENTRADA SUR CDMX
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No.8
 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
 COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACIÓN EN SALUD



TITULO DEL PROYECTO:
 "EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL POR PRIMERA VEZ, DE LOS
 PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL
 GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO".

2021 – 2022

FECHA	SEP 2021	OCT 2021	NOV 2021	DIC 2021	ENE 2022	FEB 2022	MAR 2022	ABR 2022	MAY 2022	JUN 2022	JUL 2022	AGO 2022	SEP 2022	OCT 2022	NOV 2022
TITULO	X	X													
ANTECEDENTES	X	X													
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X	X													
OBJETIVOS			X	X											
HIPOTESIS			X	X											
PROPOSITOS			X	X											
DISEÑO METODOLÓGICO					X	X	X	X							
ANÁLISIS ESTADÍSTICO					X	X	X	X							
CONSIDERACIONES ETICAS									X	X	X				
RECURSOS									X	X	X				
BIBLIOGRAFIA												X			
ASPECTOS GENERALES												X	X		
REGISTRO Y AUTORIZACIÓN POR CLIS															+

(PENDIENTE + / APROBADO X)

2022

FECHA	NOV 2022	DIC 2022	ENE 2023
ETAPA DE EJECUCION DEL PROYECTO	X		
RECOLECCION DE DATOS	X		
ALMACENAMIENTO DE DATOS	X		
ANÁLISIS DE DATOS	X		
DESCRIPCIÓN DE DATOS	X		
DISCUSIÓN DE DATOS	X	X	
CONCLUSIÓN DEL ESTUDIO	X	X	
INTEGRACIÓN Y REVISIÓN FINAL	X	X	
REPORTE FINAL			X
AUTORIZACIONES			+
IMPRESIÓN DEL TRABAJO			+
PUBLICACIÓN			+

(PENDIENTE + / APROBADO X)

Elaboró: Vez Félix Cecilia.
 Maravillas Estrada Angélica.

RESULTADOS

Análisis descriptivo

En el presente estudio, se evaluó el cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez al servicio de reumatología y la clase funcional en la que se encontraban cuando fueron referidos los pacientes con diagnósticos de artritis reumatoide pertenecientes HGZ/MF No. 8, por lo que se realizó el siguiente análisis de resultados.

Se analizaron un total de 163 expedientes de pacientes con el diagnóstico de artritis reumatoide en el HGZ/UMF No.8, la media de edad fue de 59.66 años, con una mediana de 60 años y moda de 60 años. Además, una desviación estándar de 12.17 años, varianza de 148.188 años, un rango de edad de 53 años, un valor mínimo de 26 años y un valor máximo de 79 años. **(Ver tabla 2)**

En la categoría de sexo en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide, se encontró 8 (4.9%) masculino y 155 (95.1%) femenino. **(Ver tabla y gráfico 3)**

Para el rubro de escolaridad en pacientes con el diagnóstico de Artritis Reumatoide se encontró que 18 (11%) cuentan con educación básica, 61 (37.4%) cuentan con educación media superior y 84 (51.5%) cuentan con educación superior. **(Ver tabla y gráfico 4)**

En el apartado de ocupación se observó que 65 (39.9%) no cuentan con un empleo remunerable y 98 (60.1%) se encuentran empleados actualmente. **(Ver tabla y gráfico 5)**

Por lo que respecta al estado civil se analizó que: que 17 (10.4%) se encontraban sin una pareja actual (viudo, soltero, divorciado) y 146 (89.6%) se encontraban acompañados por una pareja actualmente (casados, unión libre). **(Ver tabla y gráfico 6)**

En la sección de estado nutricional según el IMC se identificó que 3 (1.8) se encuentran en bajo peso, 77 (47.2%) se encuentran en normopeso, 52 (31.9%) se encuentran en sobre peso y 31 (19%) se encuentran en obesidad. **(Ver tabla y gráfico 7)**

Con respecto a los antecedentes de tabaquismo se observó 30 (18.4%) cuentan con antecedente de tabaquismo y 133 (81.6%) no cuentan con antecedentes de tabaquismo. **(Ver tabla y gráfico 8)**

Con respecto a la regularidad del paciente se observó 158 (96.9%) son regulares, 5 (3.1%) son irregulares. **(Ver tabla y gráfico 9)**

Con base a la duración de los síntomas se arrojaron los siguientes datos: 5 (3.1%) iniciaron hace < 1 año y 158 (96.9 %) hace > 1 año. **(Ver tabla y gráfico 10)**

En la clase funcional presenta los siguientes resultados: 90 (55.2%) se encuentran dentro de la clase 1, 52 (31.9%) se encuentran dentro de una clase funcional 2, 18 (11%) se encuentran dentro de una clase funcional 3, 3 (1.8%) pertenecen a una clase funcional 4. **(Ver tabla y gráfico 11)**

Por otra parte, respecto al cumplimiento de los criterios de referencia se encontró que 144 (88.3%) si cumplen con criterios de referencia mientras 19 (11.7%) no cumplen con criterios de referencia a segundo nivel. **(Ver tabla y gráfico 12)**

Análisis bivariado

En razón a las categorías de edad y el cumplimiento de los criterios de referencia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en el HGZ/UMF No. 8, se analizó lo siguiente: de aquellos pacientes que se encuentran entre los 18 a 40 años; 11 (100%) si cumplen con criterios de referencia y 0 (0.0 %) no cumplen con criterios de referencia. Aquellos pacientes dentro de un rango de edad de los 41 a los 60 años; 64 (87.7%) si cumplen con criterios de referencia y 9 (12.3 %) no cumplen con criterios de referencia. Los pacientes en el rango de 61 años o más; 69 (87.3%) si cumplen con criterios de referencia y 10 (12.7 %) no cumplen con criterios de referencia. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se obtuvo un valor $p= 0.673$. **(Ver tabla y gráfico 13)**

En la categoría sexo y el cumplimiento de los criterios de referencia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en el HGZ/UMF No. 8, se visualizó que en aquellos pacientes de sexo masculino; 6 (75%) cumplen con criterios de referencia y 2 (25%) no cumplen con criterios de referencia. Aquellas pacientes de sexo femenino; 138 (89%)

cumplen con criterios de referencia y 17 (11%) no cumplen con criterios de referencia. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se obtuvo un valor $p= 1.446$. **(Ver tabla y gráfico 14)**

Respecto a la escolaridad y el cumplimiento de los criterios de referencia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en el HGZ/UMF No. 8, se analizó lo siguiente: de aquellos pacientes que cuentan con educación básica; 16 (88.9%) cumplen con criterios de referencia y 2 (11.1%) no cumplen con criterios de referencia. Aquellos pacientes que cuentan con educación media superior; 52 (85.2%) cumplen con criterios de referencia y 9 (14.8%) no cumplen con criterios de referencia. Los pacientes que cuentan con educación superior; 76 (90.5 %) cumplen con criterios de referencia y 8 (9.5%) no cumplen con criterios de referencia. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se obtuvo un valor $p= 0.368$. **(Ver tabla y gráfico 15)**

En la valoración de la ocupación y el cumplimiento de los criterios de referencia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en el HGZ/UMF No. 8, se observó lo siguiente: aquellos pacientes que actualmente se encuentran desempleados; 57 (87.7%) cumplen con criterios de referencia y 8 (12.3 %) no cumplen con criterios de referencia. Aquellos pacientes que actualmente se encuentran empleados; 87 (88.9%) cumplen con criterios de referencia y 11 (11.2%) no cumplen con criterios de referencia. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se obtuvo un valor $p= 0.044$. **(Ver tabla y gráfico 16)**

En el módulo estado civil y el cumplimiento de los criterios de referencia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en el HGZ/UMF No. 8, se analizó lo siguiente: pacientes que se encuentran solteros, viudos o divorciados; 17 (100 %) si cumplen con criterios de referencia y 0 (0.0 %) no cumplen con criterios de referencia. Aquellos pacientes que se encuentran casados o en unión libre; 127 (87 %) si cumplen con criterios de referencia y 19 (13 %) no cumplen con criterios de referencia. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se obtuvo un valor $p= 2.48$. **(Ver tabla y gráfico 17)**

Para a las categorías de estado nutricional según el IMC y el cumplimiento de los criterios de referencia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en el HGZ/UMF No. 8, se analizó lo siguiente: de aquellos pacientes que se encuentran en bajo peso ; 3 (100%) si cumplen con criterios de referencia y 0 (0.0 %) no cumplen con criterios de referencia. Aquellos pacientes que se encuentran en normopeso; 68 (88.3%) si cumplen con criterios

de referencia y 9 (11.7 %) no cumplen con criterios de referencia. Los pacientes en el rango sobrepeso; 44 (84.6 %) si cumplen con criterios de referencia y 8 (15.4 %) no cumplen con criterios de referencia. Finalmente, los pacientes que se encuentran en obesidad; 29 (93.5 %) si cumplen con criterios de referencia y 2 (6.5 %) no cumplen con criterios de referencia. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se obtuvo un valor $p= 0.082$. **(Ver tabla y gráfico 18)**

Dentro de la asociación de tabaquismo y el cumplimiento de los criterios de referencia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en el HGZ/UMF No. 8, se obtuvo que en pacientes con antecedente de tabaquismo; 27 (90 %) si cumplen con criterios de referencia y 3 (10 %) no cumplen con criterios de referencia. Aquellos pacientes sin antecedente de tabaquismo; 117 (88 %) si cumplen con criterios de referencia y 16 (12 %) no cumplen con criterios de referencia. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se obtuvo un valor $p= 0.097$. **(Ver tabla y gráfico 19)**

En el rubro de red regularidad del paciente y el cumplimiento de los criterios de referencia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en el HGZ/UMF No. 8, se analizó lo siguiente: en pacientes que son regulares; 139 (88 %) si cumplen con criterios de referencia y 19 (12 %) no cumplen con criterios de referencia. Aquellos pacientes que no son regulares 5 (100 %) si cumplen con criterios de referencia y 0 (0.0 %) no cumplen con criterios de referencia. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se obtuvo un valor $p= 0.676$. **(Ver tabla y gráfico 20)**

Con respecto a la asociación entre la duración de o síntomas y el cumplimiento de los criterios de referencia en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en el HGZ/UMF No. 8, se encontró en pacientes cuyos síntomas han durado < 1 año; 4 (80 %) si cumplen con criterios de referencia y 1 (20 %) no cumplen con criterios de referencia. Aquellos pacientes cuyos síntomas han durado > 1 año; 140 (88.6 %) si cumplen con criterios de referencia y 18 (11.4 %) no cumplen con criterios de referencia. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se obtuvo un valor $p= 0.347$ **(Ver tabla y gráfico 21)**

En razón a la edad y clase funcional en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en el HGZ/UMF No. 8, se analizó lo siguiente: de aquellos pacientes que se encuentran entre los 18 a 40 años; 6 (54.5%) se encuentran en clase funcional 1, 3 (27.3%) se encuentran en clase funcional 2 y 2 (18.2 %) se encuentran en clase funcional 3. Aquellos

pacientes dentro de un rango de edad de los 41 a los 60 años; 42 (53.2%) se encuentran en clase funcional 1, 23 (31.5 %) se encuentran en clase funciona 2 y 8 (11%) se encuentran en clase funcional 3. Los pacientes en el rango de 61 años o más; 42 (58.3%) se encuentran en clase funcional 1, 26 (29.8%) se encuentran en clase funcional 2, 8 (11.9%) se encuentran en clase funcional 3 y 3 (3.8%) se encuentran en clase funcional 4. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se obtuvo un valor $p= 0.352$. **(Ver tabla y gráfico 22)**

En la categoría sexo y clase funcional en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en el HGZ/UMF No. 8, se visualizó que en aquellos pacientes de sexo masculino; 4 (50%) se encuentran en clase funcional 1, 3 (37.5%) se encuentran en clase funcional 2, 1 (12.5%) se encuentran en clase funcional 3. Aquellas pacientes de sexo femenino; 86 (55.5%) se encuentran en clase funcional 1, 49 (31.6%) se encuentran en clase funciona 2, 17(11%) se encuentran en clase funcional 3 y 3 (1.9 %) se encuentran en clase funciona 4. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se obtuvo un valor $p= 0.961$ **(Ver tabla y gráfico 23)**

Respecto a la escolaridad y clase funcional en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en el HGZ/UMF No. 8, se analizó lo siguiente: de aquellos pacientes que cuentan con educación básica ;11 (61.1%) se encuentran en clase funcional 1, 5 (27.8%) se encuentran en clase funcional 2, 2 (11.1%) se encuentran en clase funcional 3. Aquellos pacientes que cuentan con educación media superior; 30 (49.2%) se encuentran en clase funcional 1, 22 (36.1%) se encuentran en clase funciona 2, 6 (9.8%) se encuentran en clase funcional 3. Los pacientes que cuentan con educación superior; 49 (58.3%) se encuentran en clase funcional 1, 25 (29.8%) se encuentran en clase funcional 2, 10(11.9%) se encuentran en clase funcional 3. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se obtuvo un valor $p= 0.384$. **(Ver tabla y gráfico 24)**

En la valoración de la ocupación y clase funcional en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en el HGZ/UMF No. 8, se observó lo siguiente: aquellos pacientes que actualmente se encuentran desempleados; 35 (53.8%) se encuentran en clase funcional 1, 19 (29.2%) se encuentran en clase funcional 2, 10 (15.4%) se encuentran en clase funcional 3 y 1 (1.5 %) se encuentran en clase funciona 4. Aquellos pacientes que actualmente se encuentran empleados; 55 (56.1%) se encuentran en clase funcional 1, 33 (33.7%) se

encuentran en clase funcion 2, 8(8.2%) se encuentran en clase funcional 3 y 2 (2%) se encuentran en clase funcion 4. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se obtuvo un valor $p= 0.536$. **(Ver tabla y gráfico 25)**

En el módulo estado civil y clase funcional en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en el HGZ/UMF No. 8, se analizó lo siguiente: pacientes que se encuentran solteros, viudos o divorciados; 12 (70.6%) se encuentran en clase funcional 1, 2 (11.8%) se encuentran en clase funcional 2, 2 (11.8%) se encuentran en clase funcional 3 y 1 (5.9 %) se encuentran en clase funcion 4. Aquellos pacientes que se encuentran casados o en unión libre; 78 (53.4%) se encuentran en clase funcional 1, 50 (34.2%) se encuentran en clase funcion 2, 16(11%) se encuentran en clase funcional 3 y 2 (1.4 %) se encuentran en clase funcional 4. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se obtuvo un valor $p= 0.142$. **(Ver tabla y gráfico 26)**

Para a las categorías de estado nutricional según el IMC y clase funcional en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en el HGZ/UMF No. 8, se analizó lo siguiente: de aquellos pacientes que se encuentran en bajopeso; 2 (66.7%) se encuentran en clase funcional 1, 1 (33.3%) se encuentran en clase funcion 2, 0 (0.0%) se encuentran en clase funcional 3 y 0 (0.0 %) se encuentran en clase funcional 4. Aquellos pacientes que se encuentran en normopeso; 41 (53.2%) se encuentran en clase funcional 1, 27 (35.1%) se encuentran en clase funcion 2, 7 (9.1%) se encuentran en clase funcional 3 y 2 (2.6 %) se encuentran en clase funcional 4.. Los pacientes en el rango sobrepeso; 30 (57.7%) se encuentran en clase funcional 1, 13 (24 %) se encuentran en clase funcion 2, 8 (15.4%) se encuentran en clase funcional 3 y 1 (1.9 %) se encuentran en clase funcional 4. Finalmente, los pacientes que se encuentran en obesidad; 17 (54.8%) se encuentran en clase funcional 1, 11 (35.5%) se encuentran en clase funcion 2, 3 (9.7%) se encuentran en clase funcional 3 y 0 (0.0 %) se encuentran en clase funcional 4. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se obtuvo un valor $p= 0.019$. **(Ver tabla y gráfico 27)**

Dentro de la asociación de tabaquismo y clase funcional en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en el HGZ/UMF No. 8, se obtuvo que en pacientes con antecedente de tabaquismo; 14 (46.7%) se encuentran en clase funcional 1, 9 (30%) se encuentran en clase funcional 2, 6 (20%) se encuentran en clase funcional 3, 1 (3.3 %) se encuentran en clase funcion 4. Aquellos pacientes sin antecedente de tabaquismo; 76 (57.1%) se encuentran

en clase funcional 1, 43 (32.3%) se encuentran en clase funcional 2, 12 (9%) se encuentran en clase funcional 3 y 2 (1.5%) se encuentran en clase funcional 4. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se obtuvo un valor $p= 0.302$. **(Ver tabla y gráfico 28)**

En el rubro de red regularidad del paciente y clase funcional en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en el HGZ/UMF No. 8, se analizó lo siguiente: en pacientes que son regulares; 89(56.3%) se encuentran en clase funcional 1, 50 (31.6%) se encuentran en clase funcional 2, 16 (10.1%) se encuentran en clase funcional 3 y 3 (1.9 %) se encuentran en clase funcional 4. Aquellos pacientes que no son regulares; 1 (20%) se encuentran en clase funcional 1, 2 (40%) se encuentran en clase funcional 2, 2 (40%) se encuentran en clase funcional 3 y 2 (1.4 %) se encuentran en clase funcional 4. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se obtuvo un valor $p= 0.153$. **(Ver tabla y gráfico 29)**

Con respecto a la asociación entre la duración de los síntomas y la clase funcional en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en el HGZ/UMF No. 8, se encontró en pacientes cuyos síntomas han durado < 1 año; 3 (60%) se encuentran en clase funcional 2, 1 (20%) se encuentran en clase funcional 3 y 1 (20 %) se encuentran en clase funcional 4. Aquellos pacientes cuyos síntomas han durado > 1 año; 90 (57%) se encuentran en clase funcional 1, 49 (31%) se encuentran en clase funcional 2, 17 (10.8%) se encuentran en clase funcional 3 y 3 (1.3%) se encuentran en clase funcional 4. Al realizar el análisis con χ^2 de Pearson se obtuvo un valor $p= 0.003$ **(Ver tabla y gráfico 30)**

TABLAS Y GRÁFICAS

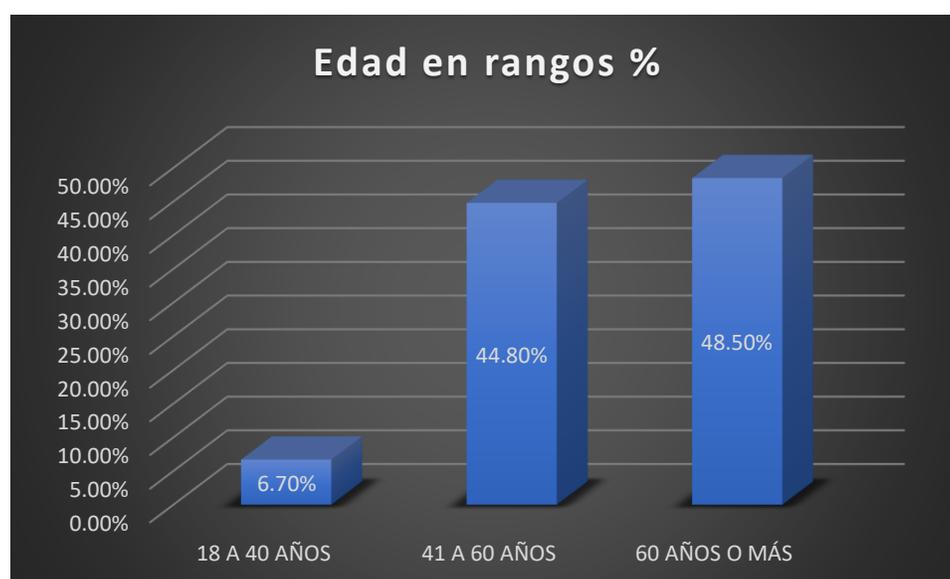
Tabla 1: Variables sociodemográficas

	EDAD	TALLA	PESO	IMC
N	Válido	163	163	163
Media	59.66	1.55	61.82	25.4956
Error estándar de la media	.953	.007	1.078	.37184
Mediana	60.00	1.54	61.50	25.2241
Moda	60 ^a	2	64	18.86 ^a
Desviación	12.173	.084	13.763	4.74732
Varianza	148.188	.007	189.424	22.537
Rango	53	1	84	22.24
Mínimo	26	1	37	14.62
Máximo	79	2	120	36.86

Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 2: Rangos de edad

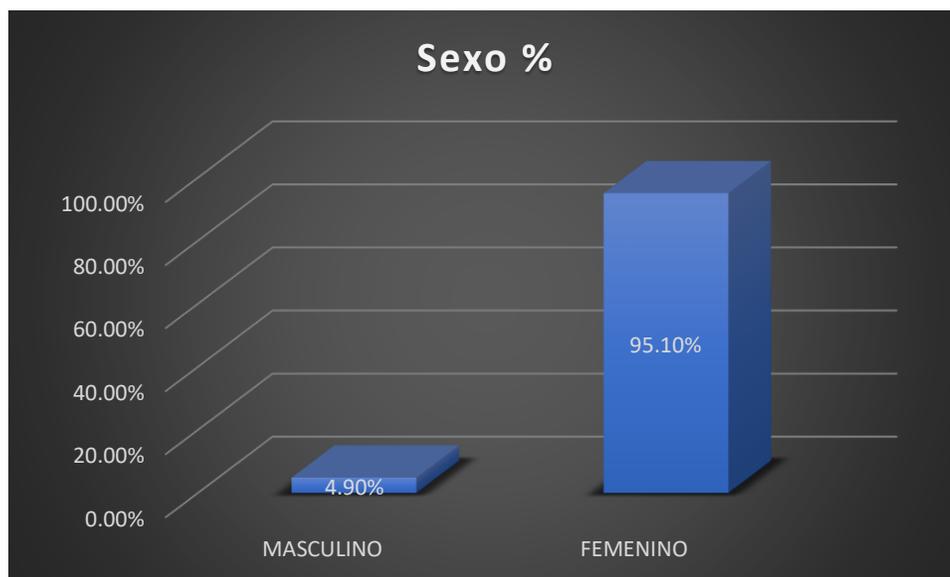
EDAD EN RANGOS		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
18 A 40 AÑOS	11	6.7 %
41 A 60 AÑOS	73	44.8 %
60 AÑOS O MÁS	79	48.5 %
TOTAL	163	100.0 %



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 3: Sexo

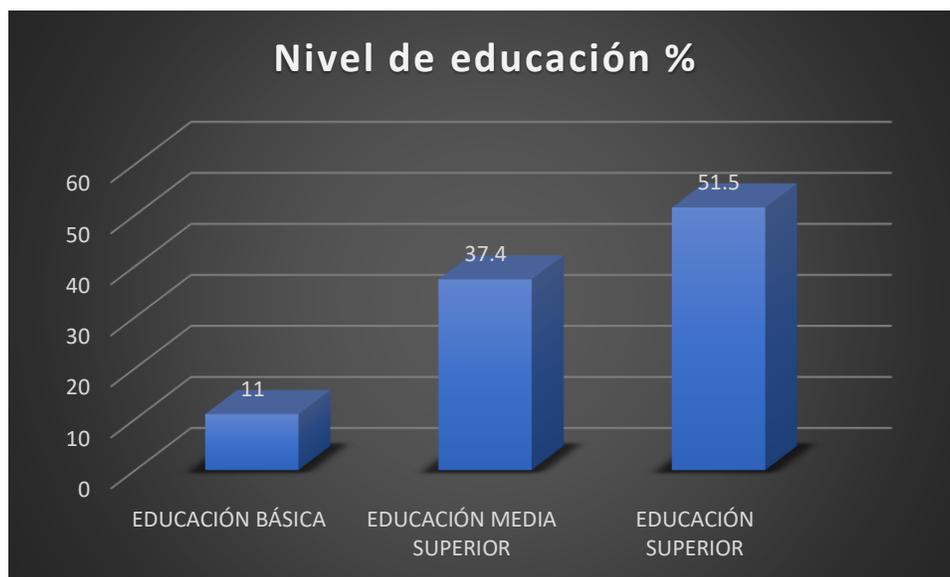
SEXO		
	FRECUENCIA	%
MASCULINO	8	4.9 %
FEMENINO	155	95.1 %
Total	163	100%



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 4: Nivel de educación

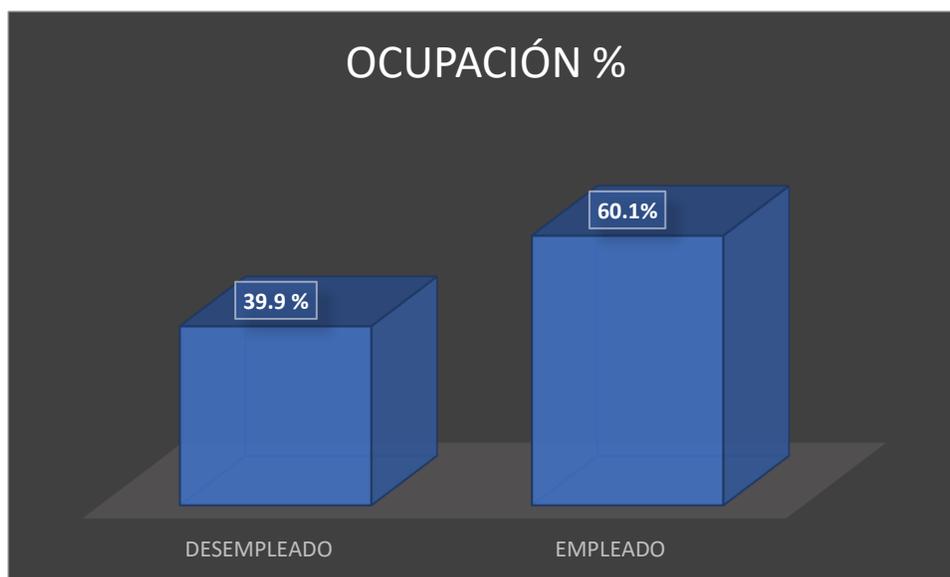
NIVEL DE EDUCACIÓN		
	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EDUCACIÓN BÁSICA	18	11.0
EDUCACIÓN MEDIA SUPERIOR	61	37.4
EDUCACIÓN SUPERIOR	84	51.5
TOTAL	163	100.0



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 5: Ocupación

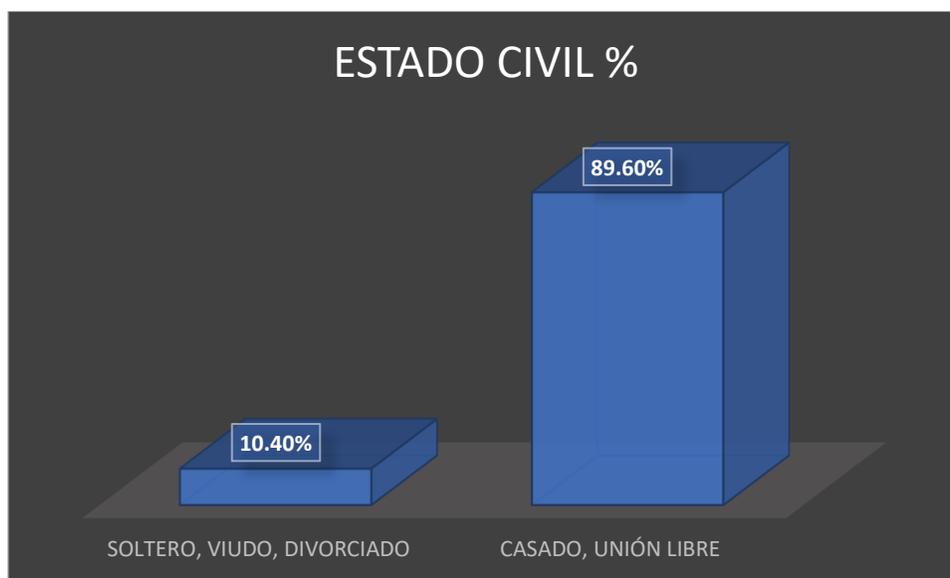
OCUPACIÓN		
	Frecuencia	Porcentaje
DESEMPLEADO	65	39.9
EMPLEADO	98	60.1
Total	163	100.0



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 6: Estado civil

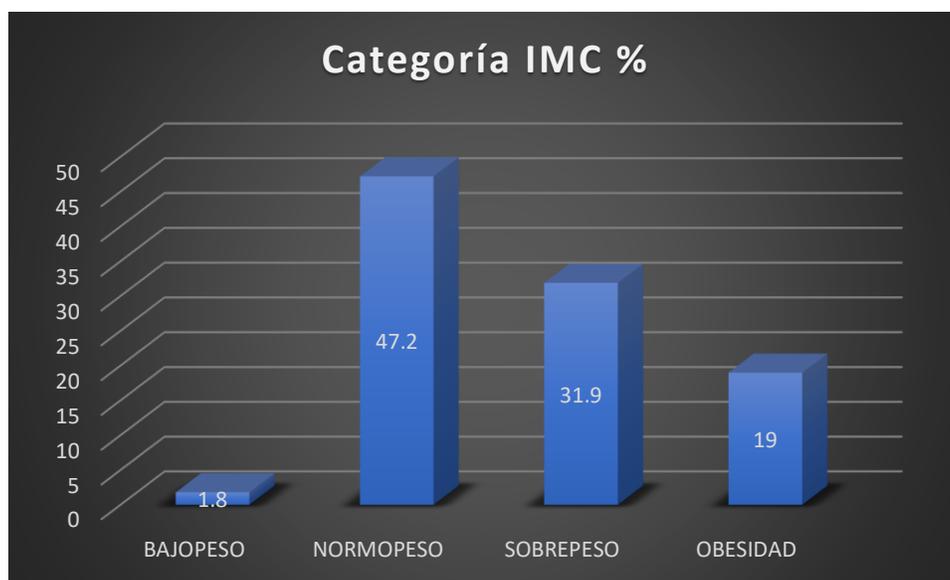
ESTADO CIVIL		
	Frecuencia	Porcentaje
SOLTERO, VIUDO, DIVORCIADO	17	10.4
CASADO, UNIÓN LIBRE	146	89.6
Total	163	100.0



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 7: Categoría de estado nutricional según IMC

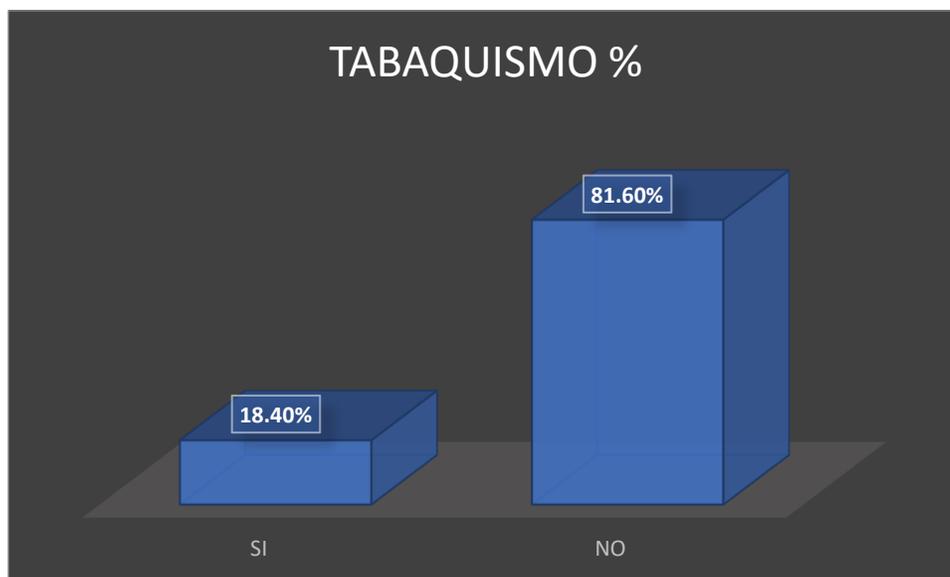
CATEGORIA DE IMC		
	Frecuencia	Porcentaje
BAJOPESO	3	1.8
NORMOPESO	77	47.2
SOBREPESO	52	31.9
OBESIDAD	31	19.0
Total	163	100.0



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 8: Consumo de tabaco

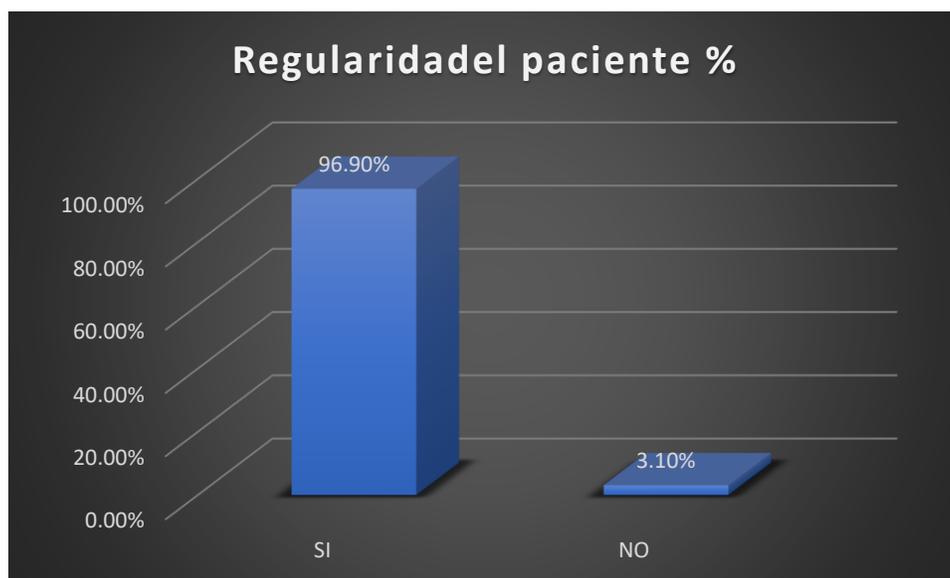
TABAQUISMO		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	30	18.4 %
NO	133	81.6 %
Total	163	100.0 %



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 9: Regularidad del paciente

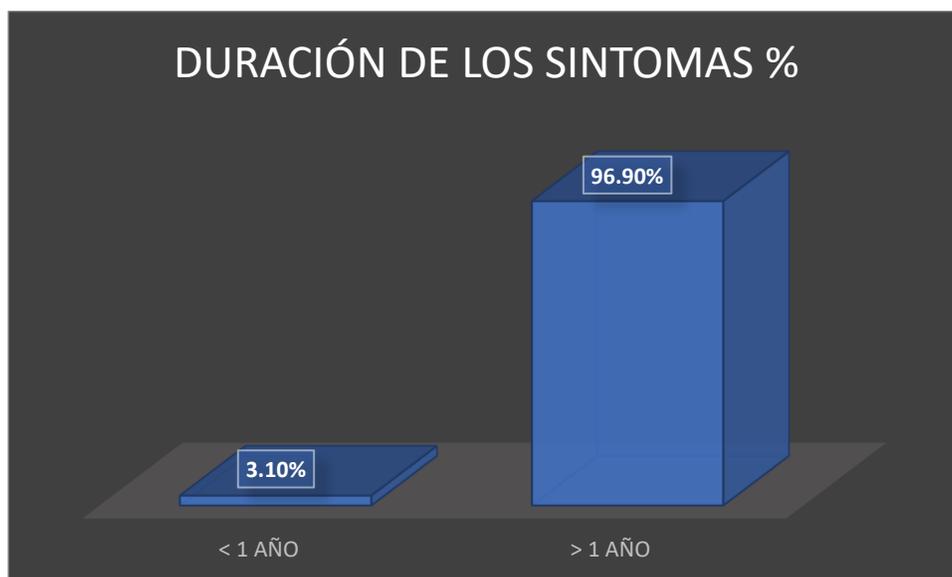
Regularidad del paciente		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	158	96.9
NO	5	3.1
Total	163	100.0



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 10: Duración de los síntomas

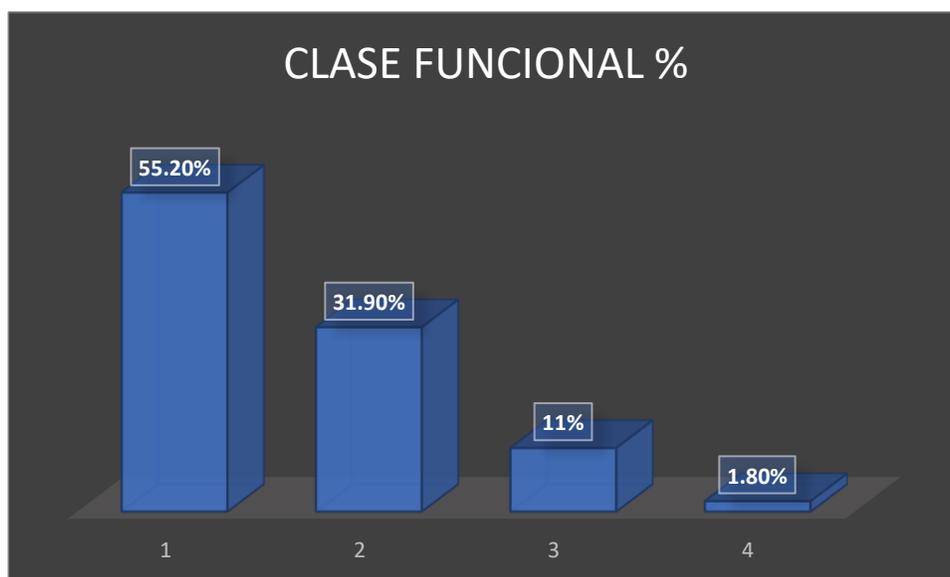
Duración de los síntomas		
	Frecuencia	Porcentaje
< 1 AÑO	5	3.1
> 1 AÑO	158	96.9
Total	163	100.0



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 11: Clase funcional

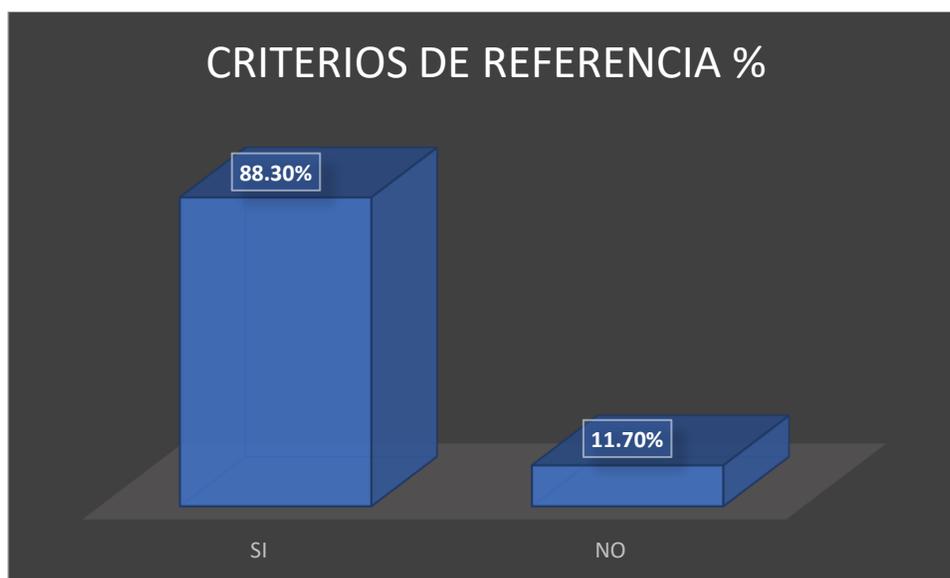
Clase funcional		
	Frecuencia	Porcentaje
1	90	55.2
2	52	31.9
3	18	11.0
4	3	1.8
Total	163	100.0



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 12: Cumplimiento de criterios de referencia

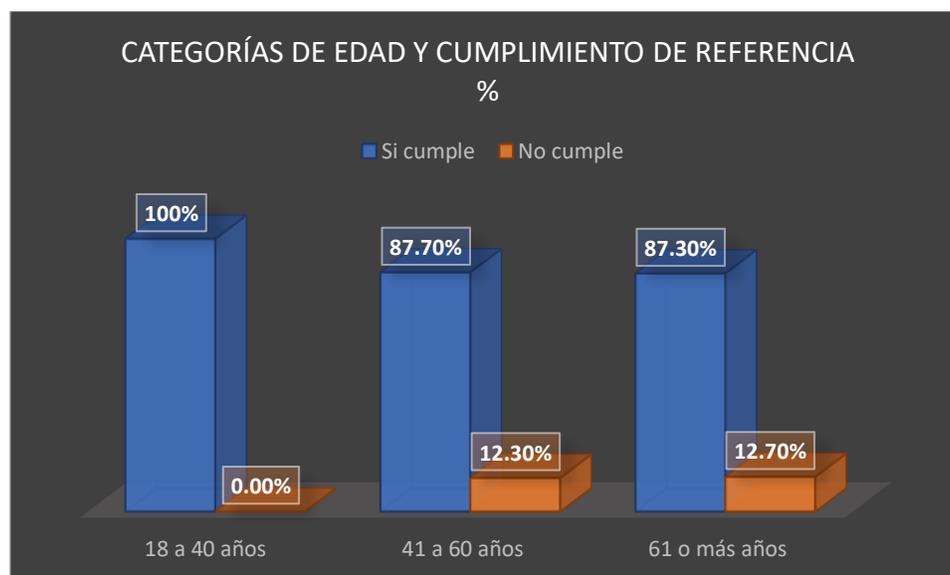
Criterios de referencia %		
	Frecuencia	Porcentaje
SI	144	88.3
NO	19	11.7
Total	163	100.0



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 13: Categorías de edad y cumplimiento de criterios de referencia

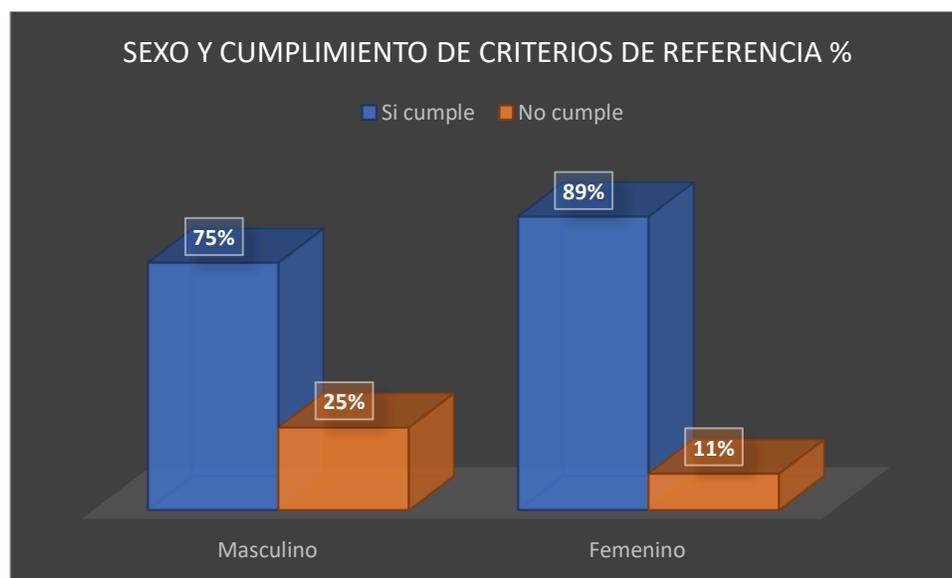
Tabla 13: Duración de los síntomas y cumplimiento de criterios de referencia de AR en pacientes en pacientes adscritos al HGZ/MF 8								
Criterios de referencia según GPC	18 a 40 años		41 a 60 años		61 o más años		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Si cumple	11	100%	64	87.7 %	69	87.3 %	144	88.3 %
No cumple	0	0.0%	9	12.3%	10	12.7 %	19	11.7 %
Total	11	100%	73	100%	79	100%	163	100%
p	X2 de Pearson: 0.673							



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. “Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

Tabla 14: Sexo y cumplimiento de criterios de referencia

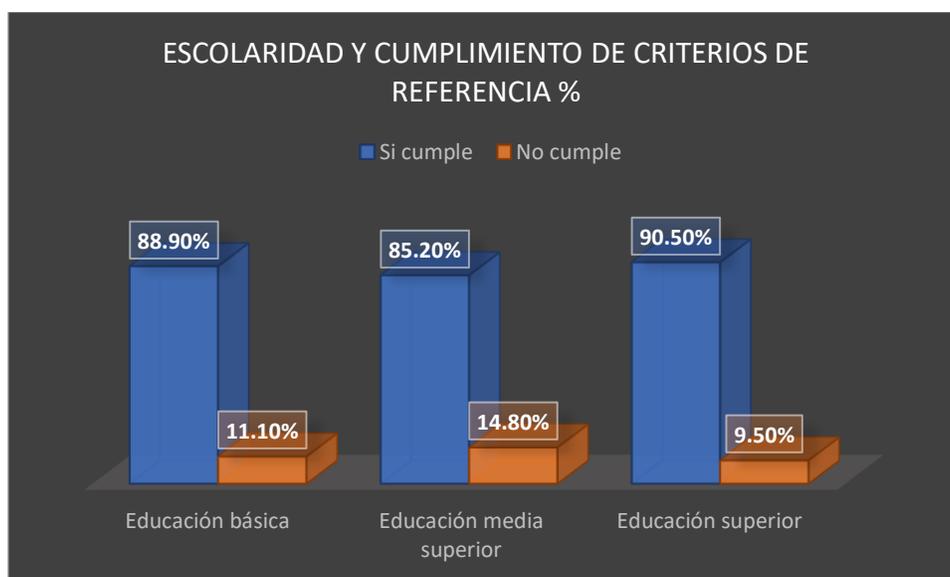
Tabla 14: Sexo y cumplimiento de criterios de referencia de AR en pacientes en pacientes adscritos al HGZ/MF 8						
Criterios de referencia según GPC	Masculino		Femenino		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Si cumple	6	75%	138	89 %	144	88.3 %
No cumple	2	25%	17	11 %	19	11.7 %
Total	8	100%	155	100%	163	100%
p	X2 de Pearson: 1.446					



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. “Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

Tabla 15: Nivel de escolaridad y cumplimiento de criterios de referencia

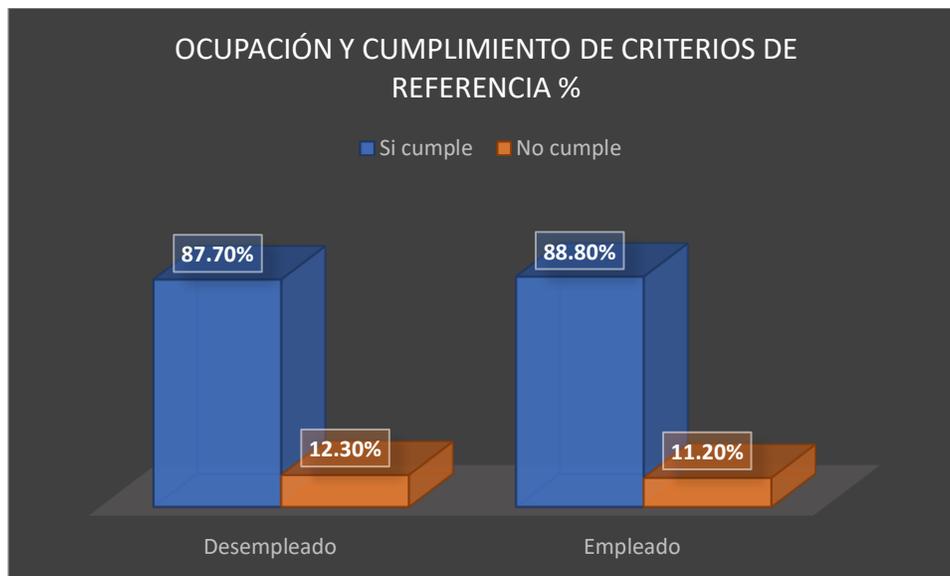
Tabla 15: Nivel de escolaridad y cumplimiento de criterios de referencia de AR en pacientes en pacientes adscritos al HGZ/MF 8								
Criterios de referencia según GPC	Educación básica		Educación media superior		Educación superior		TOTAL	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Si cumple	16	88.9 %	52	85.2 %	76	90.5 %	144	88.3 %
No cumple	2	11.1 %	9	14.8 %	8	9.5 %	19	11.7 %
Total	18	100%	61	100%	84	100%	163	100%
p	X2 de Pearson: 0.368							



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 16: Ocupación y cumplimiento de criterios de referencia

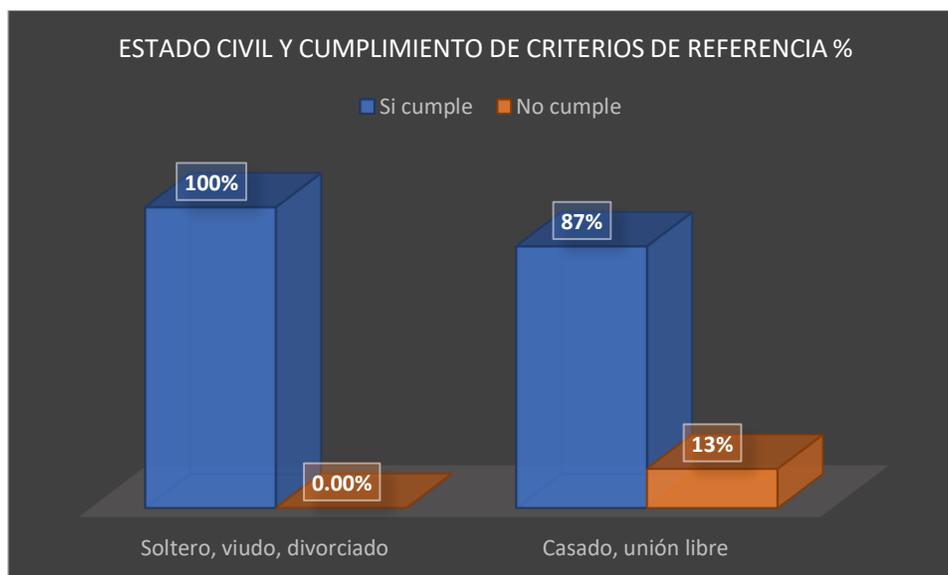
Tabla 16: Ocupación y cumplimiento de criterios de referencia de AR en pacientes en pacientes adscritos al HGZ/MF 8						
Criterios de referencia según GPC	Desempleado		Empleado		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Si cumple	57	87.7%	87	88.8 %	144	88.3 %
No cumple	8	12.3%	11	11.2 %	19	11.7 %
Total	65	100%	98	100%	163	100%
p	X2 de Pearson: 0.044					



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 17: Estado civil y cumplimiento de criterios de referencia

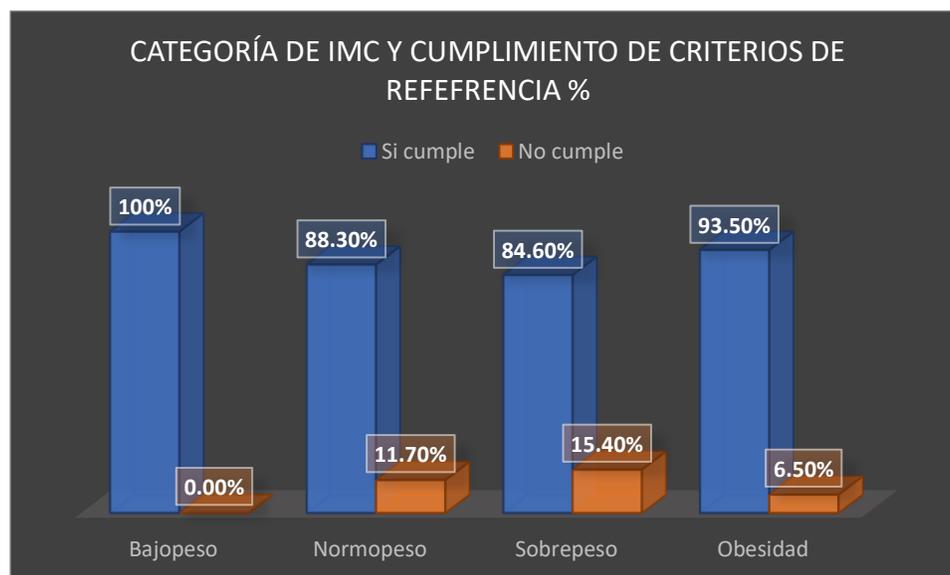
Tabla 17: Estado civil y cumplimiento de criterios de referencia de AR en pacientes en pacientes adscritos al HGZ/MF 8						
Criterios de referencia según GPC	Soltero, viudo, divorciado		Casado, unión libre		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Si cumple	17	100 %	127	87 %	144	88.3 %
No cumple	0	0.0 %	19	13 %	19	11.7 %
Total	17	100%	146	100%	163	100%
p	X2 de Pearson: 2.48					



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 18: Estado nutricional según IMC y cumplimiento de criterios de referencia

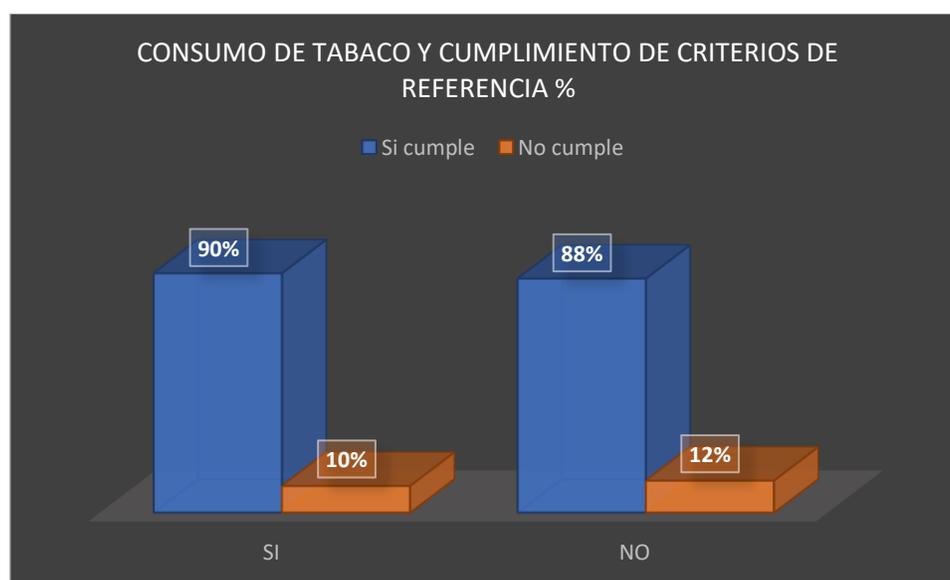
Tabla 18: Estado nutricional según IMC y cumplimiento de criterios de referencia de AR en pacientes en pacientes adscritos al HGZ/MF 8								
Criterios de referencia según GPC	Bajopeso		Normopeso		Sobrepeso		Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Si cumple	3	100%	68	88.3 %	44	84.6 %	29	93.5 %
No cumple	0	0.0 %	9	11.7 %	8	15.4 %	2	6.5 %
Total	3	100%	77	100 %	52	100 %	31	100 %
p	X2 de Pearson: 0.082							



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 19: Consumo de tabaco y cumplimiento de criterios de referencia

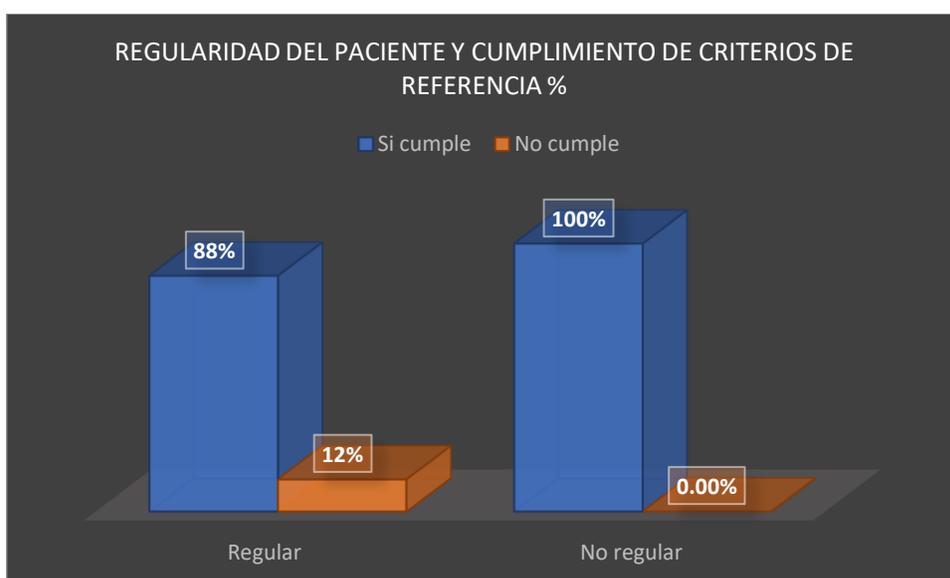
Tabla 19: Consumo de tabaco y cumplimiento de criterios de referencia de AR en pacientes en pacientes adscritos al HGZ/MF 8						
Criterios de referencia según GPC	SI		NO		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Si cumple	27	90 %	117	88 %	144	88.3 %
No cumple	3	10 %	16	12 %	19	11.7 %
Total	30	100%	133	100%	163	100%
p	X2 de Pearson: 0.097					



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 20: Regularidad del paciente y cumplimiento de criterios de referencia

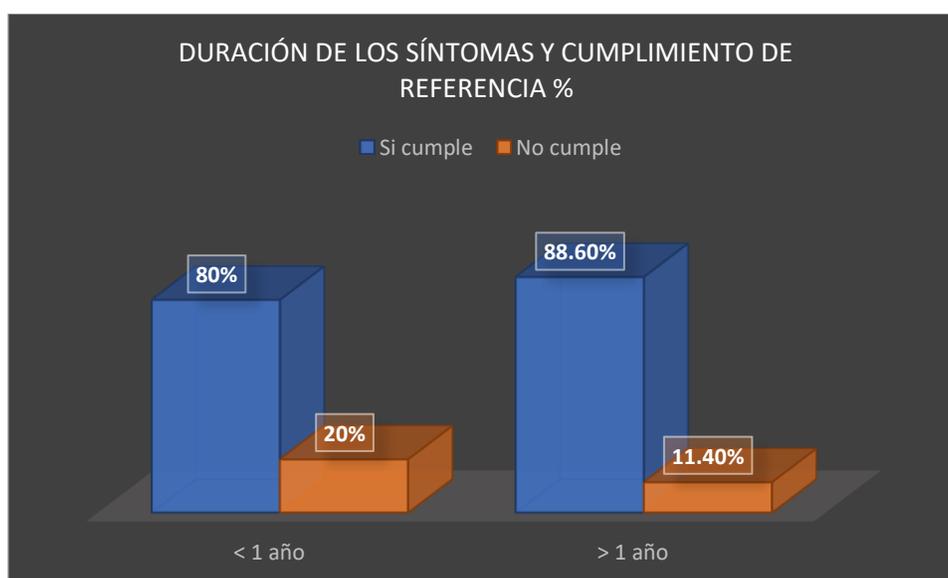
Tabla 20: Regularidad del paciente y cumplimiento de criterios de referencia de AR en pacientes en pacientes adscritos al HGZ/MF 8						
Criterios de referencia según GPC	Regular		No regular		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Si cumple	139	88 %	5	100 %	144	88.3 %
No cumple	19	12 %	0	0.0 %	19	11.7 %
Total	158	100%	5	100%	163	100%
p	X2 de Pearson: 0.676					



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 21: Duración de los síntomas y cumplimiento de criterios de referencia

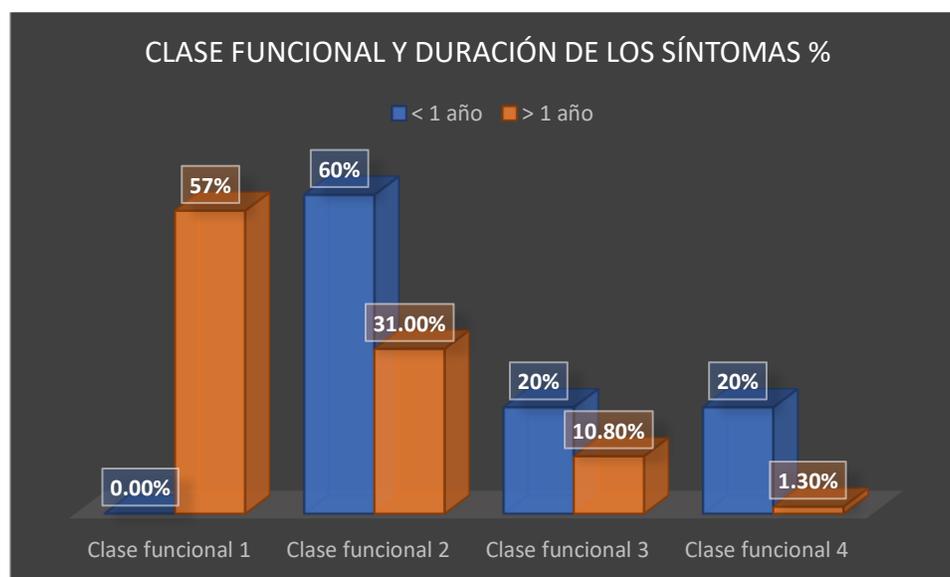
Tabla 21: Duración de los síntomas y cumplimiento de criterios de referencia de AR en pacientes en pacientes adscritos al HGZ/MF 8						
Criterios de referencia según GPC	< 1 año		> 1 año		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Si cumple	4	80%	140	88.6 %	144	88.3 %
No cumple	1	20%	18	11.4 %	19	11.7 %
Total	5	100%	158	100%	163	100%
p	X2 de Pearson: 0.347					



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. “Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo”.

Tabla 22: Duración de los síntomas y clase funcional

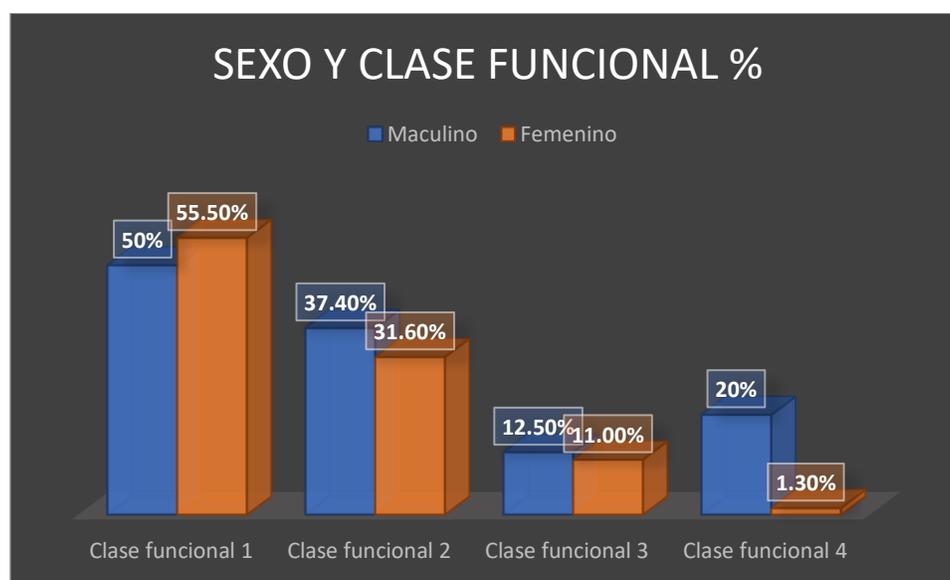
Tabla 22: Duración de los síntomas y clase funcional de AR en pacientes en pacientes adscritos al HGZ/MF 8						
Clase funcional de AR por Colegio Americano de Reumatología	< 1 año		> 1 año		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Clase funcional 1	0	0.0%	90	57%	90	52.2%
Clase funcional 2	3	60%	49	31.0%	52	31.9%
Clase funcional 3	1	20%	17	10.8%	18	11%
Clase funcional 4	1	20%	2	1.3%	3	1.8%
Total	5	100%	158	100%	163	100%
p	X2 de Pearson: 9.047					



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 23: Sexo y clase funcional

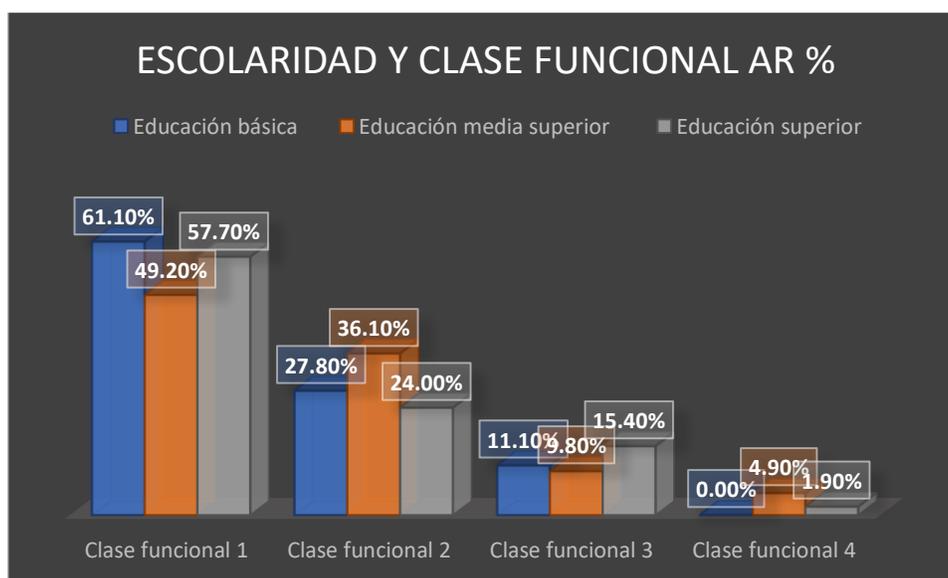
Tabla 23: Sexo y clase funcional de AR en pacientes en pacientes adscritos al HGZ/MF 8						
Clase funcional de AR por Colegio Americano de Reumatología	Masculino		Femenino		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Clase funcional 1	4	50%	86	55.5%	90	55.2%
Clase funcional 2	3	37.4%	49	31.6%	52	31.9%
Clase funcional 3	1	12.5%	17	11.0%	1.9	11%
Clase funcional 4	1	20%	2	1.3%	3	1.8%
Total	8	100%	155	100%	163	100%
p	X2 de Pearson: 0.13					



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 24: Nivel de escolaridad y clase funcional

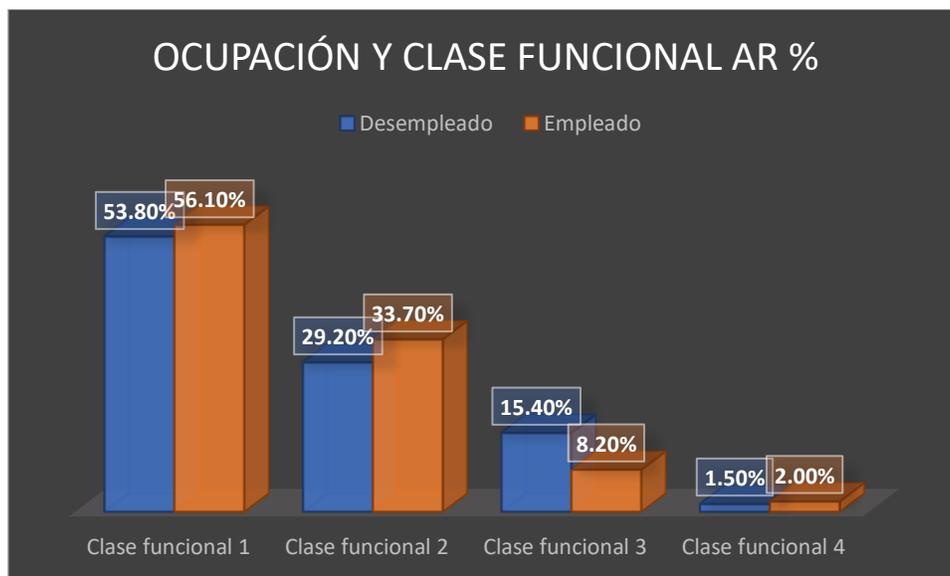
Tabla 24: Nivel de escolaridad y clase funcional de AR en pacientes en pacientes adscritos al HGZ/MF 8								
Clase funcional de AR por Colegio Americano de Reumatología	Educación básica		Educación media superior		Educación superior		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Clase funcional 1	11	61.1%	30	49.2 %	30	57.7 %	48	58.3%
Clase funcional 2	5	27.8%	22	36.1 %	13	24.0 %	25	29.8 %
Clase funcional 3	2	11.1%	6	9.8 %	8	15.4 %	10	11.9 %
Clase funcional 4	0	0.0%	3	4.9 %	1	1.9 %	0	0.0 %
Total	18	100%	61	100 %	52	100 %	84	100 %
p	X2 de Pearson: 0.248							



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

Tabla 25: Ocupación y clase funcional

Tabla 25: Ocupación y clase funcional de AR en pacientes adscritos al HGZ/MF 8						
Clase funcional de AR por Colegio Americano de Reumatología	Desempleado		Empleado		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Clase funcional 1	35	53.8%	55	56.1%	90	55.2%
Clase funcional 2	19	29.2%	33	33.7%	52	31.9%
Clase funcional 3	10	15.4%	8	8.2%	18	11%
Clase funcional 4	1	1.5%	2	2.0%	3	1.8%
Total	65	100%	98	100%	163	100%
p	X2 de Pearson: 0.490					



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 26: Estado civil y clase funcional

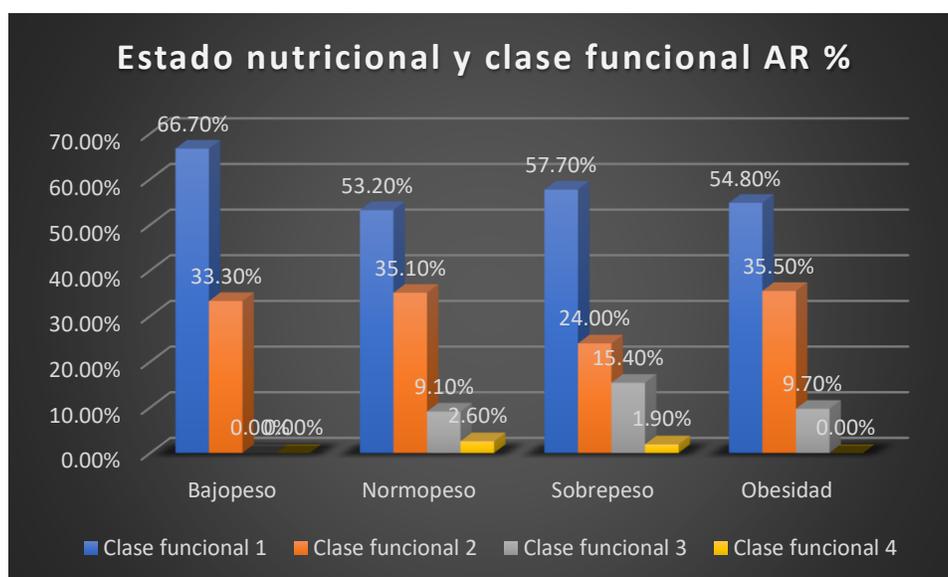
Tabla 26: Estado civil y clase funcional de AR en pacientes en pacientes adscritos al HGZ/MF 8						
Clase funcional de AR por Colegio Americano de Reumatología	Soltero, viudo, divorciado		Casado y unión libre		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Clase funcional 1	12	70.6 %	78	55.5%	90	55.2%
Clase funcional 2	2	11.8 %	50	31.6%	52	31.9%
Clase funcional 3	2	11.8 %	16	11.0%	18	11%
Clase funcional 4	1	5.9 %	2	1.3%	3	1.8%
Total	17	100%	146	100%	163	100%
p	X2 de Pearson: 0.142					



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 27: Estado nutricional según IMC y clase funcional

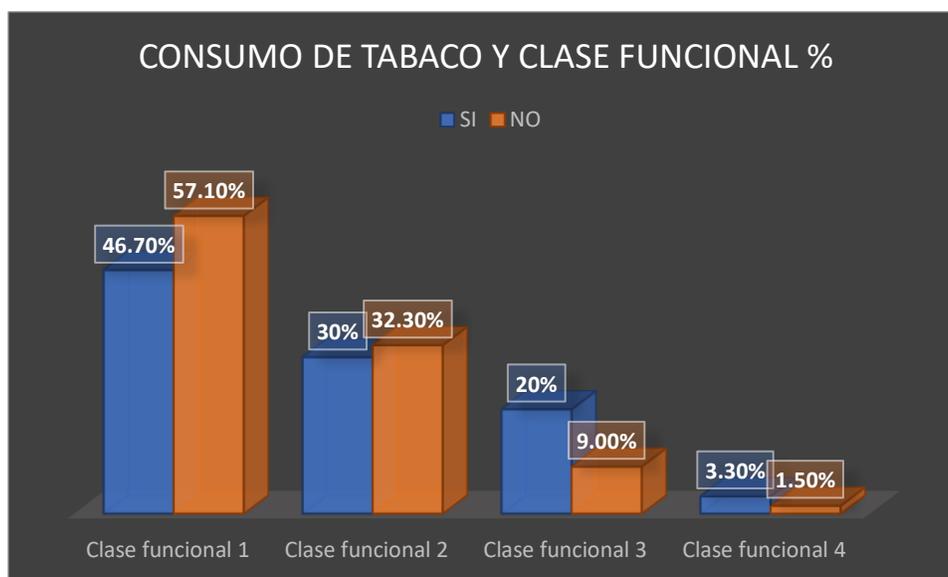
Tabla 27: Estado nutricional según IMC y clase funcional de AR en pacientes en pacientes adscritos al HGZ/MF 8								
Clase funcional de AR por Colegio Americano de Reumatología	Bajopeso		Normopeso		Sobrepeso		Obesidad	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Clase funcional 1	2	66.7%	41	53.2 %	30	57.7 %	17	54.8 %
Clase funcional 2	1	33.3%	27	35.1 %	13	24.0 %	11	35.5 %
Clase funcional 3	0	0.0%	7	9.1 %	8	15.4 %	3	9.7 %
Clase funcional 4	0	0.0%	2	2.6 %	1	1.9 %	0	0.0 %
Total	3	100%	77	100 %	52	100 %	31	100 %
p	X2 de Pearson: 0.019							



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 28: Consumo de tabaco y clase funcional

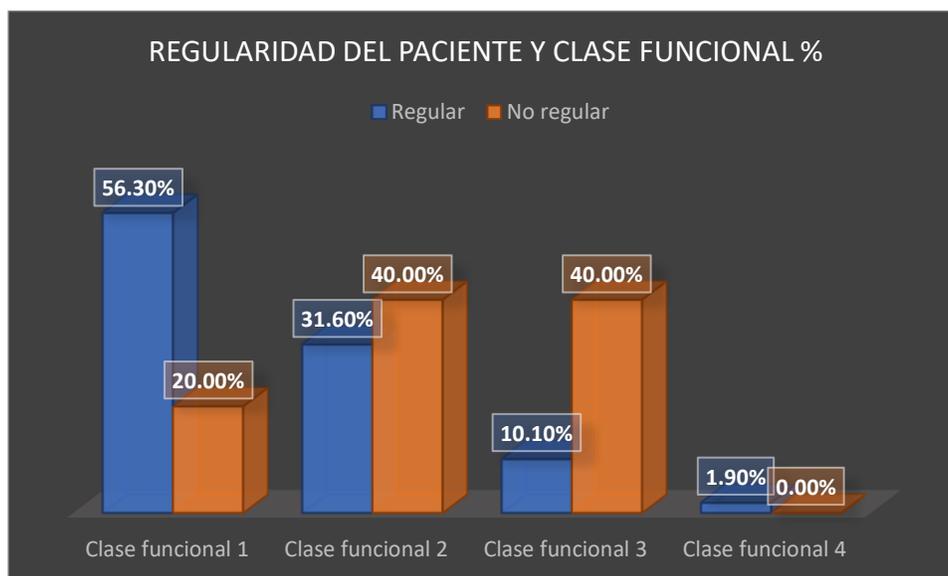
Tabla 28: Consumo de tabaco y clase funcional de AR en pacientes en pacientes adscritos al HGZ/MF 8						
Clase funcional de AR por Colegio Americano de Reumatología	SI		NO		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Clase funcional 1	14	46.7%	76	57.1%	90	55.2%
Clase funcional 2	9	30 %	43	32.3%	52	31.9%
Clase funcional 3	6	20 %	12	9.0%	18	11%
Clase funcional 4	1	3.3 %	2	1.5 %	3	1.8%
Total	30	100%	133	100%	163	100%
p	X2 de Pearson: 2.681					



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 29: Regularidad del paciente y clase funcional

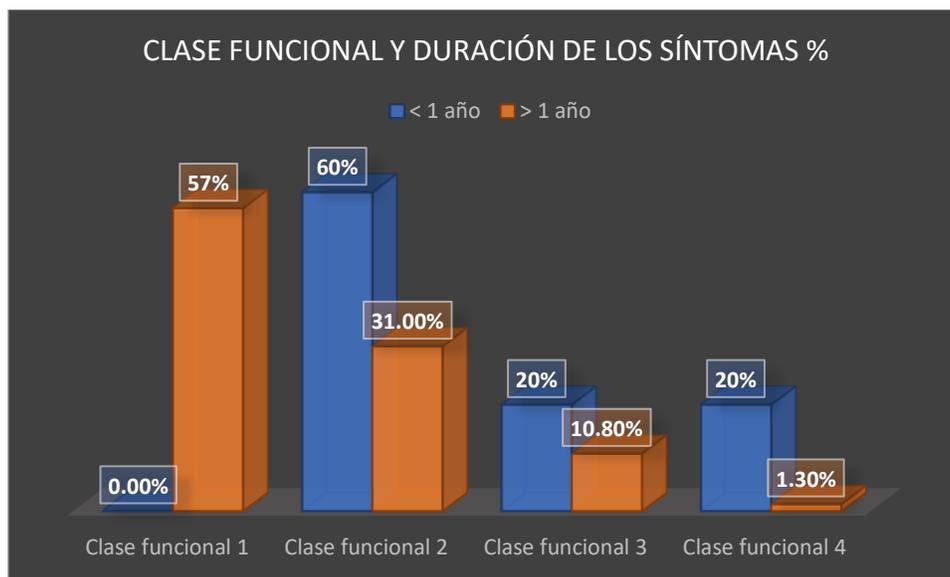
Tabla 29: Regularidad del paciente y clase funcional de AR en pacientes en pacientes adscritos al HGZ/MF 8						
Clase funcional de AR por Colegio Americano de Reumatología	SI		NO		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Clase funcional 1	89	56.3%	1	20.0 %	90	55.2%
Clase funcional 2	50	31.6 %	2	40.0 %	52	31.9%
Clase funcional 3	16	10.1 %	2	40.0 %	18	11%
Clase funcional 4	3	1.9 %	0	0.0 %	3	1.8%
Total	158	100%	5	100%	163	100%
p	X2 de Pearson: 3.278					



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

Tabla 30: Duración de los síntomas y clase funcional

Tabla 30: Duración de los síntomas y clase funcional de AR en pacientes en pacientes adscritos al HGZ/MF 8						
Clase funcional de AR por Colegio Americano de Reumatología	< 1 año		> 1 año		Total	
	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %	Frecuencia	Porcentaje %
Clase funcional 1	0	0.0%	90	57%	90	52.2%
Clase funcional 2	3	60%	49	31.0%	52	31.9%
Clase funcional 3	1	20%	17	10.8%	18	11%
Clase funcional 4	1	20%	2	1.3%	3	1.8%
Total	5	100%	158	100%	163	100%
p	X2 de Pearson: 0.047					



Fuente: n=163 Vez-F C, Maravillas-E A, Vilchis-C E, Polaco-V T. "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en la unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

DISCUSIÓN

Se estudio una población de 163 pacientes con enfermedad de artritis reumatoide para evaluar el cumplimiento de los criterios de referencia y la clase funcional en la que los pacientes son atendidos por primera vez en la consulta externa de reumatología, donde la población predominante fue del género femenino (95.1%) entre las edades de 41 años o más (edad media de 54 años). Los resultados de este estudio son similares a los encontrados por el Dr. Haraoui B. en los resultados primarios de su estudio observacional prospectivo publicado en 2022. (2) En relación con el hallazgo de la enfermedad en mayores de 60 años (48.5%) y en el sexo femenino, una posible explicación a este fenómeno puede ser dada por el proceso degenerativo que trae consigo el envejecimiento y el consecuente daño en el cartílago articular.

El presente estudio demuestra se cumplen con los criterios de referencia a segundo nivel ya que mayoría (88.3%) son referidos de manera adecuada a la consulta externa de reumatología, sin embargo, sólo la mitad de ellos (55.2%) fueron catalogados en una clase funcional I por el servicio de reumatología, es decir que cuentan con una capacidad completa para realizar las actividades usuales de la vida diaria, que incluyen actividades de autocuidado, avocacionales y vocacionales. No obstante, lo óptimo es que el tratamiento no se inicie en etapas avanzadas de la enfermedad. Varios estudios han demostrado la existencia de etapas preclínicas de artritis reumatoide que acontecen varios años antes de que cumplan los criterios de diagnóstico para la AR. Lo anterior se puede determinar ya que, en pacientes con factores de riesgo genéticos, los autoanticuerpos específicos de la AR se vuelven positivos 10 a 15 años antes de que el paciente desarrolle características clínicas de AR durante las cuales el paciente permanece asintomático. Pero no se puede iniciar un tratamiento oportuno si no existe un diagnóstico oportuno, por lo que el diagnóstico temprano se considera como el índice de mejora clave para los resultados más deseables (destrucción articular reducida, menor progresión radiológica, ausencia de discapacidad funcional y remisión libre de FARME's). En preciso mencionar el desafío que conlleva el diagnóstico temprano, ya que depende en gran medida de la información clínica recopilada en la historia clínica y el examen físico que a su vez tiene que estar respaldado por análisis de laboratorio y gabinete. Las causas por las cuales ocurre un diagnóstico tardío pueden

ser variadas y la falla encontrarse en cualquiera de los procesos mencionados anteriormente. (3)

Con lo obtenido en este estudio se pudo exponer la asociación entre la duración de los síntomas y la clase funcional de los pacientes; Revelando que dependiendo del tiempo de síntomas se ve estrechamente relacionado con la clase funcional de los pacientes, es decir, a medida que los síntomas avanzan sin un diagnóstico y por lo tanto sin un tratamiento la clase funcional de los pacientes se ve deteriorada. Siendo de vital importancia el envío a segundo nivel en una etapa preclínica para inicio de tratamiento y así disminuir la disfuncionalidad en los pacientes como lo sugiere el Dr. Mohamed. (1) Apoyado por Dr. Guo Qiang quien sugiere que la actividad subclínica en artritis reumatoide ocurre hasta en un 12% de los pacientes y que hasta un 30% de ellos presenta progresión clínica y radiológica similar a un estado de enfermedad activa, llevando a los pacientes a deformidad articular, limitación funcional y disminución de la calidad de vida.

Es inevitable darse cuenta de que la AR es una patología compleja y con múltiples presentaciones que en su mayoría culminan con grados de discapacidad significativa en los individuos afectados. Por lo que una vez hecho el diagnóstico es indispensable formar un equipo multidisciplinario compuesto por un médico familiar, un reumatólogo, un fisioterapeuta, enfermería, trabajo social y posiblemente otros especialistas. Quienes trabajarán en conjunto con la finalidad de lograr un mejor resultado para la seguridad del paciente y el control de la enfermedad. La evaluación regular del paciente con el registro cuidadoso de los datos médicos también es crucial para una intervención y un manejo exitosos. (1) Con lo obtenido podemos valorar que más del 90% de los pacientes con diagnóstico de AR de la unidad, son pacientes regulares, posiblemente debiéndose a que los medicamentos se otorgan mensualmente. El hallazgo más significativo fue que los pacientes que acuden regularmente a su médico familiar tienen menos disfunción que los pacientes que no son regulares. Por lo que es factible generar dichos equipos multidisciplinarios para el adecuado control de los pacientes.

Los factores que contribuyen al mal pronóstico de la artritis reumatoide incluyen; sobrepeso u obesidad y en nuestra población más de un tercio de esta presentaba algún grado de sobrepeso u obesidad (31.9%, 19% respectivamente). Por lo cual su potencial contribución como factor de riesgo para detectar una actividad subclínica pudiese ser motivo de un estudio más grande con una mayor población y distribución equitativa con un grupo comparativo. Otros factores asociados a mal pronóstico son; una elevación persistente de biomarcadores inflamatorios, seropositividad al factor reumatoide y ACPA, particularmente con títulos altos, falta de respuesta con dos o más de los medicamentos modificadores de la enfermedad, enfermedad erosiva o inflamación persistente según estudios de imagen, antecedentes heredofamiliares y tabaquismo; lo que nos lleva a revelar que más del 18% de nuestra población presenta tiene un índice tabáquico. (1) Por último, el inicio tardío del tratamiento es un factor importante de mal pronóstico, pudiendo destacar que menos del 2% de nuestra población se encontraba en una clase funcional IV al momento de ser diagnosticada y por lo tanto tratada.

Asimismo, existen factores protectores en la AR tales como las redes de apoyo familiar. (13) Pudiendo resaltar que los pacientes con estado civil casado o unión libre tuvieron un predominio (89.6%) sobre los pacientes que no cuentan con una pareja estable en nuestro estudio. Los niveles de escolaridad elevados se asocian a una mejor comprensión de la enfermedad y el tratamiento de esta, lo que resulta en una adecuada adherencia terapéutica. (13) La población del presente estudio en su mayoría cuenta con estudios de educación superior, por lo que se puede determinar que cuentan con un factor de buen pronóstico. En relación con la ocupación un tercio de la población estudiada realiza tareas propias del hogar o no cuenta con un trabajo remunerable, lo cual implica que el resto de la población cuenta con una actividad que le genera ingresos. Por lo que existe un incremento en la necesidad de resguardar la funcionalidad de los pacientes. Ya que la pérdida del empleo relacionada a los cambios degenerativos de la AR repercute directamente en muchos factores, entre los que destacan el dolor, la fatiga, el deterioro del funcionamiento en la familia y en la sociedad, el grado de discapacidad, depresión. (13)

Una limitación de nuestro estudio es que es descriptivo y transversal, retrospectivo por lo cual solamente intenta analizar un fenómeno en un periodo de tiempo, por lo que no permite establecer relaciones causales entre variables, es decir, mide simultáneamente efecto (variable dependiente) y exposición (variable independiente), limitándose únicamente a medir la frecuencia en que se presenta un fenómeno. La información obtenida directamente del expediente y no del paciente, nos llevó a eliminar gran parte de los expedientes de la base de datos ya que no cuentan con historias clínicas completas o bien no fueron evaluadas con unca clase funcional por el servicio de reumatología. Un dato importante para destacar sería que existen pacientes diagnosticados con AR en el UMF, sin embargo, nunca han recibido una consulta por parte del servicio de reumatología o bien el servicio de reumatología otorgó un diagnóstico diferente.

Un posible sesgo fue que en nuestro estudio no se interrogó directamente al paciente y fueron diagnosticados y tratados por AR por sus propios medios con médicos particulares, sesgando el inicio de la enfermedad y por consecuencia del tratamiento. De la misma es importante resaltar que los criterios de referencia a segundo nivel por parte de un médico familiar a la consulta externa de reumatología son simples y claros, sin embargo, no incluyen la temporalidad de la enfermedad, así como los factores de riesgo para detectar la enfermedad en la fase preclínica.

Nuestro estudio resulta de gran relevancia para la práctica asistencial en medicina familiar ya que nos permite dar a conocer la importancia de referir oportunamente a la consulta externa de reumatología a un paciente con AR para un oportuno inicio de tratamiento y así evitar la disfuncionalidad y esto a su vez las limitaciones para continuar laborando, lo que se traduce en un impacto económico importante. Por lo que potencialmente sienta las bases de futuras investigaciones sobre la optimización de referencias a segundo nivel para inicio de tratamiento en la fase preclínica en pacientes con AR, así como las implicaciones económicas sobre la pérdida de empleos secundario a la degeneración osteoarticular por AR, o bien el uso de terapia y programas integrales para pacientes con AR y la funcionalidad de estos en la calidad de vida de los pacientes.

En respuesta a la prevalencia de la enfermedad en nuestro país es indispensable considerar a la artritis reumatoide como un tema prioritario en los programas académicos en los diversos niveles de educación de todo el personal de salud. Ya que la identificación temprana y el inicio de un tratamiento específico puede detener la enfermedad en muchos pacientes, lo que previene o ralentiza sustancialmente la progresión de la enfermedad, el daño articular irreparable y la discapacidad en hasta el 90 %. (22)

A nivel administrativo la creación de un programa bien estructurado en enfermedades crónicas que incorpore la educación del paciente acerca su enfermedad, que le permita reconocerla y modificar factores de riesgo o mal pronóstico con índices de autoevaluación. Incluyendo programas de apoyo, tal como la fisioterapia, la estimulación nerviosa eléctrica transcutánea (TENS), programas de ejercicios físicos estructurados, terapia ocupacional y contar con un estricto seguimiento y registro; para maximizar la calidad de vida y la funcionalidad de los pacientes con AR.

CONCLUSIONES

A través de el presente estudio se concluye que la artritis reumatoide es una enfermedad que afecta frecuentemente al género femenino con un 95.1% de incidencia. Se observó que la mayoría de los pacientes eran empleados en alguna empresa pública o privada, es importante mencionar que los pacientes catalogados como desempleados incluyen amas de casa, jubilados y pensionados. Lo que no quiere decir que no tengan funciones deterioradas en su día a día. En el rango de edad se observó el predominio en mayores de 61 años.

En esta investigación se cumplió con el objetivo general que fue identificar el cumplimiento de criterios de referencia a segundo nivel por primera vez en pacientes con artritis reumatoide del HGZ/UMF No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, encontrando que los médicos familiares cumplen los criterios de referencia para envío de pacientes al segundo nivel de acuerdo a La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Artritis Reumatoide en el Adulto Mayor define a la artritis reumatoide. Con los resultados obtenidos y de acuerdo con las hipótesis planteadas con fines educativos, se acepta la hipótesis de trabajo, concluyéndose que en los pacientes con artritis reumatoide adscritos al primer nivel de atención del HGZ/MF 8 que son referidos a segundo nivel por primera vez, se cumplen criterios de referencia.

Las enfermedades crónicas degenerativas no siendo la Artritis Reumatoide la excepción, están estrechamente vinculadas a la situación social, emocional, económica, escolaridad y al apoyo del núcleo familiar, que contribuyen al diagnóstico y tratamiento oportuno. El médico especialista en Medicina Familiar debe realizar un manejo integral en estos pacientes, un envío oportuno a segundo nivel con el afán de un tratamiento oportuno, así como incidiendo predominantemente en el entorno familiar para garantizar la preservación del bienestar físico y psicológico, ya que es el enlace de primer contacto entre el paciente y los servicios de salud.

Los resultados obtenidos son un punto de partida para futuras investigaciones, donde se pretenda establecer nuevos criterios de envío a segundo nivel en pacientes en etapa preclínica de artritis reumatoide; así mismo los resultados originan las siguientes propuestas:

- Brindar a los profesionales de salud predominantemente médicos especialistas en familia actualización en reumatología, con la finalidad de brindar una mejor atención y seguimiento a los pacientes con Artritis Reumatoide (AR), así como una posible identificación de pacientes en etapa preclínica.
- Generar mecanismos para orientar a la familia y prepararla para las posibles complicaciones que conlleva la Artritis Reumatoide.
- Brindar estrategias y consejería sobre los factores protectores que pueden implementar en su vida diaria tanto los pacientes con AR como sus familiares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mohammed RH, Bhutta BS. Hand and wrist rheumatoid arthritis. 2022: 14 (2) 3-6.
2. Haraoui B, Khraishi M, Choquette D, Lisnevskaja L, Teo M, Kinch C, et al. Effectiveness and safety of tofacitinib in Canadian patients with rheumatoid arthritis: Primary results from a prospective observational study. *Arthritis Care Res (Hoboken)* 2022.
3. Guo Q, Wang Y, Xu D, Nossent J, Pavlos NJ, Xu J. Rheumatoid arthritis: pathological mechanisms and modern pharmacologic therapies. 2018. (4) 103-7
4. Bandyopadhyay S, Mondal S. Treatment adherence of patients with rheumatoid arthritis during COVID-19 pandemic. *Open J Rheumatol Autoimmune Dis.* 2021: 11(03):106–14.
5. Cardiel MH, Díaz-Borjón A, Vázquez del Mercado Espinosa M, Gámez-Nava JI, Barile Fabris LA, Pacheco Tena C, et al. Actualización de la Guía Mexicana para el Tratamiento Farmacológico de la Artritis Reumatoide del Colegio Mexicano de Reumatología. 2014; 10(4):227–40.
6. Vista de Artritis reumatoide, epidemiología, fisiopatología, criterios diagnósticos y tratamiento. 2022.
7. Asociación Mexicana de Familiares y Pacientes con Artritis Reumatoide A.C. Cifras en México. [Internet]. [citado 17 noviembre 2021] Disponible en: <https://amepar.org.mx/cifras-en-mexico>.
8. Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento de la Artritis Reumatoide en el Adulto Mayor. IMSS-195-08:de 2.

9. Ridha A, Hussein S, AlJabban A, Gunay LM, Gorial FI, Al Ani NA. The clinical impact of seropositivity on treatment response in patients with rheumatoid arthritis treated with etanercept: A real-world Iraqi experience. *Open Access Rheumatol.* 2022;14:113–21.
10. Cai Q, Xin Z, Zuo L, Li F, Liu B. Alzheimer's disease and rheumatoid arthritis: A Mendelian randomization study. *Front Neurosci.* 2018;12:627.
11. Azzam AI, Lamtom M, Khalifa AM. Screening for depressive symptoms in patients with rheumatoid arthritis: relationship with pain severity, disease activity, and sleep quality. *Middle East Curr Psychiatr.* 2022;29(1).
12. Lwin MN, Serhal L, Holroyd C, Edwards CJ. Rheumatoid arthritis: The impact of mental health on disease: A narrative review. *Rheumatol Ther.* 2020;7(3):457–71.
13. Bąk E, Marcisz C, Borodzicz A, Sternal D, Krzemińska S. Comparison of health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis during conventional or conventional plus biological therapy in Poland. *Patient Prefer Adherence.* 2019;13:223–31.
14. Littlejohn EA, Monrad SU. Early diagnosis and treatment of rheumatoid arthritis. *Prim Care.* 2018;45(2):237–55.
15. Lora V, Cerroni L, Cota C. Skin manifestations of rheumatoid arthritis. *G Ital Dermatol Venereol.* 2018;153(2):243–55.
16. Lin Y-J, Anzaghe M, Schülke S. Update on the pathomechanism, diagnosis, and treatment options for rheumatoid arthritis. *Cells.* 2020;9(4):880.
17. Scherer HU, Häupl T, Burmester GR. The etiology of rheumatoid arthritis. *J Autoimmun.* 2020;110:102400.

18. Mueller A-L, Payandeh Z, Mohammadkhani N, Mubarak SMH, Zakeri A, Alagheband Bahrami A, et al. Recent advances in understanding the pathogenesis of rheumatoid arthritis: New treatment strategies. *Cells* [Internet]. 2021;10(11):3017.
19. Alcaide L, Torralba AI, Eusamio Serre J, García Cotarelo C, Loza E, Sivera F. Estado, control, impacto y manejo actual de la artritis reumatoide según los pacientes: encuesta nacional AR 2020. *Reumatol Clín (Engl Ed)*. 2020;18(3):177–83.
20. Chauhan K, Jandu JS, Goyal A, Al-Dhahir MA. *Rheumatoid Arthritis*. StatPearls Publishing; 2022.
21. IMSS. Evaluación de Riesgos Considerados en el Programa de Administración de Riesgos Institucionales. 2019:36-44
22. Lin YJ, Anzaghe M, Schülke S. Update on the Pathomechanism, Diagnosis, and Treatment Options for Rheumatoid Arthritis. *Cells*. 2020;9(4):880.
23. Inglaterra Bryant. Clinical manifestations of rheumatoid arthritis. *Uptodate*. 2022. May 16, 2022.
24. Radu AF, Bungau SG. Management of Rheumatoid Arthritis: An Overview. *Cells*. 2021;10(11):2857.
25. Prasad P, Verma S, Surbhi, Ganguly NK, Chaturvedi V, Mittal SA. Rheumatoid arthritis: advances in treatment strategies. *Mol Cell Biochem*. 2022;10.1007/ s11010-022-04492-3.
26. Aletaha D, Smolen JS. Diagnosis and Management of Rheumatoid Arthritis: A Review. *JAMA*. 2018;320(13):1360-1372.

27. Huang J, Y, Xu D, Nossent J, Pavlos NJ, Xu J. Rheumatoid arthritis: pathological mechanisms and modern pharmacologic therapies. *Bone Res.* 2018;6:15.
28. Baker Joshua F. Diagnosis and differential diagnosis of rheumatoid arthritis. *Uptodate.*2022.
29. Moreland Larry W, Cannella Amy. General principles and overview of management of rheumatoid arthritis in adults. *Uptodate,* 2022. April 2022.
30. Alam J, Jantan I, Bukhari SNA. Rheumatoid arthritis: Recent advances on its etiology, role of cytokines and pharmacotherapy. *Biomed Pharmacother.* 2017;92:615-633.
31. Chauhan K, Jandu JS, Goyal A, Al-Dhahir MA. Rheumatoid Arthritis. In: *StatPearls.* Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; June 4, 2022.
32. Tanaka Y. Rheumatoid arthritis. *Inflamm Regen [Internet].* 2020;40(1).
33. Moreland Larry W, Cannella Amy. General principles and overview of management of rheumatoid arthritis in adults. *Uptodate,* 2022.
34. Cohen Stanley y R Mikuls. Initial treatment of rheumatoid arthritis in adults. *Uptodate,* 2022. Mar 2022.

ANEXOS

ANEXO 1: HOJA DE RECOLECCION DE DATOS

“EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL POR PRIMERA VEZ, DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO.”

Autores: Vez Félix Cecilia^a, Estrada Maravillas Angélica^b, Vilchis Chaparro Eduardo^c, Polaco de la Vega Thalyna^d.

a. Médico residente del segundo año de Medicina Familiar. HGZ/MF 8.

b. Médico Familiar. Profesora Titular de Medicina Familiar. HGZ/MF 8.

c. Médico Familiar. Profesor Médico del Centro de Investigación Educativa y Formación Docente Siglo XXI, CMNSXXI.

d. Médico no familiar, UMQ. Encargada de la Coordinación Clínica de Educación e Investigación en Salud. HGZ/MF 8.

NSS:	Iniciales:
Edad: _____ años. 1 () 18 a 24 años. 2 () 25 a 34 años. 3 () 35 a 64 años. 4 () 65 a 74 años. 5 () 75 a 80 años.	
Sexo: 0 () Masculino 1 () Femenino	
Escolaridad: 1 () Analfabeto 2 () Sabe leer y escribir; primaria. 3 () Secundaria o preparatoria. 4 () Carrera técnica 4 () Licenciatura 5 () Posgrado	
Ocupación: 0 () Desempleado. 1 () Empleado.	
Índice de masa corporal 1 () < 18.5 2 () 18.5 a 24.9 3 () 25 a 29.9 4 () >30 5 () 30 a 34.9 6 () 35 a 39.9 7 () >40	
Estado civil 1 () Soltero 2 () Casado 3 () Unión libre 4 () Divorciado 5 () Viudo	
¿Consume o consumió tabaco? 0 () No 1 () Si	
¿Es un paciente regular? 0 () No 1 () Si	
¿Duración de los síntomas? 1 () < 1 mes 2 () 1 a 6 meses 3 () 6 a 8 meses 4 () 9 a 12 meses 5 () > 1 año	
Clase funcional 1 () Grado 1 2 () Grado 2 3 () Grado 3 4 () Grado 4	
Criterios diagnósticos 0 () < 6 puntos 1 () > 6 puntos	
¿Cumple criterios de referencia? 0 () No 1 () Si	

ANEXO 2: TABLAS INFORMATIVAS MARCO TEÓRICO

TABLA 1. Criterios diagnósticos

Criterios diagnósticos 2010	Puntuación
<ul style="list-style-type: none"> • Población objetivo (¿Quién debe hacerse la prueba?): Pacientes que: • Tienen al menos una articulación con sinovitis clínica definitiva (edema) • Con sinovitis no explicada mejor por otra enfermedad 	
<ul style="list-style-type: none"> • 6 o más puntos son definitivos de AR. 	
<ul style="list-style-type: none"> • COMPROMISO ARTICULAR • 1 articulación mediana-grande • 2-10 articulaciones medianas grandes • 1-3 articulaciones pequeñas • 4-10 articulaciones pequeñas • Más de 10 articulaciones pequeñas 	0 puntos 1 punto 2 puntos 3 puntos 5 puntos
<ul style="list-style-type: none"> • SEROLOGÍA (al menos 1 resultado de la prueba es necesario para la clasificación) • Negativo a FR o a AAPCC • Positivo al menos a 1 de ambos, pero a títulos bajos (valor > al límite, pero no > de 3 veces el punto de corte) • Positivo al menos a 1 de ambos a títulos altos (> a 3 veces el valor máximo de referencia) 	0 puntos 2 puntos 3 puntos
<ul style="list-style-type: none"> • REACTANTES DE FASE AGUDA (al menos 1 prueba) • VSG o PCR normales • VSG o PCR anormales 	0 puntos 1 punto
<ul style="list-style-type: none"> • DURACIÓN DE LOS SINTOMAS • Menos de 6 semanas • 6 semanas o más 	0 puntos 1 punto

Elaboró: Vez Félix Cecilia

TABLA 2. Clase funcional

Clase funcional	Definición
I	Capacidad completa para realizar las actividades usuales de la vida diaria, que incluyen actividades de autocuidado, avocacionales y vocacionales.
II	Puede realizar las actividades de autocuidado y avocacionales pero con limitaciones en las actividades.
III	Puede realizar las actividades de autocuidado, pero tiene limitaciones en las actividades.
IV	Tiene limitaciones para realizar las actividades usuales de autocuidado, avocacionales y vocacionales.

Elaboró: Vez Félix Cecilia

ANEXO 3: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN.



Fecha: 07/11/2022

SOLICITUD DE EXCEPCION DE LA CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Para dar cumplimiento a las disposiciones legales nacionales en materia de investigación en salud, solicito al Comité de Ética en Investigación del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" que apruebe la excepción de la carta de consentimiento informado debido a que el protocolo de investigación "EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL POR PRIMERA VEZ, DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" es una propuesta de investigación sin riesgo que implica la recolección de los siguientes datos ya contenidos en los expedientes clínicos:

- a) Determinar variables sociodemográficas en pacientes con artritis reumatoide.
- b) Factores de Riesgo para artritis reumatoide.
- c) Criterios diagnósticos de artritis reumatoide.
- d) Establecimiento del diagnóstico de artritis reumatoide.
- e) Clase funcional de los pacientes con artritis reumatoide.
- f) Criterios de referencia y contrarreferencia para artritis reumatoide.
- g) Seguimiento del tiempo de atención en pacientes con artritis reumatoide.

MANIFIESTO DE CONFIDENCIALIDAD Y PROTECCION DE DATOS

En apego a las disposiciones legales de protección de datos personales, me comprometo a recopilar solo la información que sea necesaria para la investigación y esté contenida en el expediente clínico y/o base de datos disponible, así como codificarla para imposibilitar la identificación del paciente, resguardarla, mantener la confidencialidad de esta y no hacer mal uso o compartirla con personas ajenas a este protocolo.

La información recabada será utilizada exclusivamente para la realización del protocolo "EVALUACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS CRITERIOS DE REFERENCIA A SEGUNDO NIVEL POR PRIMERA VEZ, DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR DEL HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR NO. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO" cuyo propósito es producto comprometido de tesis.

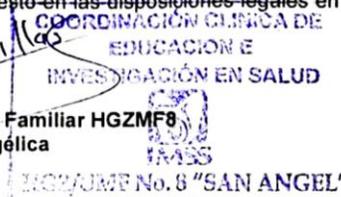
Estando en conocimiento de que en caso de no dar cumplimiento se procederá acorde a las sanciones que procedan de conformidad con lo dispuesto en las disposiciones legales en materia de investigación en salud vigentes y aplicables.

Atentamente

Nombre: **Maravillas Estrada Angélica**

Categoría contractual: **Profesora Titular de Medicina Familiar HGZMF8**

Investigador(a) Responsable: **Maravillas Estrada Angélica**



ANEXO 4: CARTA DE NO INCONVENIENTE DIRECTOR



GOBIERNO DE
MÉXICO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR DE LA CIUDAD DE MÉXICO
HGZMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"
COORD. CLÍNICA DE EDUCACIÓN
E INVESTIGACIÓN EN SALUD

Ciudad de México, a 18 de Julio del 2022.
CCEIS/253 /2022

Carta de no inconveniente del director de la Unidad donde se efectuará el protocolo de investigación.

Polaco de la Vega Thalyna
Titular de la Coordinación de Investigación en Salud
Instituto Mexicano del Seguro Social
Presente.

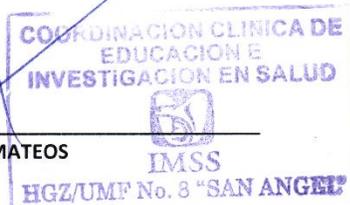
En mi carácter de Director General del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" declaro que no tengo inconveniente en que se efectúe en esta institución el protocolo de investigación en salud con el título "Evaluación del cumplimiento de los criterios de referencia a segundo nivel por primera vez, de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en la Unidad de Medicina Familiar del Hospital General de Zona con Medicina Familiar no. 8 "Gilberto Flores Izquierdo". El protocolo será realizado bajo la dirección de la Dra. Angélica Maravillas Estrada, como Investigadora responsable, en caso de que sea aprobado por el Comité de Ética en Investigación en Salud y el Comité de Investigación del Comité Nacional de Investigación Científica.

A su vez, hago mención de que esta Unidad cuenta con la infraestructura necesaria, así como los recursos humanos capacitados para atender cualquier evento adverso que se presente durante la realización del estudio citado.

Sin otro particular, reciba un cordial saludo.

Atentamente

DR. GUILLERMO BRAVO MATEOS
DIRECTOR HGZMF No. 8.



Avenida Río Magdalena 289, Tizapán San Ángel.
Alcaldía Álvaro Obregón. C.P. 01090. Ciudad de México.
(55) 5550 6422 Ext. 28235.

