

Revista de la Facultad de Medicina

Volumen 47
Volume

Número 2
Number

Marzo-Abril 2004
March-April

Artículo:

Patrón de referencia y nivel de concordancia diagnóstica entre un servicio de reumatología y el primer y segundo nivel de atención médica en una zona metropolitana del D.F.

Derechos reservados, Copyright © 2004:
Facultad de Medicina, UNAM

Otras secciones de este sitio:

- ☞ Índice de este número
- ☞ Más revistas
- ☞ Búsqueda

Others sections in this web site:

- ☞ *Contents of this number*
- ☞ *More journals*
- ☞ *Search*



Hedigraphic.com

Artículo original

Patrón de referencia y nivel de concordancia diagnóstica entre un servicio de reumatología y el primer y segundo nivel de atención médica en una zona metropolitana del D.F.

Hernando Cervera Castillo,¹ Verónica Torres Caballero²

¹ HGRZ No. 25 IMSS.

² FES Zaragoza UNAM y UMF No. 35 IMSS. México.

Resumen

El diagnóstico de pacientes con enfermedades reumáticas enviados por los médicos de atención primaria o secundaria, no coincide a menudo con el que se establece en el servicio especializado de reumatología. Por ello pareció interesante hacer una revisión de la concordancia o falta de ella en un hospital de tercer nivel comparando los diagnósticos de envío con los después establecidos, en un número grande de pacientes. En 407 expedientes revisados las discrepancias fueron altas, principalmente por la poca frecuencia que en el primer nivel se piensa en osteoartritis (30%) en comparación con lo encontrado en el servicio especializado (60%). Además llama la atención la frecuencia elevada que en el primer nivel se diagnostica artritis reumatoide (33%) en comparación con lo que se halla en el tercer nivel (7.6%). Como el tratamiento de esas dos entidades puede diferir, las consecuencias serán serias y para remediar esa situación los AA recomiendan establecer cursos de actualización repetidos.

Palabras clave: *Osteoarthritis, arthritis reumatoide.*

Summary

In the field of rheumatic diseases it is frequent that the diagnosis made at the first or second levels of medical attention does not coincide with that established at the specialized service. A survey of 407 records revealed interesting data. The most frequent diagnosis at the lower levels was rheumatoid arthritis, 33% which at the third level accounted only 7.6%. On the contrary the diagnosis of osteoarthritis at the 1st and 2nd levels was established in only 30% of the transferred cases, while at the specialized level went up to 60%. As the treatment of those two conditions differ widely the consequences of the error in diagnosis can be serious. The authors conclude suggesting to organize frequent and repeated actualizations courses.

Key words: *Osteoarthritis, rheumatoid arthritis.*

Introducción

La presencia de los servicios de reumatología en los hospitales tiene un amplio sustento. En los últimos años los padecimientos reumáticos y de naturaleza autoinmune han sido el foco de atención mundial de la medicina clínica, la epidemiología y de la ciencia básica.¹ Se estima que en la Unión Americana, entre el 5 al 7% de la población total padece de algún tipo de enfermedad autoinmune, mismas que producen incapacidad severa y son una de las causas más importantes de enfermedad crónica.²

En México contamos con información parcial. Sin embargo se acepta que el 10% de la población padece de algún tipo de enfermedad reumática.³ En el IMSS se estima que entre el 6 al 8% del total de su consulta se genera por padecimientos reumáticos.⁴ La escasez de reumatólogos en nuestro país, obliga a que otros grupos médicos (principalmente médicos generales y familiares) a conocer más sobre las entidades reumáticas.⁵ Para realizar el diagnóstico debe “tenerse en mente” o “pensar en el mismo”.⁶ Nuestra impresión particular es que existe un conocimiento mínimo o una idea vaga por otros grupos médicos en la integración diagnóstica de los enfermos reumáticos. Hasta el momento, no se han estudiado las causas de referencia por otros grupos médicos ni la concordancia diagnóstica con un servicio de reumatología en nuestro medio. En un intento por conocer el patrón de referencia y la concordancia diagnóstica entre el primero y el segundo nivel de atención médica con un servicio especializado, decidimos realizar este estudio.

Objetivos

- Indagar el patrón de referencia diagnóstica del primer y segundo nivel de atención médica a un servicio de reumatología en una zona metropolitana del D.F.
- Conocer la concordancia diagnóstica.

Métodos

Se analizaron el total de referencias atendidas por el Servicio de Reumatología del Hospital No. 25 del IMSS, que recibe pacientes de las clínicas de primer y segundo nivel de las zonas metropolitanas de Iztapalapa, Iztacalco y Tláhuac en el DF y municipios conurbados del Estado de México, tales como Cd. Netzahualcóyotl, Los Reyes la Paz, Chalco, Chimalhuacán, Ixtapaluca, Texcoco y Amecameca. El periodo comprendido de estudio fue entre el 1º de agosto del 2001 y el 30 de septiembre del 2002. Se revisaron las notas de referencia de envío: nombre del paciente, diagnóstico de envío y clínica de adscripción o servicio referente. Los diagnósticos se agruparon en las siguientes categorías: osteoartritis (OA), artritis reumatoide (AR), lupus eritematoso sistémico (LES), osteoporosis (OSP), reumatismos regionales (RR), gota, fibromialgia (FM). Otras enfermedades del tejido conectivo (ETC: miopatías inflamatorias idiopáticas (MI), escleroderma (ESP), síndrome de Sjögren, vasculitis, etc.), diagnósticos mixtos (OA-AR) y misceláneas (MCL). Se compararon los diagnósticos de envío con los diagnósticos emitidos por el Servicio de Reumatología y se calculó el estadístico kappa (K) con alpha de 0.01.

Resultados

De un total de 446 referencias atendidas, sólo se incluyeron 407 para su análisis. Se excluyeron 39 referencias, por no contar con diagnóstico de envío o venir de una unidad de tercer nivel de atención.

El 82.5% de las referencias fueron enviadas por el primer nivel. El 82.5% de los envíos correspondieron al sexo femenino y la edad promedio de los pacientes atendidos fue de 53.7 ± 13.3 años (límites de 14 a 83).

Los diagnósticos de envío más frecuentes fueron el de AR con 135 casos (33.1%), OA con 120 casos (29.4%) y OSP con 46 casos (11.3%); otras causas de envío fueron: MCL con 54 casos (13.6%), ETC con 14 casos (3.4%), RR 10 casos (2.4%) y FM con sólo 2 casos.

En el servicio especializado los diagnósticos fueron: 232 (57%) de OA, sólo 31 (7.6%) de AR y 39 (9.5%) de OSP. Además se hallaron, sólo 10 (2.4%) casos de MCL, 27 (6.6%) casos de RR, 25 (6.1%) de ETC y 16 (3.9%) casos de FM. (cuadro 1 y figura 1). Otras causas de menor frecuencia se muestran en la figura 2, donde se destaca que en ocho casos el diagnóstico emitido por el Servicio de Reumatología fue de sujetos sanos.

La concordancia diagnóstica (K) entre el servicio especializado y el primer y segundo niveles fue de .35 ($p < .01$). La concordancia diagnóstica (K) calculada fue de .297 ($p < .01$).

Cuadro 1. Patrón de referencia y nivel de concordancia diagnóstica entre un servicio de reumatología y el primer y segundo nivel de atención médica en una zona metropolitana del D.F.

Categoría reumatólogica	*Diagnósticos de ref. del primer y segundo nivel de atención médica	*Diagnósticos emitidos por el Servicio de Reumatología
Osteoartritis	120 (29.4%)	232 (57%)
Artritis reumatoide	135 (33.1%)	31 (7.6%)
Misceláneas	54 (13.6%)	10 (2.4%)
Osteoporosis	46 (11.3%)	39 (9.5%)
Enf. tejido conectivo	14 (3.4%)	25 (6.1%)
Reumatismo regional	10 (2.4%)	27 (6.6%)
Diagnóstico mixto	10 (2.4%)	1 (0.2%)
Fibromialgia	2 (0.4%)	16 (3.9%)
Gota	9 (2.2%)	10 (2.4%)
Lupus eritematoso	7 (1.7%)	8 (1.9%)
Sano	0 (0%)	8 (1.9%)
Total	407	407

K = .35 ($p < .01$). *No. de casos y porcentaje

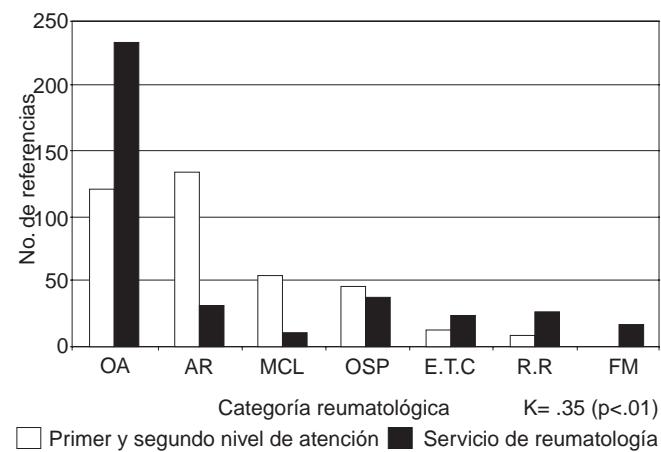


Figura 1. Patrón de referencia y nivel de concordancia diagnóstica entre un servicio de reumatología y el primer y segundo nivel de atención médica en una zona metropolitana del D.F.

Discusión

La frecuencia de los diagnósticos emitidos por el Servicio de Reumatología es muy similar a la reportada por otros autores nacionales,^{3,7} prevalece la OA y la AR, sin embargo se agrega OSP, que es un padecimiento que en los últimos años ha ganado importancia como un problema de salud pública en nuestro país y en el mundo.^{8,9} Debe destacarse en cuanto a OSP, que a pesar de su alta concordancia en este estudio, en realidad debe tomarse como un diagnóstico producto de la tecnología y no necesariamente de agudeza clínica.

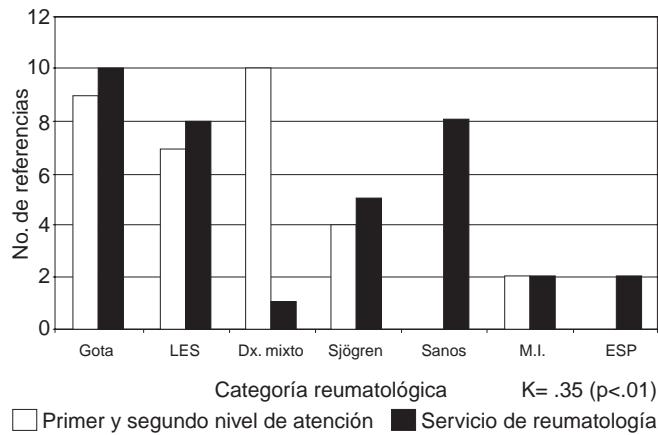


Figura 2. Patrón de referencia y concordancia diagnóstica entre un Servicio de Reumatología y el primer y segundo nivel de atención médica en una zona metropolitana del D.F.

De igual forma, hay similitud entre los reportes previos y lo encontrado en nuestro estudio, predominan las pacientes de sexo femenino como usuarias de los servicios de reumatología y el promedio de edad es sobre los 50 años en los pacientes referidos,¹⁰ hecho que debe poner en alerta a las autoridades y a los prestadores de servicios de salud, en primer término por la vulnerabilidad de género y en segundo por la edad de los pacientes, que proyecta a futuro una demanda de recursos e infraestructura para la atención de pacientes seniles.

La concordancia diagnóstica en general es mala y confirma que el nivel de conocimientos de reumatología por otros grupos médicos es bajo.¹¹ Los resultados en este estudio demuestran que no sólo médicos del primer nivel tienen una baja concordancia diagnóstica, sino también los médicos especialistas, en otros campos, pues estos últimos mostraron una concordancia menor.

Notamos deficiencia en la definición de los diagnósticos emitidos, así encontramos diagnósticos tales como: artritis y artralgias, enfermedad articular crónica, reumatismo articular seronegativo intermitente, artritis de etiología a determinar, etc., a pesar de que existe un Consenso Nacional sobre Enfermedades Reumáticas, que define los diagnósticos y características más sobresalientes de las entidades reumatológicas más comunes.¹² No sabemos cómo se encuentra la concordancia con otras subespecialidades médicas, pero es posible que la tendencia se repita.¹³

Consideramos que muchos de los pacientes referidos a los servicios de reumatología, deben ser atendidos en el primer nivel de atención, máxime que en algunas de las regiones de nuestro país no se cuenta con reumatólogos.

Pensamos que para lograr una mejora en la calidad de la atención, con implicaciones diagnósticas, terapéuticas,

limitación en el daño, costo-beneficio, incapacidad y calidad de vida, es necesario fomentar cursos de reumatología dentro de los programas de educación continua. Además se debe compensar mejor a los instructores que los imparten y promueven¹⁴ y sobre todo, debe hacerse efectiva la cátedra de reumatología en las escuelas de medicina de nuestro país.

Conclusiones

Los diagnósticos más frecuentes, confirmados en el Servicio de Reumatología, fueron el de AR, OA y OSP.

La concordancia diagnóstica en general entre el primer y segundo nivel de atención médica y el servicio de reumatología en este estudio fue mala.

La perspectiva a futuro será: reforzar la difusión de la reumatología entre los médicos generales y otros especialistas para optimizar la preparación y brindar una mejor atención a nuestros enfermos.

Referencias

1. Grignani F. Introduction to systemic autoimmune diseases. *Clin Exp Rheumatol* 1989; 7/S-3: 1-2.
2. Sinha A, Lopez T, McDevitt O. Autoimmune diseases: the failure of self tolerance. *Science* 1990; 248: 1380-1387.
3. Bori G. Principales enfermedades reumáticas en México. Aspectos epidemiológicos e impacto socioeconómico. *Rev Mex Reumat* 2000; 15: 183-201.
4. Fraga A. Importancia y clasificación de las enfermedades reumáticas. En: Lavalle C. Compilador. *Reumatología Clínica*. México. Límus 1989: 1-7.
5. Ramos C. Reumatólogos certificados y recertificados por el Consejo Mexicano de Reumatología A.C. *Rev Mex Reumat* 2002; 17: 221-227.
6. Ramos F. Enfermedades reumáticas. Criterios y diagnóstico. México: McGraw-Hill Interamericana, 1999.
7. Badía J, Irazoque F, Gutiérrez F y col. Encuesta de pacientes en la consulta del reumatólogo. Informe preliminar. *Rev Mex Reumat* 2000; 15: 89-94.
8. Anaya C, Fuentes J, Sánchez M y col. Osteoporosis. *Rev Med IMSS* 1997; 35: 443-450.
9. Delezé M. Osteoporosis: un área dinámica de la medicina. Recomendaciones internacionales en el año 2000 para diagnóstico y tratamiento. *Rev Mex Reumat* 2001; 16: 209-214.
10. Covarrubias J, Alvarez J, Martínez C. Análisis de mil pacientes reumatológicos de Mérida, Yucatán México. *Rev Mex Reumat* 2002; 17: 297-300.
11. Martínez M, Zuvirí A, Cuevas E y col. Conocimientos de reumatología en diversos grupos médicos. *Rev Mex Reumat* 2001; 16: 67.
12. Abud C, Alarcón D, Alcocer J y col. Primer Consenso Nacional sobre Enfermedades Reumáticas. *Rev Mex Reumat* 1995; 10: S2: 6-31.
13. Galán J. Problemas dermatológicos en el primer nivel de atención. Práctica diaria de la dermatología en el 1º. y 2º. niveles de atención médica. *Rev Fac Med UNAM* 2002; 45: 162-163.
14. Sámano J. Consideraciones sobre la educación médica continua. *Rev Mex Reumat* 2002; 17: 207-209.