



CARTAS CIENTÍFICAS

Documentación de signos y síntomas en pacientes con artritis reumatoide: análisis descriptivo de las notas de primer nivel de atención



Documentation of signs and symptoms in patients with rheumatoid arthritis: A descriptive analysis of primary care records

David Vega-Morales*, Mitzi Elena Rojas-Ávila, Alondra Elizabeth Montoya-Montes y Lourdes Gil-Flores

Reumatología y Centro de Infusión, Hospital General de Zona No. 17, IMSS, Nuevo León, Mexico

Disponible en Internet el 28 de abril de 2025

La evaluación por médicos de atención primaria (AP) es importante en el abordaje de la artritis reumatoide (AR) por ser el primer contacto del paciente y los encargados de referir a un especialista. Los expedientes médicos en AP suelen contener información breve, ya que las consultas son cortas. El objetivo del estudio es identificar los signos y síntomas que los médicos de AP reportan en la historia clínica durante el abordaje inicial de los pacientes con diagnóstico probable de artritis reumatoide.

Se realizó un estudio observacional, transversal y retrospectivo en una unidad de AP en Monterrey, México. Se revisaron 94 expedientes electrónicos de pacientes con diagnóstico confirmado de AR en 2018, registrando la presencia de síntomas, hallazgos físicos y estudios de laboratorio previos a la referencia. Para considerarse como reportados, debían estar textualmente en la nota.

De los 94 expedientes evaluados, 77 (81,9%) correspondían a mujeres. La edad media fue de 47 ($DE \pm 12$) años. El tiempo promedio desde la aparición de síntomas hasta la consulta en la que se decidió la referencia a segundo nivel fue de 9 ($DE \pm 5,9$) meses, con un promedio de 4 ($DE \pm 1,75$) citas previas. Los signos, síntomas, estudios de laboratorio y de gabinete reportados aparecen en la [tabla 1](#). Los hallazgos reflejan una limitada documentación de elementos clave en la evaluación inicial de pacientes con probable AR, lo que podría retrasar la referencia a reumatología y, en consecuencia, el inicio del tratamiento adecuado.

La artralgia fue el síntoma más documentado, seguido de rigidez. Las notas médicas no describían la evolución de los síntomas ni en qué momento del día eran más severos, ni detallaban antecedentes ni exploración completa. Si se reportaran todas estas características en la nota médica, se facilitaría la identificación de pacientes con riesgo de progresión a AR, ya que se abordaría gran parte de los parámetros descritos por la *European League Against Rheumatism* (EULAR)¹.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drdavidvega@yahoo.com.mx (D. Vega-Morales).

Tabla 1 Signos, síntomas y estudios de laboratorio y gabinete recogidos en los expedientes clínicos

	n (94)	%	IC 95%
<i>Signos y síntomas</i>			
Artralgia	94	100	96-100
Artralgia en manos	89	94,7	88-97
Artralgia en pies	39	41,4	32-51
Edema	40	42,6	33-52
Rigidez articular	76	80,9	71-87
Pérdida de la función/fuerza	20	21,3	14-30
Calor en la articulación	11	11,7	6-19
Eritema	5	5,3	2-11
Mialgia	15	16	9-24
Antecedentes heredofamiliares	5	5,3	2-11
Uso de AINE	89	94,7	88-97
Test de prensión	12	12,8	7-20
Fatiga	10	10,6	5-18
Parestesias	12	12,8	7-20
<i>Laboratorio y gabinete</i>			
Factor reumatoide	87	92,6	85-96
Proteína C reactiva	78	83	74-89
Velocidad de sedimentación globular	80	85,1	76-90
Erosión radiográfica	7	7,4	3-14

Los antecedentes heredofamiliares de AR se reportaron únicamente en 5 notas. Considerando la alta prevalencia dentro de familias, se debe interrogar intencionadamente esta información. El diagnóstico de AR aún depende en gran medida de la presencia de sinovitis clínicamente evidente. Sin embargo, considerando el bajo número de consultas relacionadas a artralgia de manos por la epidemiología local de artritis reumatoide (0,5-2,8%)², además del poco tiempo de consulta disponible, las veces que el médico de primer contacto tiene la oportunidad de explorar a los pacientes es limitado. La única maniobra de exploración reportada fue la compresión de las articulaciones metacarpofalángicas. Una solución es el método *Gait, Arms, Legs, Spine* (GALS) para la evaluación de pacientes con sospecha de artritis inflamatoria, dado que es una herramienta sencilla, rápida y sensible³.

La solicitud/resultado de factor reumatoide, PCR y VSG se encontraba en la mayoría de las notas. Estos resultados no deben considerarse el único factor para referencia, sino que deben relacionarse con las características del paciente y complementarse con más exámenes⁴. Los reumatólogos no buscan que los médicos de primer contacto diagnostiquen AR, sino que identifiquen el dolor inflamatorio para lograr una referencia oportuna⁵. Positivamente, existen resultados favorables de un protocolo de referencia establecido en nuestra institución reduciendo el tiempo del inicio de los síntomas a la evaluación por un reumatólogo⁶.

Una de las limitaciones del estudio es que no se evaluó la concordancia de los síntomas reportados y no se estudió por qué ciertos síntomas no se documentaron, por lo que sería conveniente analizarlo en futuros estudios.

En conclusión, el médico de primer contacto debe estar capacitado para reconocer las manifestaciones clínicas

iniciales de la AR y reportar los hallazgos de su valoración.

Financiación

La presente investigación no ha recibido ayudas específicas provenientes de agencias del sector público, sector comercial o entidades sin ánimo de lucro.

Consideraciones éticas

El presente trabajo se ha realizado en conformidad con el Código de Ética de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki). El protocolo fue aprobado por el Comité Institucional de Ética con el número R-2019-1912-056.

Conflicto de intereses

Los autores declaran ausencia de conflictos de intereses.

Bibliografía

1. Van Steenberg HW, Aletaha D, Beaaart-van de Voorde LJJ, Brouwer E, Codreanu C, Combe B, et al. EULAR definition of arthralgia suspicious for progression to rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2017;76:491–6.
2. Papadimitropoulos E, Brnabic A, Vorstenbosch E, Leonardi F, Moyano S, Gomez D. The burden of illness of rheumatoid arthritis in Latin America – A systematic literature review. *Int J Rheum Dis.* 2022;25:405–21, <http://dx.doi.org/10.1111/1756-185X.14295>. PMID: 35102697.
3. Dacre J. The GALS screen: The rapid rheumatological exam. *Med J Aust.* 2019;210:396–7.e1.

4. Lin YJ, Anzaghe M, Schülke S. Update on the pathomechanism, diagnosis, and treatment options for rheumatoid arthritis. *Cells*. 2020;9:880, <http://dx.doi.org/10.3390/cells9040880>. PMID: 32260219; PMCID: PMC7226834.
5. Inchingolo F, Inchingolo AM, Fatone MC, Avantario P, del Vecchio G, Pezzolla C, et al. Management of rheumatoid arthritis in primary care: A scoping review. *Int J Environ Res Public Health*. 2024;21:662, <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph21060662>. PMID: 38928909; PMCID: PMC11203333.
6. Vega-Morales D, Silva ANMG, Montoya-Montes AE. Implementation of an early referral programme for patients with hand arthralgia. *J Eval Clin Pract*. 2025;31:e14291, <http://dx.doi.org/10.1111/jep.14291>. PMID: 39733249.