



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
I.S.S.S.T.E.
SUBDIVISION GENERAL MEDICA
CENTRO MEDICO NACIONAL "20 DE NOVIEMBRE"

CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE EN RELACION CON EL USO DE
ESTEROIDES

TESIS DE POSGRADO

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

SUBESPECIALIDAD EN REUMATOLOGIA

P R E S E N T A :

DR. GILDARDO ESCOBAR HERRERA

ASESOR DE TESIS: DRA. FEDRA IRAZOQUE PALAZUELOS



ISSSTE

MEXICO, D. F.

OCTUBRE DEL 2000



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

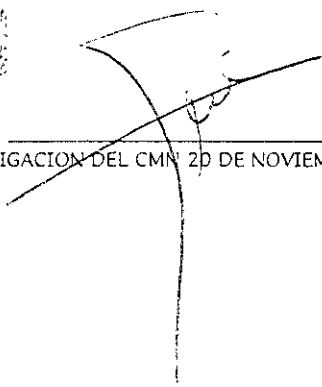
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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.



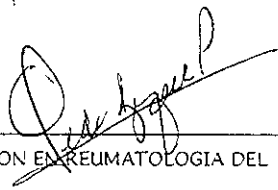
DR. LUIS PADILLA SANCHEZ

SUBDIRECTOR DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DEL CMN 20 DE NOVIEMBRE I.S.S.S.T.E.



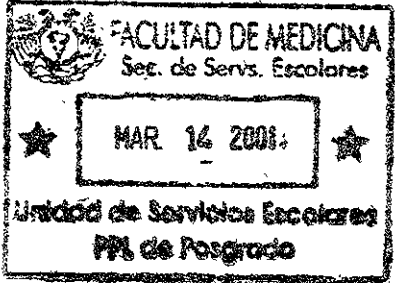
DRA. FEDRA IRAZOQUE PALAZUELOS

PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE SUBESPECIALIZACION EN REUMATOLOGIA DEL CMN 20 DE NOVIEMBRE I.S.S.S.T.E.



DR. GILDARDO ESCOBAR HERRERA

MEDICO RESIDENTE DE REUMATOLOGIA DEL CMN 20 DE NOVIEMBRE I.S.S.S.T.E.



TITULO: CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE
EN RELACION CON EL USO DE ESTEROIDES

INVESTIGADORES:

PRINCIPAL: DR. GILDARDO ESCOBAR HERRERA

ASESOR DE TESIS: DRA. FEDRA IRAZOQUE PALAZUELOS

SEDE DE LA INVESTIGACION:

AREA DE CONSULTA EXTERNA DE REUMATOLOGIA
CMN 20 DE NOVIEMBRE I.S.S.S.T.E.

CALIDAD DE VIDA DE PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN RELACION CON EL USO DE ESTEROIDES

El empleo de esteroides en artritis reumatoide (AR) continua siendo controversial, fundamentalmente por sus efectos secundarios, que se suman a una enfermedad incapacitante. **Objetivo:** Evaluar el impacto del uso de esteroides sobre la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. **Material y métodos:** Se seleccionaron pacientes con diagnóstico de AR de la consulta externa, que recibieran cuando menos dos modificadores de la enfermedad, sin condiciones co-morbidas, distribuidos en 3 grupos: 1(n=21;19 mujeres) que emplean prednisona desde su diagnóstico ($\leq 15\text{mg/d}$), 2(n=21;19mujeres) que nunca han usado esteroides y 3 (n=10;9 mujeres) que los usan de forma intermitente. se estratificaron por años de evolución de la enfermedad y por estado funcional del ACR (I a IV).se efectuaron dos entrevistas.en cada uno se obtuvo el *cor set* de medidas de actividad del ACR y el Spanish HAQ-DI ;se empleo chi-cuadrada, prueba de Kruskal-Wallis y ANOVA para el análisis estadístico. **Resultados:**Para los grupos 1,2 y 3 los promedios(en años) para la edad son 46(32-69), 50 2(28-74) y 49.8(35-66),con duración de la enfermedad 12.1, 8.8 y 11.8 respectivamente, los puntajes de las escalas por grupo. Spanish HAQ-DI: 0.63, 0.44 y 0.77 (p=NS);en la cuenta de articulaciones dolorosas 18.3, 10.1 y 8.5 (p<0.05) e inflamadas 2.6, 3.6 y 3.8(p=NS), EVA de dolor 4.14, 3.54 y 3.53 (p=NS);en las evaluaciones globales de actividad de la enfermedad por el paciente 48.2, 47 y 40 (p=NS) y por el médico 27.1, 23.2 y 15.8 (p<0.05);valores de PCR 1.99, 1.38 y 2.25 (p=NS). **Conclusiones:** Según nuestros resultados el uso o no de esteroides no modifica la calidad de vida a mediano o largo plazo en los pacientes con artritis reumatoide, esto es válido para el grupo total de pacientes,así como al estratificar por tiempo de evolución de la enfermedad y estado funcional.

HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE AND FUNCTION IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS,RELATION WITH STEROIDS USE.

Use of steroids in rheumatoid arthritis (RA) is controversial, mainly because of secondary effects that summarize to a incapacitating disease. **Objective:** To evaluate the use of steroids and impact in health-related quality of life in patients with RA. **Patients and methods:** A total of 52 patients enrolled(they used two DMARD) were assigned to 1 of 3 treatment groups: 1 (n=21; 19 female) with prednisone ($\leq 15\text{mg/day}$) since they were diagnosed. 2 (n=21; 19 female) without steroids and 3 (n=10, 9 female) with intermittent use of prednisone. They were stratified for years of disease evolution and for the ACR response status. The following measures were collected at baseline and second visit as components of the ACR response, which was the primary outcome measure: Tender and swollen joints count (68 joints), patient and physician global assessments of disease activity (on a 0-100 visual analog scale [VAS]), ratings on a pain intensity scale (0-100 VAS), C-reactive protein level (mg/dl) and a Spanish-HAQ-DI questionnaire. **Statistical analysis:** For the 3 treatment groups chi-square, Kruskal-Wallis and ANOVA were used. **Results:** For the groups 1,2 and 3 the mean age (in years) was 46(32-69), 50.2(28-74) y 49.8(35-66), with years of disease 12.1, 8.8 y 11.8 respectively;the mean score in the groups for: Spanish HAQ-DI: 0.63, 0.44 y 0.77 (p=NS);Tender joint counts 18.3, 10.1 y 8.5 (p<0.05) and swollen joint counts 2.6, 3.6 y 3.8(p=NS); pain VAS 4.14, 3.54 y 3.53 (p=NS); global assessment of disease activity patient 48.2, 47 y 40 (p=NS) and for the physician 27.1, 23.2 y 15.8 (p<0.05);C-reactive protein 1.99, 1.38 y 2.25 (p=NS). **Conclusion:** For our results the use of steroids (prednisone) didnot modify the health-related quality of life to long or medium term in patients with RA, this is valid for the total groups of patients both for disease evolution and functional status regarding ACR response.

INDICE

	PAGINAS
ANTECEDENTES	2
MARCO TEORICO	4
JUSTIFICACION	4
OBJETIVOS	5
MATERIAL Y METODOS	6
DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO	7
ANALISIS ESTADISTICO	8
RESULTADOS	9
DISCUSION	14
CONCLUSIONES	15
BIBLIOGRAFIA	16
TABLAS Y ANEXOS	APENDICE

ANTECEDENTES

Las profundas repercusiones clínicas durante la evolución de la artritis reumatoide siempre han sido motivo de gran preocupación y análisis exhaustivo, por lo cual se han creado extensas clasificaciones para catalogar el estado clínico y funcional de los pacientes, algunas escalas han sido validadas para la población hispana (Spanish HAQ-DI, spanish AIM y ADL en español)

El empleo de esteroides En reumatología es motivo de controversia, mientras algunos autores alientan su uso con el fin de inducir una respuesta antiinflamatoria inmediata, para otros autores su uso esta proscrito ya que sus efectos secundarios son inadmisibles para sumarse a una enfermedad crónica e incapacitante

Si bien en nuestro servicio existe un consenso para el empleo de esteroides a dosis bajas por poco tiempo, esto es, hasta tener efecto de fármacos de segunda línea o DMARDS; nuestro centro médico nacional es un hospital de referencia, por lo cual se captan pacientes que han sido multitratados con esteroides y aún más, no tenemos datos sobre el impacto de la artritis reumatoide en la vida diaria de nuestros pacientes

La artritis reumatoide se caracteriza por deformación articular y pérdida de la capacidad funcional, discapacidad y deterioro en la calidad de vida relacionada a la salud, que repercute en las actividades cotidianas.

Una vez diagnosticada la artritis reumatoide en un paciente determinado es obligado valorar la actividad y el daño producido por la enfermedad, se evalúan tres aspectos fundamentales que son proceso, curso y pronóstico. Proceso son los efectos inmediatos articulaciones hinchadas y dolorosas, reactantes de fase aguda, etc., curso es pérdida de salud y capacidad funcional y pronóstico la correlación entre la situación actual y futuro del paciente valorada con instrumentos que predicen incapacidad y morbimortalidad como es el HAQ y sus versiones modificadas (5). no obstante, ahora existe un acuerdo general en cuanto a que el uso aislado de un instrumento no es comparable de ninguna manera al de un análisis de conjunto de diversas variables, las cuales evidentemente siempre proporcionarían mayor información (1,3,4).

Lo anterior ha llevado a la elaboración de conjuntos de normas para evaluar la actividad de la artritis reumatoide en estudios clínicos (2)

Definitivamente existen numerosos aspectos por definirse que requerirán mayor investigación en lo futuro como la elaboración de un conjunto de criterios pronósticos que permitan, por una parte, identificar a los pacientes con una enfermedad potencialmente agresiva, y por otra, evitar que un paciente continúe tomando innecesariamente y por periodos prolongados medicamentos potencialmente nocivos que no redundarán en mayores beneficios terapéuticos

En estudios clínicos previos de corta duración (18 semanas a 9 meses) en los que se ha valorado los criterios de respuesta del Colegio Americano de Reumatología para metotrexate contra placebo u otros fármacos como sales de oro o leflunomida, se ha visto una mejoría ostensible; sin embargo no se disponen de estudios que valoren la repercusión del uso o no de esteroides sobre la capacidad funcional y calidad de vida relacionada a la salud

JUSTIFICACION

De acuerdo a la búsqueda en Medline de 1985 a junio- 2000, no se dispone de estudios que valoren la repercusión del uso o no de esteroides sobre la capacidad funcional y calidad de vida relacionada a la salud; por los efectos deletéreos conocidos por el uso a largo plazo de los esteroides que rivalizan con sus efectos dramáticos en cuanto a mejoría clínica temporal en los pacientes, será útil determinar cual es el rol que tienen en cuanto al status clinico se refiere, aunado a que no se conoce en el servicio cual es la calidad de vida de los pacientes medida por el HAQ-DI.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ En pacientes con artritis reumatoide que emplean esteroides cual es la repercusión en la capacidad funcional y calidad de vida relacionada a la salud ?

En estudios clínicos previos de corta duración (18 semanas a 9 meses) en los que se ha valorado los criterios de respuesta del Colegio Americano de Reumatología para metotrexate contra placebo u otros fármacos como sales de oro o leflunomida, se ha visto una mejoría ostensible, sin embargo no se disponen de estudios que valoren la repercusión del uso o no de esteroides sobre la capacidad funcional y calidad de vida relacionada a la salud

JUSTIFICACION

De acuerdo a la búsqueda en Medline de 1985 a junio- 2000, no se dispone de estudios que valoren la repercusión del uso o no de esteroides sobre la capacidad funcional y calidad de vida relacionada a la salud; por los efectos deletéreos conocidos por el uso a largo plazo de los esteroides que rivalizan con sus efectos dramáticos en cuanto a mejoría clínica temporal en los pacientes, será útil determinar cual es el rol que tienen en cuanto al status clínico se refiere, aunado a que no se conoce en el servicio cual es la calidad de vida de los pacientes medida por el HAQ-DI.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ En pacientes con artritis reumatoide que emplean esteroides cual es la repercusión en la capacidad funcional y calidad de vida relacionada a la salud ?

En estudios clínicos previos de corta duración (18 semanas a 9 meses) en los que se ha valorado los criterios de respuesta del Colegio Americano de Reumatología para metotrexate contra placebo u otros fármacos como sales de oro o leflunomida, se ha visto una mejoría ostensible, sin embargo no se disponen de estudios que valoren la repercusión del uso o no de esteroides sobre la capacidad funcional y calidad de vida relacionada a la salud.

JUSTIFICACION

De acuerdo a la búsqueda en Medline de 1985 a junio- 2000, no se dispone de estudios que valoren la repercusión del uso o no de esteroides sobre la capacidad funcional y calidad de vida relacionada a la salud; por los efectos deletéreos conocidos por el uso a largo plazo de los esteroides que rivalizan con sus efectos dramáticos en cuanto a mejoría clínica temporal en los pacientes, será útil determinar cual es el rol que tienen en cuanto al status clínico se refiere, aunado a que no se conoce en el servicio cual es la calidad de vida de los pacientes medida por el HAQ-DI.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿ En pacientes con artritis reumatoide que emplean esteroides cual es la repercusión en la capacidad funcional y calidad de vida relacionada a la salud ?

OBJETIVOS

GENERAL.

Conocer la calidad de vida relacionada a la salud y capacidad funcional de los pacientes con artritis reumatoide que emplean esteroides, que acuden a la consulta externa de Reumatología del Centro Medico Nacional 20 de Noviembre

ESPECIFICOS.

Valorar la actividad de la enfermedad por el paciente y por el médico

Valorar el estado de dolor e inflamación de las articulaciones involucradas por el paciente y por el médico

Determinar el índice de daño por el Health Assessment Questionarie (HAQ-DI)

Determinar la correlación del status de respuesta y la mejoría de estos criterios en pacientes que emplean o no esteroides

MATERIAL Y METODOS

UNIVERSO DE ESTUDIO

Pacientes con artritis reumatoide del CMN 20 de Noviembre que emplean o no esteroides para su tratamiento

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Tres cohortes históricas (con, sin y empleo intermitente de esteroides) de pacientes que acuden a consulta externa de reumatología desde 1985 – agosto 2000

DISEÑO

observacional, descriptivo, retrolectivo, longitudinal, casos y controles.

OBJETIVOS

GENERAL.

Conocer la calidad de vida relacionada a la salud y capacidad funcional de los pacientes con artritis reumatoide que emplean esteroides, que acuden a la consulta externa de Reumatología del Centro Medico Nacional 20 de Noviembre

ESPECIFICOS:

Valorar la actividad de la enfermedad por el paciente y por el médico

Valorar el estado de dolor e inflamación de las articulaciones involucradas por el paciente y por el médico

Determinar el índice de daño por el Health Assessment Questionarie (HAQ-DI)

Determinar la correlación del status de respuesta y la mejoría de estos criterios en pacientes que emplean o no esteroides

MATERIAL Y METODOS

UNIVERSO DE ESTUDIO

Pacientes con artritis reumatoide del CMN 20 de Noviembre que emplean o no esteroides para su tratamiento

TAMAÑO DE LA MUESTRA

Tres cohortes históricas (con, sin y empleo intermitente de esteroides) de pacientes que acuden a consulta externa de reumatología desde 1985 – agosto 2000

DISEÑO

observacional, descriptivo, retrolectivo, longitudinal, casos y controles.

CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes que cumplan con los criterios del colegio americano de reumatología (ACR) de 1987 para el diagnóstico de artritis reumatoide, que emplean esteroides (prednisona \leq 15 mg/día) .que no emplean esteroides o los usan de forma intermitente

Expedientes clínicos que incluyan información del estado funcional del paciente de acuerdo a los criterios del ACR, valorado en al menos una ocasión por un reumatólogo que no esté vinculado al protocolo

Pacientes que acepten participar en el estudio, con carta de consentimiento bajo información

CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes que no acepten participar en el estudio

Pacientes que requieran de dosis altas de esteroides (\geq 15mg prednisona/día) por complicación extra-articular de la artritis reumatoide

Pacientes con enfermedad del tejido conectivo asociada

Pacientes con otros estado co-morbidos que puedan modificar las respuestas del cuestionario de valoración de salud (HAQ-DI)

CRITERIOS DE ELIMINACION

Pacientes que no cumplan los lineamientos estipulados durante el estudio

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

Se compararon tres cohortes historicas de pacientes con artritis reumatoide definida de acuerdo a los criterios del colegio americano de reumatologia de 1987, una con empleo de esteroides desde su diagnostico (menos de 15 mg/dia de prednisona - PDN -), otra sin empleo de esteroides y una tercera con uso intermitente de esteroides, estratificados en cada uno de los tres grupos de acuerdo al tiempo de evolucion de la enfermedad, genero y estado funcional de la artritis reumatoide (según la clasificacion del colegio americano de reumatología de 1991) A cada grupo se les aplicó un cuestionario de valoracion de calidad de vida y estado funcional, validado para pacientes hispanos ---- Spanish HAQ-DI ---- ya que valora de forma adecuada el estado funcional del paciente, es simple, requiere menos de 5 minutos para su llenado y ha sido utilizado en más de 100 estudios clinicos en los últimos 10 años Además se aplicaron las siguientes seis encuestas Una escala modificada y validada del índice de Ritchie para valorar articulaciones dolorosas (68 articulaciones) y una similar modificada para articulaciones hinchadas (66 articulaciones) en ambos casos se calificaron como una dicotomia única presente o ausente Una escala visual análoga horizontal (0 a 100 mm) para valorar dolor, validada incluso para pacientes analfabetos, aplicada por el propio paciente Dos escalas visuales análogas para la evaluacion global de la enfermedad (0 a 100mm), aplicada una por el paciente y otra por el médico, definidas de acuerdo a los ensayos clinicos aprovados por el colegio americano de reumatología Finalmente el valor de reactantes de fase aguda Proteina C reactiva (PCR) en mg/dl ya que se ha correlacionado como índice de actividad por laboratorio, con valores determinados (anexo)

Se estratificaron los pacientes de acuerdo al empleo o no de esteroides, o uso intermitente de los mismos, tiempo de evolución de la enfermedad y en cada grupo de estos la estratificación de función de acuerdo a criterios del ACR en etapas I a IV, se emplearon tablas de distribución para este fin, además se incluyo género y edad. Ingresaron al estudio pacientes con artritis reumatoide de por lo menos seis meses de evolución. Se realizó un cuestionario basal, posteriormente un cuestionario de control y final, aplicados por el mismo investigador para evitar sesgos.

ANALISIS ESTADISTICO

Se empleo estadística descriptiva incluyendo porcentajes, promedios y mediana, el método de chi-cuadrada para variables categóricas y análisis de multivarianza para variables continuas. Se compararan los grupos etarios por chi-cuadrada (para proporciones) y cuando lo requirio chi-cuadrada con método de Bartlett. La t de Student para promedios entre ambos grupos. Se utilizo análisis de multivarianza por ANOVA para comparaciones entre los tres grupos. Uso de coeficiente de correlación de Yates para determinar el grado de asociación entre variables. Para las variables de intervalo se compararon las medianas de las tres muestras independientes, dado que no se distribuyeron en forma normal en todas las mediciones efectuadas se realizo la prueba de Kruskal-Wallis. Una $p < 0.05$ se considero significativa.

Se estratificaron los pacientes de acuerdo al empleo o no de esteroides, o uso intermitente de los mismos, tiempo de evolución de la enfermedad y en cada grupo de estos la estratificación de función de acuerdo a criterios del ACR en etapas I a IV; se emplearon tablas de distribución para este fin, además se incluyo género y edad. Ingresaron al estudio pacientes con artritis reumatoide de por lo menos seis meses de evolución. Se realizó un cuestionario basal, posteriormente un cuestionario de control y final, aplicados por el mismo investigador para evitar sesgos.

ANALISIS ESTADISTICO

Se empleo estadística descriptiva incluyendo porcentajes, promedios y mediana, el método de chi-cuadrada para variables categóricas y análisis de multivarianza para variables continuas. Se compararan los grupos etarios por chi-cuadrada (para proporciones) y cuando lo requirio chi-cuadrada con método de Bartlett. La t de Student para promedios entre ambos grupos. Se utilizo análisis de multivarianza por ANOVA para comparaciones entre los tres grupos. Uso de coeficiente de correlación de Yates para determinar el grado de asociación entre variables. Para las variables de intervalo se compararon las medianas de las tres muestras independientes, dado que no se distribuyeron en forma normal en todas las mediciones efectuadas se realizo la prueba de Kruskal-Wallis. Una $p < 0.05$ se considero significativa.

RESULTADOS

El primer grupo se conformó por los pacientes que emplean esteroides (prednisona <15mg/día) desde su diagnóstico, constituido por 21 pacientes, 19 mujeres (90.47%) y 2 hombres (9.52%), con una edad promedio de 46 años (rangos 32-69), se encontró un promedio de evolución de la enfermedad de 12.1 años y al clasificarse de acuerdo al estado funcional del colegio americano de reumatología se distribuyeron de la siguiente forma:

Estadio I: 5 pacientes; estadio II 15 pacientes y estadio III un paciente, no se catalogó ningún paciente en estadio IV. (tabla 1). Al distribuirse por grupos etarios de acuerdo a los años de evolución tenemos

<1 año un paciente (4.76%), de 1-3 años dos pacientes (9.52%), de 4-7 años dos pacientes (9.52%), de 8-11 años dos pacientes (9.52%), de 12-15 años seis pacientes(28.57%) y más >15 años ocho pacientes(38.09%).[gráficos 1-5 , tabla 1]

El segundo grupo se conformó por los pacientes que no emplean esteroides (prednisona) desde su diagnóstico, constituido por 21 pacientes, 19 mujeres (90.47%) y 2 hombres (9.52%), con una edad promedio de 50.2 años (rangos 28-74), se encontró un promedio de evolución de la enfermedad de 8.8 años y al clasificarse de acuerdo al estado funcional del colegio americano de reumatología se distribuyeron de la siguiente forma:

Estadio I: 9 pacientes; estadio II 9 pacientes y estadio III tres pacientes, no se catalogó ningún paciente en estadio IV. (tabla 1)

Al distribuirse por grupos etarios de acuerdo a los años de evolución tenemos:

<1 año 0 pacientes (0.0%), de 1-3 años tres pacientes (14.28%), de 4-7 años once pacientes (52.38%), de 8-11 años dos pacientes (9.52%), de 12-15 años dos pacientes (9.52%) , >15 años tres pacientes(14.28%). [gráficos 1-5 , tabla 1].

El tercer grupo se conformo por los pacientes que emplean esteroides de forma intermitente, constituido por 10 pacientes, 9 mujeres (90 0%) y 1 hombre (10 0%), con una edad promedio de 49.8 años (rangos 35-66), se encontro un promedio de evolucion de la enfermedad de 11.8 años y al clasificarse de acuerdo al estado funcional del colegio americano de reumatología se distribuyeron de la siguiente forma

Estadio I un paciente; estadio II tres pacientes y estadio III seis pacientes, no se catalogó ningun paciente en estadio IV (tabla 1)

Al distribuirse por grupos etarios de acuerdo a los años de evolución tenemos

<1 año 0 pacientes (0 0%), de 1-3 años 0 pacientes (0 0%), de 4-7 años tres pacientes (30 0%), de 8-11 años tres pacientes (30 0%), de 12-15 años 0 pacientes (0 0%) finalmente >15 años cuatro pacientes(40.0%) [gráficos 1-5 , tabla 1] Los resultados para las siete escalas empleadas de acuerdo a cada uno de los tres grupos de estudio son los siguientes

El puntaje del cuestionario de valoración de salud (Spanish-HAQ-DI) para las vistas basal y de seguimiento al distribuir a los pacientes en cada uno de los tres por grupos de acuerdo al empleo de esteroides(con, sin e intermitente), grupos etarios de acuerdo a los años de evolución de la enfermedad y estado funcional del ACR se muestra en las tablas 2 a 6 (a mayor puntuación corresponde más deterioro funcional) Los puntajes y promedios (entre paréntesis) para cada una de las dos visitas en el **grupo de uso de esteroide** de acuerdo al estado funcional I son 2.42 (0.48) y 2.2 (0.44); para el estado funcional II 9.31(0.62) y 10.68(0.71) y para el estado funcional III 0.72(0.72) y 1.55(1.55) [tabla 4] Los puntajes y promedios (entre paréntesis) para cada una de las dos visitas en el **grupo sin uso de esteroide** de acuerdo al estado funcional I son 3.48 (0.38) y 2.98 (0.33); para el estado funcional II 5.97(0.66) y 2.21(0.24) y para el estado funcional III 2.27(0.75) y 2.16(0.72) [tabla 4].

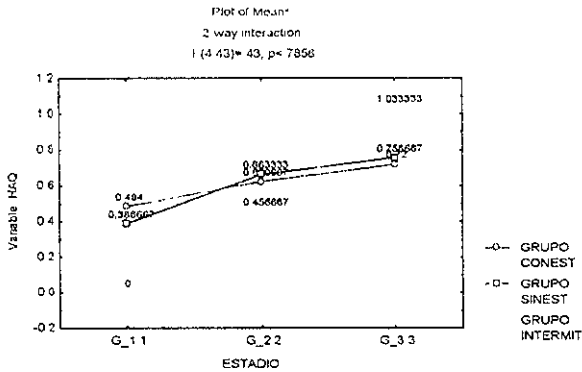
Los puntajes y promedios (entre paréntesis) para cada una de las dos visitas en el grupo de empleo intermitente de esteroides de acuerdo al estado funcional I son 0(0) y 0(0), para el estado funcional II 1.37(0.45) y 1.43(0.47) y para el estado funcional III, 6.2(1.03) y 6.58(1.03) [tabla 4]. El concentrado final para ambas visitas con los promedios de la puntuación del Spanish-HAQ-DI en cada uno de los tres grupos de acuerdo al estado funcional I a III se muestran en la tabla 6(reproducida abajo).

CONCENTRADO DE HAQ POR ESTADIO DE ACR INDEPENDIENTE DE AÑOS DE EVOL. DE AR
ESTADIO ACR

	visita	I	II	III	TOTAL
CON	1	0.48	0.62	0.72	0.59
ESTEROIDE	2	0.44	0.71	1.55	0.68
PROMEDIO		0.46	0.66	1.13	0.63
SIN	1	0.38	0.66	0.75	0.55
ESTEROIDE	2	0.33	0.24	0.72	0.34
PROMEDIO		0.35	0.45	0.73	0.44
ESTEROIDE	1	0	0.45	1.03	0.75
OCASIONAL	2	0	0.47	1.09	0.8
PROMEDIO		0	0.46	1.06	0.77

Se aplicó el método de ANOVA para el análisis de estas variables (en promedios), relacionando el estadio I en cada uno de los 3 grupos para ambas visitas, se efectuó la misma operación para el resto de grupos, con lo cual se obtuvo para la visita basal $p=0.016$ y para la segunda visita una $p=0.006$, sin embargo al realizar el análisis de los subgrupos dado que no se distribuyeron en forma normal se empleó la prueba de Kruskal-Wallis en la cual con 2 grados de libertad se obtuvo para la visita basal $p=0.02$ y en la segunda visita $p=0.01$

unicamente para el grupo de uso intermitente de esteroides, con desviaciones hacia ambos extremos de la gráfica, sin diferencias significativas al comparar los grupos que empleaban o no empleaban esteroides (gráfica 6)



Los resultados del conteo de articulaciones dolorosas para las vistas basal y de seguimiento al distribuir a los pacientes por grupos etarios de acuerdo a los años de evolución de la enfermedad y estado funcional del ACR se muestra en las tablas 7 y 8. Los promedios para ambas visitas de acuerdo a los grupos de estado funcional: I, II y III, son para el **grupo de esteroide**: 8.3, 11.2 y 35.5, el **grupo sin esteroide**: 6.9, 8.5 y 15.1 y para el **grupo con uso intermitente de esteroide**: 2.0, 10.8 y 12.8 [tabla 9]. mediante ANOVA se obtuvo una $p=0.037$. Los resultados del conteo de articulaciones inflamadas para las vistas basal y de seguimiento al distribuir a los pacientes por grupos etarios de acuerdo a los años de evolución de la enfermedad y estado funcional del ACR se muestra en las tablas 10 y 11. Los promedios para ambas visitas de acuerdo a los grupos de estado funcional: I, II y III, son para el **grupo de esteroide**: 0.7, 4.16 y 3.0; el **grupo sin esteroide**: 2.5, 2.2 y 6.1 y para el **grupo con uso intermitente de esteroide**: 0.0, 3.0 y 8.6 [tabla 12]. mediante ANOVA se obtuvo una $p=0.510$.

Los resultados de la escala visual analoga de dolor (en milímetros) para las vistas basal y de seguimiento al distribuir a los pacientes por grupos etarios de acuerdo a los años de evolucion de la enfermedad y estado funcional del ACR se muestra en las tablas 13 y 14. Los promedios para ambas visitas de acuerdo a los grupos de estado funcional: I, II y III, son para el **grupo de esteroide**: 23.8, 44.9 y 55.5, el grupo **sin esteroide**: 24.1, 36.7 y 45.5 y para el **grupo con uso intermitente de esteroide**: 1.0, 42.8 y 62.2 [tabla 15]. mediante ANOVA se obtuvo una $p=0.010$, al efectuarse prueba de Kruskal-Wallis se obtuvo $p=0.014$.

Los resultados de la escala visual análoga de evaluación global de la actividad por el paciente (en milímetros) para las vistas basal y de seguimiento al distribuir a los pacientes por grupos etarios de acuerdo a los años de evolución de la enfermedad y estado funcional del ACR se muestra en las tablas 16 y 17. Los promedios para ambas visitas de acuerdo a los grupos de estado funcional: I, II y III, son para el **grupo de esteroide**: 62.7, 46.9 y 35.0; el grupo **sin esteroide**: 49.5, 46.6 y 45.0 y para el **grupo con uso intermitente de esteroide**: 0, 66.3 y 54.0 [tabla 18] mediante ANOVA se obtuvo una $p=0.982$.

Los resultados de la escala visual análoga de evaluación global de la actividad por el médico (en milímetros) para las vistas basal y de seguimiento al distribuir a los pacientes por grupos etarios de acuerdo a los años de evolución de la enfermedad y estado funcional del ACR se muestra en las tablas 19 y 20. Los promedios para ambas visitas de acuerdo a los grupos de estado funcional: I, II y III, son para el **grupo de esteroide**: 11.8, 34.1 y 35.5; el grupo **sin esteroide**: 7.7, 21.3 y 40.8 y para el **grupo con uso intermitente de esteroide**: 0.0, 17.5 y 29.9 [tabla 21]. mediante prueba de Kruskal-Wallis se obtuvo $p=0.219$. para la primera visita y $p=0.004$ en la segunda; reportando por primera vez diferencias significativas al comparar las diversas pruebas efectuadas en ambas visitas.

Los resultados de reactantes de fase aguda (PCR en mg/dl) para las vistas basal y de seguimiento al distribuir a los pacientes por grupos etarios de acuerdo a los años de evolución de la enfermedad y estado funcional del ACR se muestra en las tablas 22 y 23. Los promedios para ambas visitas de acuerdo a los grupos de estado funcional I, II y III son para el **grupo de esteroide**: 0.34, 0.61 y 5.03, el grupo **sin esteroide**: 1.18, 1.23 y 1.75 para el **grupo con uso intermitente de esteroide**: 0.13, 1.49 y 5.13 [tabla 24] mediante prueba de Kruskal-Wallis se obtuvo $p=0.35$. Las tablas 25 y 26 muestran un resumen de los valores promedios obtenidos en todas los procedimientos efectuados y citados anteriormente.

DISCUSION

Al analizar la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes incluidos por grupos se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ellos, sin embargo dado que los pacientes no se encontraron pareados en una distribución normal, al efectuar el análisis por subgrupos se demuestra una relación prácticamente lineal paralela entre los grupos con y sin empleo de esteroides en los cuales los pacientes se encuentran más estrechamente correlacionados por edad, años de evolución de la enfermedad y su distribución en estado funcional del ACR, como se muestra en la figura 6, para los grupos con y sin esteroide no se encuentra una diferencia estadísticamente significativa al realizar el análisis de multivarianza por ANOVA, corrección con Kruskal-Wallis y chi-cuadrada por método de Bartlett. De igual forma al corregir la distribución normal por subgrupos (I a III) en el grupo de pacientes con empleo intermitente de esteroides en la Fig 6 encontramos los extremos de la dispersión con puntajes tan bajos como cero hasta 1.033 (puntaje más alto),

Los resultados de reactantes de fase aguda (PCR en mg/dl) para las visitas basal y de seguimiento al distribuir a los pacientes por grupos etarios de acuerdo a los años de evolución de la enfermedad y estado funcional del ACR se muestra en las tablas 22 y 23. Los promedios para ambas visitas de acuerdo a los grupos de estado funcional I, II y III son para el **grupo de esteroide** 0.34, 0.61 y 5.03, el grupo **sin esteroide** 1.18, 1.23 y 1.75 para el **grupo con uso intermitente de esteroide** 0.13, 1.49 y 5.13 [tabla 24] mediante prueba de Kruskal-Wallis se obtuvo $p=0.35$. Las tablas 25 y 26 muestran un resumen de los valores promedios obtenidos en todas los procedimientos efectuados y citados anteriormente.

DISCUSION

Al analizar la capacidad funcional y calidad de vida de los pacientes incluidos por grupos se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre ellos, sin embargo dado que los pacientes no se encontraron pareados en una distribución normal, al efectuar el análisis por subgrupos se demuestra una relación prácticamente lineal paralela entre los grupos con y sin empleo de esteroides en los cuales los pacientes se encuentran más estrechamente correlacionados por edad, años de evolución de la enfermedad y su distribución en estado funcional del ACR, como se muestra en la figura 6, para los grupos con y sin esteroide no se encuentra una diferencia estadísticamente significativa al realizar el análisis de multivarianza por ANOVA, corrección con Kruskal-Wallis y chi-cuadrada por método de Bartlett. De igual forma al corregir la distribución normal por subgrupos (I a III) en el grupo de pacientes con empleo intermitente de esteroides en la Fig 6 encontramos los extremos de la dispersión con puntajes tan bajos como cero hasta 1.033 (puntaje más alto),

al realizar las pruebas estadísticas antes citadas para corregir este sesgo de dispersión en los estadios I a III, no se encontró diferencia estadísticamente significativa. Es notable que en relación al tiempo (años) no hay diferencia significativa a mediano o largo plazo.

El grupo con uso de esteroides tuvo la mayor puntuación para la cuenta de articulaciones dolorosas con una diferencia estadísticamente significativa para los tres grupos, sin embargo también presentaron el menor número de articulaciones inflamadas, si bien al analizar este último rubro de forma independiente para los tres grupos no se encontró una diferencia estadísticamente significativa. También este grupo presentó el menor puntaje en la EVA de dolor, sin embargo entre los tres grupos no hubo diferencia significativa. Al analizar las escalas de puntuación de actividad global de la enfermedad por el paciente y por el médico los mayores puntajes promedio fueron para el grupo con uso de esteroides, sin embargo tampoco hubo diferencia estadísticamente significativa al analizar por grupos y corregir la distribución de los subgrupos (estadio I a III del ACR) con énfasis en el tercero (uso intermitente de esteroides) en el cual se comprobó no existe diferencia significativa que aparentaba al analizar por grupo total de pacientes. Los valores de la PCR no presentaron mayores datos de interés al analizar por grupos ya que no presentaron diferencia significativa.

CONCLUSIONES

Según nuestros resultados el uso o no de esteroides no modifica la calidad de vida a mediano o largo plazo en los pacientes con artritis reumatoide, estos resultados son válidos para el grupo total de pacientes, así como al estratificar por tiempo de evolución de la enfermedad y su estado funcional.

al realizar las pruebas estadísticas antes citadas para corregir este sesgo de dispersión en los estadios I a III, no se encontró diferencia estadísticamente significativa. Es notable que en relación al tiempo (años) no hay diferencia significativa a mediano o largo plazo.

El grupo con uso de esteroides tuvo la mayor puntuación para la cuenta de articulaciones dolorosas con una diferencia estadísticamente significativa para los tres grupos, sin embargo también presentaron el menor número de articulaciones inflamadas, si bien al analizar este último rubro de forma independiente para los tres grupos no se encontró una diferencia estadísticamente significativa. También este grupo presentó el menor puntaje en la EVA de dolor, sin embargo entre los tres grupos no hubo diferencia significativa. Al analizar las escalas de puntuación de actividad global de la enfermedad por el paciente y por el médico los mayores puntajes promedio fueron para el grupo con uso de esteroides, sin embargo tampoco hubo diferencia estadísticamente significativa al analizar por grupos y corregir la distribución de los subgrupos (estadio I a III del ACR) con énfasis en el tercero (uso intermitente de esteroides) en el cual se comprobó no existe diferencia significativa que aparentaba al analizar por grupo total de pacientes. Los valores de la PCR no presentaron mayores datos de interés al analizar por grupos ya que no presentaron diferencia significativa.

CONCLUSIONES

Según nuestros resultados el uso o no de esteroides no modifica la calidad de vida a mediano o largo plazo en los pacientes con artritis reumatoide, estos resultados son válidos para el grupo total de pacientes, así como al estratificar por tiempo de evolución de la enfermedad y su estado funcional.

BIBLIOGRAFIA

1. Hochberg MC, Chang RW, Dwosh I, Lindsey S, Pincus T, Wolfe F. The American College of Rheumatology 1991 revised criteria for the clasification of global functional status in rheumatoid arthritis *Arthritis Rheum* 1992., 35 498-502
2. Felson DT, Anderson JJ, Boers M, Bombardier C, Chernoff M, et al. The American College of Rheumatology preliminary core set of disease activity measures for rheumatoid arthritis clinical trials *Arthritis Rheum* 1993., 36: 729-740
3. Buchbinder R, Bombardier C, Yeung M, Tugwell P. Which outcome measures should be used in rheumatoid arthritis clinical trials? *Arthritis Rheum* 38., 11:1568-1580
4. Ward MM. Clinical measures in rheumatoid arthritis: which are most useful in assessing patients? *J Rheumatol* 1993 , 21:17-21
5. Cardiel MM, Abello-Banfi M, Alarcon-Segovia D. How to measure health status in rheumatoid arthritis in non-English speaking patients: validation of a Spanish version of the Health Assessment Questionarie Disability Index (Spanish HAQ-DI) *Clinical exp Rheum* 1993., 11:117-121

tabla 1

CONCENTRADO DEMOGRAFICO

		CON ESTEROIDE			SIN ESTEROIDE			INTERMITENTE ESTEROIDE		
n=		21			21			10		
edad prom		46 (32-69)			50 2(28-74)			49 8(35-66)		
genero H		2 (9.52%)			2 (9.52%)			1(10%)		
M		19 (90.47%)			19 (90.47%)			9(90%)		
duracion de enf años pro		12 1			8 8			11 8		
No enfermos por grupo (años)		<1 1(4.76%)			<1 0(0%)			<1 0(0%)		
		1-3 2(9.52%)			1-3 3(14.28%)			1-3 0(0%)		
		4-7 2(9.52%)			4-7 11(52.38%)			4-7 3(30%)		
		8-11 2(9.52%)			8-11 2(9.52%)			8-11 3(30%)		
		12-15 6(28.57%)			12-15 2(9.52%)			12-15 0(0%)		
		>15 8(38.09%)			>15 3(14.28%)			>15 4(40%)		
estado ACR		I 5 II 15 III 1			I 9 II 9 III 3			I 1 II 3 III 6		
Estado ACR por años de evolución		I II III			I II III			I II III		
<1		1 0 0			0 0 0			0 0 0		
1 a 3		1 1 0			1 2 0			0 0 0		
4 a 7		0 2 0			5 5 1			0 1 2		
8 a 11		1 1 0			2 0 0			1 0 2		
12 a 15		2 3 1			0 1 1			0 0 0		
>15		0 8 0			1 1 1			0 2 2		
total		5 15 1			9 9 3			1 3 6		

tabla 2.

PUNTAJE SPANISH HAQ-DI PRIMERA VEZ
POR ESTADIO ACR

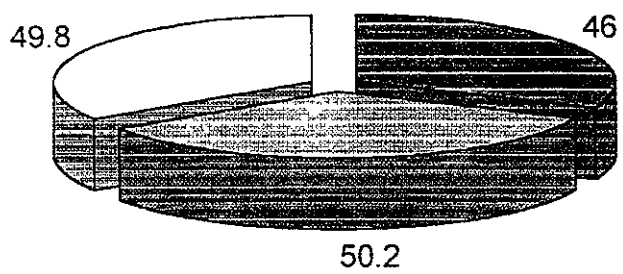
	CON ESTEROIDE			SIN ESTEROIDE			ESTEROIDE INTERMITENTE		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
<1	1.05								
1 a 3	0.05	0.16		0	1.94 0.66				
4 a 7		0.27 1.27		0 0	0.16 1 0.11 0.55 0.22 1.66 0.77 0	0.72		0.33	0.77 0.72
8 a 11	0.38	0.05		0.66 0.72			0		1.16 1
12 a 15	0.72 0.22	0 1.05 1.16	0.72		0	1.55			
>15		1.33 1.38 0.27 0.22 0.5 0.33 1.16 0.16		1	0	0		0.27 0.77	1 1.55

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EMPLEO DE ESTEROIDES



■ 1 CON ESTEROIDE ■ 2 SIN ESTEROIDE □ 3 USO INTERMITENTE DE ESTEROIDE

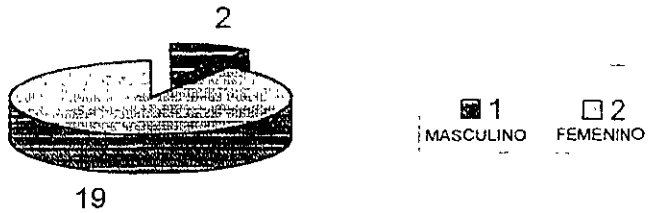
PROMEDIOS DE EDAD POR GRUPOS



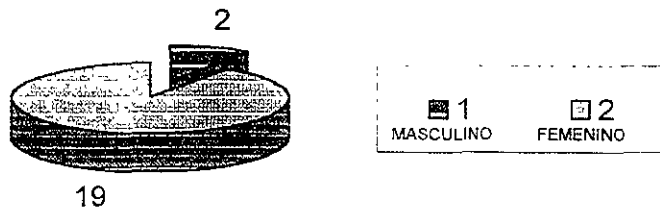
■ 1 CON ESTEROIDE ■ 2 SIN ESTEROIDE □ 3 USO INTERMITENTE DE ESTEROIDE

Fig. 1

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON USO DE ESTEROIDES
POR GENERO



DISTRIBUCION DE PACIENTES SIN USO DE
ESTEROIDES POR GENERO



DISTRIBUCION DE PACIENTES CON USO INTERMITENTE
DE ESTEROIDES POR GENERO

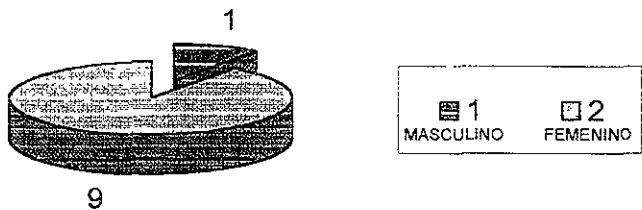


Fig. 2

AÑOS DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD EN PROMEDIO POR GRUPOS

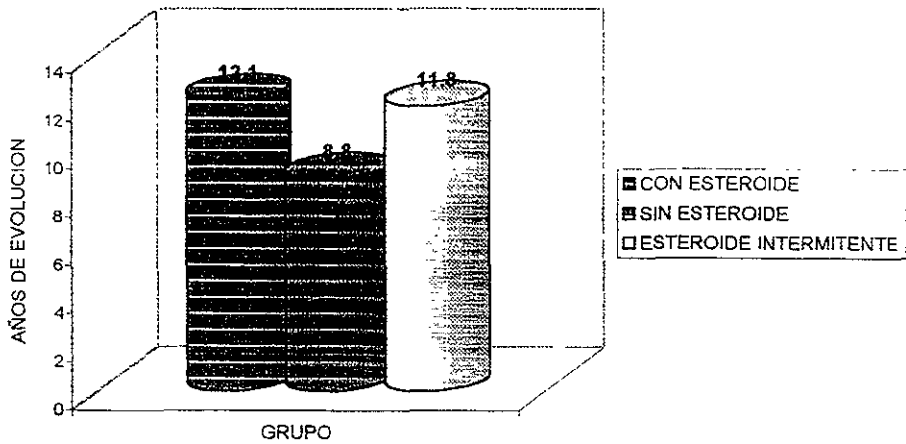
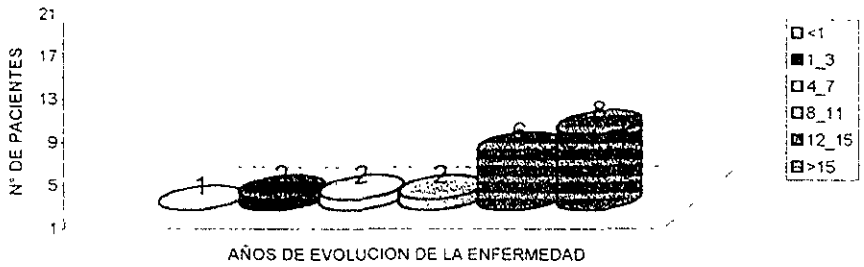


Fig. 3

DISTRIBUCION POR GRUPOS ETARIOS CON USO DE ESTEROIDE



DISTRIBUCION POR GRUPOS ETARIOS SIN USO DE ESTEROIDE



DISTRIBUCION POR GRUPOS ETARIOS CON USO INTERMITENTE DE ESTEROIDE

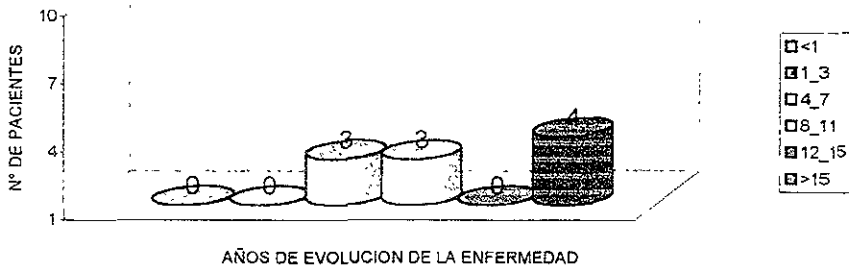
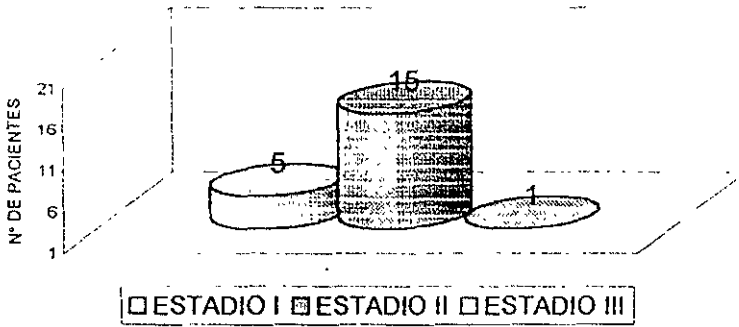
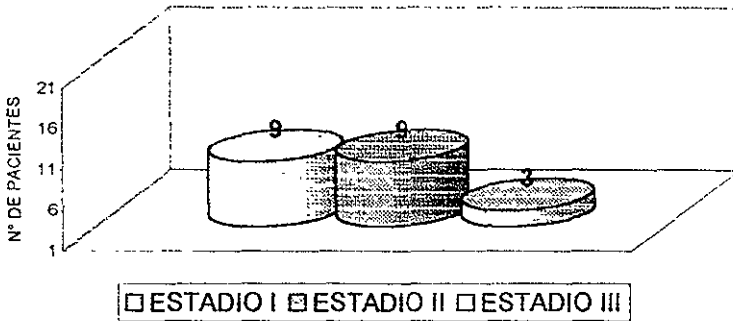


Fig. 4

DISTRIBUCION DE PACIENTES CON USO DE ESTEROIDES POR ESTADO FUNCIONAL DEL ACR



DISTRIBUCION DE PACIENTES SIN USO DE ESTEROIDES POR ESTADO FUNCIONAL DEL ACR



DISTRIBUCION DE PACIENTES CON USO INTERMITENTE DE ESTEROIDES POR ESTADO FUNCIONAL DEL ACR

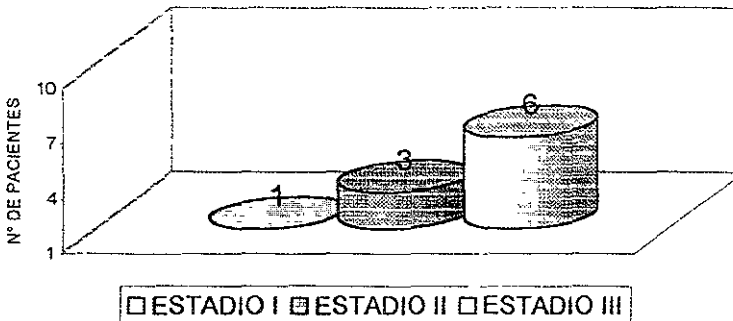


Fig. 5

tabla 3.

PUNTAJE SPANISH HAQ-DI SEGUNDA VEZ
POR ESTADIO ACR

AÑOS DE EVOLUCION DE LA ENFERM	CON ESTEROIDE			SIN ESTEROIDE			ESTEROIDE INTERMITENTE		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
<1	1.05								
1 a 3	0.05	0		0.05	1.66 0.66				
4 a 7		0.5 1.44		0 0 0.11 0 0.61	0 0.88 0.44 1.88 0	1		0.27	0.66 0.61
8 a 11	0.16	0.44		0.61 0.66			0		1.88 0.94
12 a 15	0.11 0.38	0 1.05 1.16	1.55		0	1.16			
>15		1.27 1.11 0.27 0.16 1.23 1 1.05 0		0.94	0.33	0		0.44 0.72	0.94 1.55

PROMEDIOS VALORES Y P.V.

(P. 1)

	CON ESTEROIDE			SIN ESTEROIDE			ESTEROIDE INTERMITENTE		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
SUMA				PRIMERA VEZ					
PROMEDIO									
	2 42	9 31	0 72	3 48	5 97	2 27	0	1 37	6 2
	0 48	0 62	0 72	0 38	0 66	0 75	0	0 45	1 03
GPO		12 45				11 72			7 57
PROM		0 59				0 55			0 75

	CON ESTEROIDE			SIN ESTEROIDE			ESTEROIDE INTERMITENTE		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
SUMA				SEGUNDA VEZ					
PROMEDIO									
	2 2	10 68	1 55	2 98	2 21	2 16	0	1 43	6 58
	0 44	0 71	1 55	0 33	0 24	0 72	0	0 47	1 03
GRUPO		14 43				7 32			8 01
PROMEDIO		0 68				0 34			0 8

	CON ESTEROIDE			SIN ESTEROIDE			ESTEROIDE INTERMITENTE		
	I	II	III	I	II	III	I	II	III
	SUMA Y PROMEDIOS AMBAS VISITAS POR GRUPOS ACR								
	2 42	9 31	0 72	3 48	5 97	2 27	0	1 37	6 2
	0 48	0 62	0 72	0 38	0 66	0 75	0	0 45	1 03
	2 2	10 68	1 55	2 98	2 21	2 16	0	1 43	6 58
	0 44	0 71	1 55	0 33	0 24	0 72	0	0 47	1 03

SUMAS Y PROMEDIOS AMBAS VISITAS GRUPOS POR EMPLEO ESTEROIDES

	12 45			11 72		7 57
	0 59			0 55		0 75
	14 43			7 32		8 01
	0 68			0 34		0 8

tabla 5. HAQ PROMEDIO POR ESTADIO DEL ACR Y AÑOS DE EVOLUCION

I			II			III		
CON	SIN	OCASIONAL	CON	SIN	OCASIONAL	CON	SIN	OCASIONAL
1.05	0	0	0	0	0	0	0	0
0.05	0.025	0	0.08	1.23	0	0	0	0
0	0.18	0	0.87	0.65	0.3	0	0.86	0.69
0.27	0.66	0	0.24	0	0	0	0	1.24
0.47	0	0	0.73	0	0	1.13	1.35	0
0	0.97	0	0.71	0.16	0.53	0	0	1.26

tabla 6. CONCENTRADO DE HAQ POR ESTADIO DE ACR INDEPENDIENTE DE AÑOS DE EVOL. DE AR

	I	II	III	TOTAL
CON	0.48	0.62	0.72	0.59
ESTEROIDE	0.44	0.71	1.55	0.68
PROMEDIO	0.45	0.65		0.63
SIN	0.38	0.66	0.75	0.55
ESTEROIDE	0.33	0.24	0.72	0.34
PROMEDIO	0.35	0.45	0.73	0.44
ESTEROIDE	0	0.45	1.03	0.75
OCASIONAL	0	0.47	1.09	0.8
PROMEDIO	0	0.46	1.06	0.77

Plot of Means
2-way interaction
 $F(4,43)=.43; p<.7856$

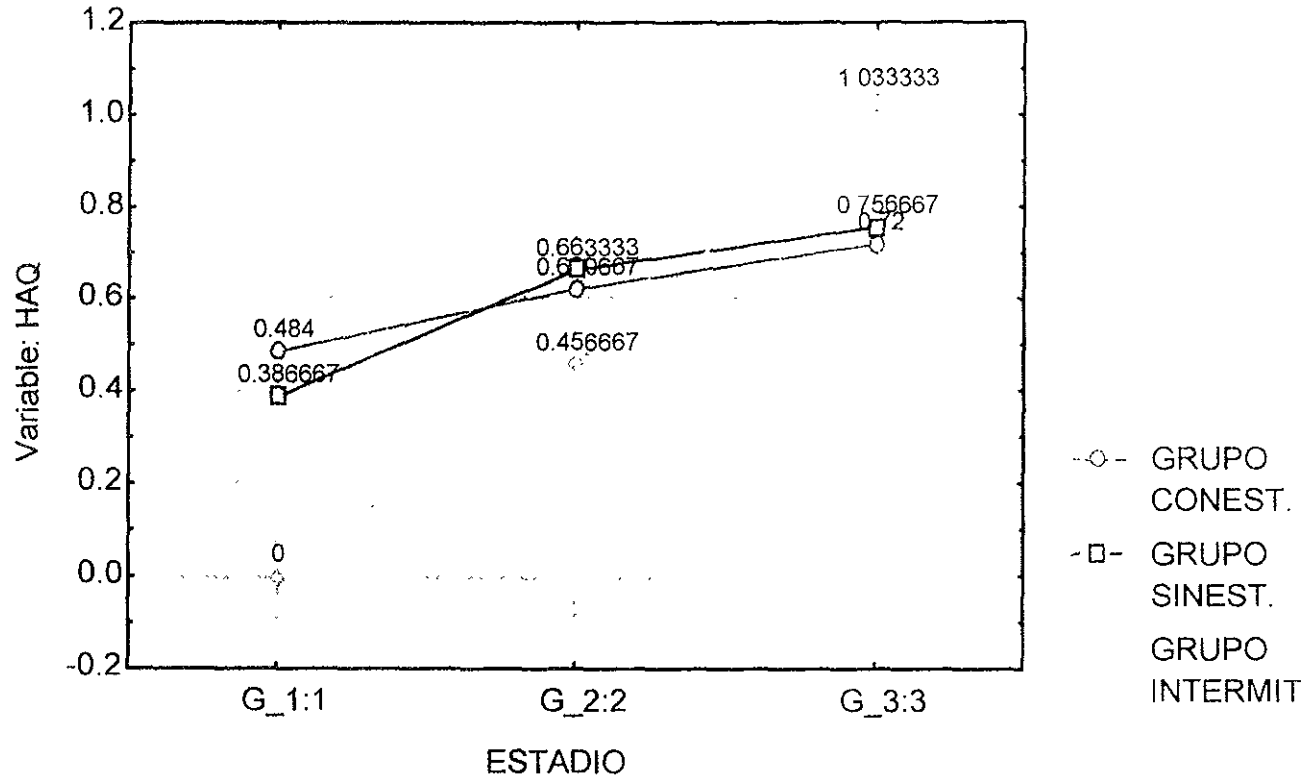


Fig. 6

Tabla 7.

NUMERO DE ARTICULACIONES DOLOROSAS 1a VEZ
POR ESTADIO ACR

CON ESTEROIDE			SIN ESTEROIDE			ESTEROIDE INTERMITENTE		
I	II	III	I	II	III	I	II	III
2								
4	3		0	6				
				16				
	20		0	5	4		16	5
	24		6	12				8
			2	8				
			8	3				
			12	2				
14	1		8			2		27
			4					30
10	2	27		23	24			
5	4							
	14							
	17		31	7	3		2	2
	28						9	5
	12							
	2							
	20							
	7							
	4							
	1							

NUMERO DE ARTICULACIONES DOLOROSAS 2ª VEZ
POR ESTADIO ACR

tabla S'

CON ESTEROIDE			SIN ESTEROIDE			ESTEROIDE INTERMITENTE		
I	II	III	I	II	III	I	II	III
2								
3	8		0	20				
	16		0	4	14		16	5
	38		6	10				1
			1	5				
			2	8				
			7	0				
20	32		6			2		36
			4					29
10	0	44		11	31			
13	0							
	13							
	16		28	4	15		12	2
	12						10	4
	14							
	1							
	16							
	8							
	1							
	4							

CONCENTRADO ARTICULACIONES DOLOROSAS POR ESTADIO ACR INDEPENDIENTE DE AÑOS DE AR

tabla 9

	I	II	III	PROMEDIO GPOS
CON ESTEROIDE	8 3	11 2	35 5	18,3
SIN ESTEROIDE	6 9	8 5	15 1	10 1
OCASIONAL ESTEROIDE	2	10 8	12 8	8 5

NUMERO DE ARTICULACIONES INFLAMADAS 1a VEZ
POR ESTADIO ACR

CON ESTEROIDE			SIN ESTEROIDE			ESTEROIDE INTERMITENTE		
i	ii	iii	i	ii	iii	i	ii	iii
2								
2	3		6	3 0				
	0 13		12 2 1 0 0	6 1 2 0 4	0		5	0 8
0	0		1 0			0		0 20
0 0	3 4 12	4		0	16			
	1 20 1 0 0 7 0 1		0	0	3		0 1	0 2

tabla 10

NUMERO DE ARTICULACIONES INFLAMADAS A LA VEZ
POR ESTADIO ACR

CON ESTEROIDE			SIN ESTEROIDE			ESTEROIDE INTERMITENTE		
I	II	III	I	II	III	I	II	III
2								
1	0		0	18				
	0		20	4	0		2	0
	7		3	0				0
			0	0				
			0	0				
0	4		0			0		12
			0					10
0	0	2		0	18			
0	0							
	11							
	1		0	2	0		10	0
	2						1	2
	1							
	0							
	14							
	19							
	1							
	0							

tabla 11

CONCENTRADO ARTICULACIONES INFLAMADAS POR ESTADIO DEACR INDEPENDIENTE DE AÑOS DE AR

	I	II	III	PROMEDIO GPOS
CON ESTEROIDE	0.7	4.16	3	2.6
SIN ESTEROIDE	2.5	2.2	6.1	3.6
OCASIONAL ESTEROIDE	0	3	6.6	3.8

tabla 12

EVA DO: OR 13 VÉZ mm
 POR ESTADIO ACK

CON ESTEROIDE			SIN ESTEROIDE			ESTEROIDE INTERMITENTE		
I	II	III	I	II	III	I	II	III
23								
10	15		43	59 10				
	69 94		5 21 3 12 30	51 50 55 83 17	7		40	51 29
74	41		62 35			1		65 70
0 24	17 62 85	46		17	88			
	88 95 9 9 63 64 15 13		35	27	81		5 80	82 89

tabla 13

EVA DOLOR 2a VEZ mm
 POR ESTADIO ACR

CON ESTEROIDE			SIN ESTEROIDE			ESTEROIDE INTERMITENTE		
I	II	III	I	II	III	I	II	III
32								
8	22		0	50 8				
	43 94		19 14 2 4 23	11 64 40 75 9	4		20	49 25
3	79		58 53			1		58 66
15 49	0 60 90	65		4	89			
	90 31 9 8 48 4 18 17		35	32	24		34 78	75 88

tabla 14

CONCENTRADO EVA DOLOR POR ESTADIO DE ACR INDEPENDIENTE DE AÑOS DE EVOL DE AR

	I	II	III	PROMEDIO GPOS
CON ESTEROIDE	23 8	44 9	55 5	41 4 mm
SIN ESTEROIDE	24 1	36 7	45 5	35 4 mm
OCASIONAL ESTEROIDE	1	42 8	62 2	35 3 mm

tabla 15

EVALUACION GLOBAL DEL PACIENTE
POR ESTADIO ACR

1a VEZ EN mm

CON ESTEROIDE			SIN ESTEROIDE			ESTEROIDE INTERMITENTE		
I	II	III	I	II	III	I	II	III
73								
90	15		50	59 82				
	95 95		20 20 98 100 77	20 25 100 80 30	20		50	45 70
20	20		88 18			0		50 65
28 83	20 68 0	20		20	90			
	0 4 85 88 50 20 82 20		49	20	20		86 87	32 49

tabla 16

EVALUACION GLOBAL DEL PACIENTE
 POR ESTADIO ACR

2a VEZ EN mm

CON ESTEROIDE			SIN ESTEROIDE			ESTEROIDE INTERMITENTE		
I	II	III	I	II	III	I	II	III
62								
95	15		20	65 90				
	50 95		20 15 98 100 77	15 29 70 80 20	25		70	42 50
10	80		89 17			0		100 65
92 74	0 70 0	50		15	95			
	0 53 90 85 50 89 20		50	20	20		20 85	30 50

tabla 17

CONCENTRADO ACTIVIDAD VALORADA POR EL PACIENTE POR ESTADIO DE ACR INDEPENDIENTE AÑOS DE AR

	I	II	III	PROMEDIO GPOS
CON ESTEROIDE	62.7	46.9	35	48.2
SIN ESTEROIDE	49.5	46.6	45	47
OCASIONAL ESTEROIDE	0	66.3	54	40

tabla 18

EVALUACION GLOBAL DEL MEDICO
POR ESTADIO ACR

1ª VEZ EN mm

CON ESTEROIDE			SIN ESTEROIDE			ESTEROIDE INTERMITENTE		
I	II	III	I	II	III	I	II	III
20								
11	10		5	43 8				
	80 85		20 15 1 5 11	15 18 0 75 20	10		20	5 45
20	10		5 8			0		50 35
11 9	20 70 90	20		15	90			
	12 74 10 3 50 10 10 5		8	20	20		3 27	2 38

tabla 19

EVALUACION GLOBAL DEL MEDICO
POR ESTADIO ACR

2a VEZ

EN mm

CON ESTEROIDE			SIN ESTEROIDE			ESTEROIDE INTERMITENTE		
I	II	III	I	II	III	I	II	III
20								
11	10		5	43				
	80		20	15	10		20	5
	85		15	18				45
			1	0				
			5	75				
			11	20				
20	10		5			0		50
			8					35
11	20	20		15	90			
9	70							
	90							
	12		8	20	20		3	2
	74						27	38
	10							
	3							
	50							
	10							
	10							
	5							

tabla 20

CONCENTRADO VALOR ACTIVIDAD POR EL MEDICO, POR ESTADIO ACR INDEPENDIENTE DE AÑOS CON AR

	I	II	III	PROMEDIO GPOS
CON ESTEROIDE	11.8	34.1	35.5	27.1
SIN ESTEROIDE	7.7	21.3	40.8	23.2
OCASIONAL ESTEROIDE	0	17.5	29.9	15.8

tabla 21

LABORATORIO

1a VEZ PCR mg/dl
 POR ESTADIO ACR

CON ESTEROIDE			SIN ESTEROIDE			ESTEROIDE INTERMITENTE		
I	II	III	I	II	III	I	II	III
1								
1	0.43		0.16	1 0.4				
	0.13 0.46		0.85 2.3 0.13 0.45 1	0.13 1 1 2.25 0.13	0.13		1	1 1
0.24	1		1 1			0.13		2.79 1
186 1	0.13 1 2.76	4.08		1.77	5.08			
	1 0.31 1 1 1.27 1.48 0.9 0.13		1	0.13	0.13		1.09 1	1 1

tabla 22

LABORATORIO

2a VEZ PCR mg/dl
POR ESTADIO ACR

CON ESTEROIDE			SIN ESTEROIDE			ESTEROIDE INTERMITENTE		
I	II	III	I	II	III	I	II	III
1								
1	1.43		0.41	1				
	0.13		0.13	0.13	1		1	1
	0.13		0.56	1				1
			0.81	1				
			6.03	1.3				
			1	0.01				
0.44	0.35		1			0.13		7.48
			1					1
1	0.13	5.78		6.34	1.47			
1	1							
	1							
	1		1	0.13	0.36		1.89	1
	0.33						1	1
	1							
	1							
	2.4							
	1							
	1.23							
	0.38							

tabla 23

CONCENTRADO DE INDICES

PACIENTES CON ESTEROIDES

ETAPA ACR	HAQ-DI	ART DOLOR	ART INFLAM	DOLOR	EVAL PAC	EVAL MED	LAB
I	0.46	8.3	0.7	23.8	62.7	11.8	0.34
II	0.66	11.2	4.16	44.9	46.9	34.1	0.61
III	1.13	35.5	3	55.5	35	35.5	5.03
PROMEDIO	0.63	18.3	2.6	41.4	48.2	27.1	1.99

PACIENTES SIN ESTEROIDES

ETAPA ACR	HAQ-DI	ART DOLOR	ART INFLAM	DOLOR	EVAL PAC	EVAL MED	LAB
I	0.35	6.9	2.5	24.1	49.5	7.7	1.18
II	0.45	8.5	2.2	36.7	46.6	21.3	1.23
III	0.73	15.1	6.1	45.5	45	40.8	1.75
PROMEDIO	0.44	10.1	3.6	35.4	47	23.2	1.38

PACIENTES USO OCASIONAL ESTEROIDES

ETAPA ACR	HAQ-DI	ART DOLOR	ART INFLAM	DOLOR	EVAL PAC	EVAL MED	LAB
I	0	2	0	1	0	0	0.13
II	0.46	10.8	3	42.8	66.3	17.5	1.49
III	1.06	12.8	8.6	62.2	54	29.9	5.13
PROMEDIO	0.77	8.5	3.8	35.3	40	15.8	2.25

tabla 25

CONCENTRADO FINAL EN PROMEDIOS DE INDICES POR GRUPOS

PACIENTES	CON ESTEROIDE	SIN ESTEROIDE	ESTEROIDE OCASIONAL
HAQ-DI	0.53	0.44	0.77
ART DOLOR	18.3	10.1	8.5
ART INFLAM	2.6	3.6	3.8
DOLOR	4.14	3.54	3.53
EVAL PAC	48.2	47	40
EVAL MED	27.1	23.2	15.8
LAB	1.99	1.38	2.25

tabla 26