



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N. 28**

**“VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES PORTADORES DE ARTRITIS REUMATOIDE
DE LA UMF N. 28.”**

T E S I S

**P A R A O B T E N E R E L T Í T U L O D E P O S G R A D O E N L A
E S P E C I A L I D A D D E:**

M E D I C I N A F A M I L I A R

P R E S E N T A

D R A . A U R E A T E R E S A O S N A Y A N A V A

**Dra. Sonia Gacitúa Zambrano
Dr. Ignacio Arroyo Moreno
Asesores Clínicos**

**Dra. Silvia Landgrave Ibáñez
Asesor Experimental**

MÉXICO D. F. FEBRERO 2009.

No DE REGISTRO: R-2009-3607-5



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.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR N.28
**“VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES
DE ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF 28**

AUTORIZACIONES

DRA. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ

Asesor Experimental

Coordinadora De la Biblioteca “José Laguna García”
Departamento de Medicina Familiar UNAM

DRA. SONIA GACITUA ZAMBRANO

Asesor Clínico

Especialista en Reumatología
Adscrito al HGR. No I “Carlos McGregor Sánchez Navarro”

DR. IGNACIO ARROYO MORENO

Asesor Clínico

Especialista en Medicina Familiar

**“VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE
ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF 28”**

**AUTORIDADES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO. 28 “GABRIEL MANCERA” DEL IMSS**

DR. JUVENAL OCAMPO HERNÁNDEZ

Director de la Unidad de Medicina Familiar No 28 “Gabriel Mancera”

DR. IGNACIO ARROYO MORENO

Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud
De la Unidad de Medicina Familiar No 28
“Gabriel Mancera”

DRA. DULCE MARIA RODRIGUEZ VIVAS

Profesor Titular Del Curso de Especialización en Medicina Familiar
Unidad de Medicina Familiar No 28 “Gabriel Mancera”

VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF 28.

OBJETIVO: valorar la calidad de vida a través del Test QoL-RA, en pacientes portadores de Artritis Reumatoide de la UMF 28.

MATERIALY METODOS: estudio prospectivo, transversal, descriptivo, observacional en pacientes con Artritis Reumatoide de la UMF 28 mayores de 16 años, ambos sexos, que cumplieron con los criterios propuestos por el Colegio Americano de Reumatología, así como valoración previa por reumatología. La muestra total de pacientes fue de 111. La *estadística* se llevó a cabo a través del programa SPSS15 para Windows vista, con el cual se obtuvieron frecuencias y porcentajes.

RESULTADOS: de los 111 pacientes estudiados 98 (88.3%) fueron del sexo femenino y 13 (11.7%) del sexo masculino, la mayor frecuencia se encontró en el grupo de 60-69 años, la ocupación que predominó fue jubilado-pensionado con 45 (40.5%) pacientes, seguida de ama de casa con 25 (22.5%). Del total de pacientes estudiados 99 (89.2%) viven con sus familias y 12(10.8%) viven solos. Al aplicar el *Test QoL-RA* se obtuvo una **media total o total score** con un valor de **6.7** encontrando que los pacientes portadores de Artritis Reumatoide de la UMF 28 perciben una Calidad de Vida Regular.

CONCLUSIONES: las enfermedades crónicas como la Artritis Reumatoide están estrechamente vinculadas a la situación social y emocional del paciente, y tienen impacto en la calidad de vida. Se establece que los pacientes portadores de Artritis Reumatoide de la UMF No 28 se perciben con una calidad de vida regular.

PALABRAS CLAVE: *Artritis reumatoide, Calidad de Vida, QoL-RA*

AGRADECIMIENTOS:

A DIOS

Por ser mi refugio, ayudarme en momentos de angustia y aumentar mi fe cada día; por enseñarme que solo en él debo confiar y así mismo darme la humildad para reconocer mis errores, por perdonarme en todo momento y sanar todas mis enfermedades.

A MI PADRE

Por enseñarme el significado de fortaleza, por ayudarme a entender que hay momentos para todo; porque juntos comprendimos que no hay nadie tan perfecto que haga siempre bien las cosas, pero sobre todo por como es, pues si hubiera sido diferente yo no sería quien soy ahora. *! Gracias Papá te quiero mucho ;*

A MI MADRE

Por ayudarme a mantener mis ilusiones, pero sobretodo porque juntas aprendimos a ver la realidad y afrontarla; por sus palabras de aliento, amor, cariño y confianza. *! Gracias Mamá, te quiero mucho ;*

A MI HERMANA

Por ser mi confidente, mi amiga, mi aliada; porque juntas encontramos el verdadero valor de una familia y estamos dispuestas a conservarlo. *! Hermanita lo logré, sin ti no hubiera podido. Gracias ;*

A MILLI

Porque **TE AMO**, por recibir mi amor y corresponderlo, porque juntos aprendemos cada día a encontrar el valor de la vida, pero sobre todo juntos hacemos un gran equipo y nos ayudamos a cumplir nuestras metas. *! Mi amor, como ayer, como hoy y siempre triunfamos. Gracias por todo ;*

A MIS ASESORES

Por todas las horas que me brindaron, por transmitirme su experiencia, pero sobre todo por creer en todo momento en mi trabajo. *¡Gracias, sin ustedes no tendría en mis manos esta tesis!*

ÍNDICE

1 Marco Teórico	
1.1 Artritis Reumatoide	1
1.2 Calidad de Vida	8
1.3 Planteamiento del Problema	13
1.4 Justificación	14
1.5 Objetivos	15
1.6 Hipótesis	15
2 Materiales y Métodos	
2.1 Tipo de Investigación	16
2.2 Diseño de Investigación	17
2.3 Población, lugar y tiempo	18
2.4 Ubicación Temporal y Espacial de la población	18
2.5 Muestra	18
2.6 Criterios de Inclusión, Exclusión y Eliminación	19
2.7 Variables	20
2.8 Diseño Estadístico	25
2.9 Fuente de Datos	26
2.9.1 Instrumentos de Recolección de Datos	26
2.9.2 Método de Recolección de Datos	26
2.9.3 Cronograma	27
2.10 Maniobra Para Evitar y Controlar Sesgos	29
2.11 Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	29
2.12 Consideraciones Éticas	30
3 Resultados	31
4 Discusión	45
5 Conclusiones	47
6 Bibliografía	48
7 Anexos	50

1 MARCO TEÓRICO

1.1 ARTRITIS REUMATOIDE

1.1.1 DEFINICIÓN

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad de etiología multifactorial y autoinmune que se caracteriza por un proceso inflamatorio crónico que se inicia en el tejido sinovial de las articulaciones diartrodias.¹

80% de los pacientes tienen factor reumatoide IgM anti-IgG, grupo que conforma a la artritis reumatoide seropositiva; el restante 20%, tiene un factor reumatoide diferente y constituye a la artritis reumatoide seronegativa.¹

1.1.2 EPIDEMIOLOGÍA

Tiene una prevalencia mundial del 0.8%, ocurre entre los 30 y 50 años de edad, es más común en mujeres con una relación de 3:1 con respecto al hombre.^{2,3} La esperanza de vida de los sujetos con esta enfermedad puede reducirse de 3 a 18 años.⁴

La Artritis Reumatoide como la mayoría de las enfermedades reumatológicas, influye notablemente en la calidad de vida del paciente, afecta de manera directa su capacidad laboral, desempeño social y relaciones con la familia.⁵

1.1.3 ETIOLOGÍA

La causa que inicia la lesión en las articulaciones no es conocida. Los factores que se han implicado en su etiología son: genéticos, artritogénicos, hormonales, neuroendocrinos y factores inmunológicos.⁶

Factores Genéticos: existen varios niveles de control genético de la respuesta inmune, de los cuales el más importante es el complejo principal de histocompatibilidad. El sistema inmune es regulado por moléculas que son codificadas por genes de dicho complejo; estos genes están localizados en el brazo corto del cromosoma 6 dentro de la región HLA-DR. Existen múltiples informes que demuestran la asociación de Artritis Reumatoide y HLA-DR4 en diferentes razas y grupos étnicos.⁷

En mexicanos se han identificado haplotipos DRB1 y DR4. La presencia de éstos se relaciona con la positividad al factor reumatoide, a cambios radiológicos graves y a manifestaciones extraarticulares.⁸

Factores Artritogénicos: antígenos propios: colágena tipo II, productos derivados de proteoglicanos, proteína de unión a cadena pesada (inmunoglobulinas), antígenos externos:

agresión viral: virus de Epstein Bar, virus de hepatitis B, hepatitis C, herpes virus, parvovirus B19, virus linfotrópico de células T tipo 1; agresión bacteriana, micobacterias, micoplasmas y superantígenos.⁹

Factores Hormonales: existe una alteración funcional del eje hipotálamo-hipófisis-glándulas suprarrenales que condiciona disminución de la ACTH y cortisol, ésta deficiencia adrenocortical causa disminución del nivel de estrógenos.⁹

Factores inmunológicos: humorales: existe la formación de anticuerpos específicos IgM o IgG reactivos con los fragmentos Fc y rara vez con los fragmentos Fab de los anticuerpos propios. Celulares: se presenta un infiltrado linfocitario muy notable con predominio de linfocitos TCD4+.^{9, 10}

1.1.4 FISIOPATOLOGÍA

Se inicia cuando células especializadas: macrófagos y células dendríticas (células presentadoras de antígenos) identifican antígenos propios o externos, causan activación de linfocitos TCD4+ con infiltración y proliferación celular (particularmente a nivel de la membrana sinovial de sinoviocitos tipo A ó macrófagos sinoviales, sinoviocitos tipo B o fibroblastos, mastocitos, histiocitos y células mononucleares); concomitante con la activación, existe liberación de citocinas proinflamatorias incluidas: IL2, IFN gama, IL6, IL10, FNT alfa, IL13, IL16, IL17, IL1, IL8, IL12 que contribuyen al proceso inflamatorio agudo; la persistencia del estímulo antigénico, contribuye a la inflamación crónica, con proliferación y neovascularización de la membrana sinovial con formación de panus que penetra e invade, causando destrucción del cartílago y del hueso.^{4,10}

1.1.5 MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Síntomas Generales: fatiga, anorexia, debilidad generalizada, síntomas musculoesqueléticos vagos, fiebre de hasta 40 grados, linfadenopatías.⁹

Síntomas específicos: dolor en la articulación afectada que se agrava con el movimiento, rigidez generalizada que es mayor después de períodos de inactividad, rigidez matutina que dura más de una hora.¹¹

Signos iniciales: calor es evidente sobre la articulación, eritema, tumefacción articular que se debe a la acumulación de líquido sinovial y a la hipertrofia de la membrana sinovial, movilidad limitada por el dolor, la articulación inflamada permanece en flexión al alcanzar el grado máximo de inflamación para reducir al mínimo la distensión de la cápsula.¹²

Manifestaciones articulares: causa una artritis simétrica que afecta a las articulaciones interfalángicas proximales, metacarpofalángicas y metatarsofalángicas seguida por muñecas, rodillas, codos, tobillos, caderas, hombros y puede afectar las articulaciones temporomandibulares, cricoaritenoides y esternoclaviculares.¹¹

Cuando la inflamación es persistente y crónica aparecen diferentes deformidades en la mano: desviación radial a nivel de la muñeca, con desviación cubital a nivel de los dedos, a menudo con subluxación palmar de las falanges proximales (deformidad en Z), deformidad en cuello de cisne, en boutonnière, en pies: eversión de la mitad posterior del pie, subluxación plantar de la cabeza de los metatarsianos, ensanchamiento de la mitad anterior de los pies, hallux valgus y desviación lateral con subluxación dorsal de los dedos de los pies.^{11, 13, 14}

Manifestaciones extraarticulares: nódulos reumatoides, se localizan en las superficies extensoras de las articulaciones, con mayor frecuencia en codos, interfalángicas proximales, metacarpofalángicas o en puntos de presión como región occipital, glútea o tuberosidad isquiática. Manifestaciones pulmonares: pleuritis, fibrosis pulmonar intersticial difusa, enfermedad pulmonar nodular, neumoconiosis reumatoidea (Síndrome de Caplan), arteritis pulmonar y enfermedad obstructiva de vías aéreas; cardiovasculares: la pericarditis es la más frecuente se encuentra en un 30-40% de los casos de autopsias; hepáticas: alteraciones de las pruebas de funcionamiento hepático, manifestadas principalmente por elevación de fosfatasa alcalina; oculares: lesión corneal y conjuntival asociadas con el síndrome de Sjögren; se puede desarrollar también epiescleritis y escleritis; neurológicas: se han definido cuatro tipos de neuropatía periférica: mononeuritis, mononeuritis múltiple o polineuropatía con hiperestesia o parestesias focales y pérdida sensorial multinodal distal, la manifestación clínica más frecuente es la caída de un pie o muñeca y la incapacidad para la flexión y déficit sensorial en una o más extremidades, relacionada a vasculitis de los vasa nervorum; vasculitis reumatoide: las lesiones son del tipo vasculitis necrozante diseminada de arterias de mediano calibre, en las extremidades inferiores sobre todo en los maleolos pueden desarrollarse grandes úlceras isquémicas.^{7, 15}

1.1.6 DIAGNÓSTICO

El diagnóstico es clínico, se aplican usualmente los criterios establecidos por el Colegio Americano de Reumatología¹⁷ que se anotan a continuación:

CRITERIOS (SÍNTOMAS Y SIGNOS)	DEFINICIÓN
1) Rigidez matutina	Rigidez matinal en y alrededor de las articulaciones, de al menos una hora de duración, antes de la máxima mejoría.
2) Artritis de 3 o más áreas articulares	Cuando menos 3 áreas articulares, simultáneamente presentan inflamación de tejidos blandos o líquido, corroborados por el médico. Las 14 posibles áreas pueden ser: interfalángicas proximales derechas o izquierdas, metacarpo falángicas, muñeca, codo, rodilla, tobillo y metatarso-falángicas.
3) Artritis en articulaciones de manos	Inflamación al menos en un área, muñeca, MCF o IFP.
4) Artritis simétrica	Afección simultánea de las mismas áreas articulares, en ambos lados del cuerpo, afección simultánea en IFPS, MCFs o MTFs, que es aceptable sin que haya absoluta simetría.
5) Nódulos reumatoides	Nódulos subcutáneos sobre prominencias óseas o superficies extensoras o en regiones yuxtaarticulares corroboradas por el médico
6) Factor reumatoide sérico	Demostración de cantidades anormales de factor reumatoide por cualquier método en el cual, el resultado ha sido positivo en menos del 5 % de los sujetos controles sanos.
7) Cambios radiológicos	Cambios radiológicos típicos de artritis reumatoide en radiografías posteroanteriores de manos y muñecas, los cuales pueden incluir erosiones, descalcificación ósea inequívoca, localizada o más aparente en las articulaciones afectadas.

*Un paciente tiene Artritis Reumatoide si satisface al menos 4 de estos 7 criterios.

*El criterio del 1 al 4 deben estar presentes durante al menos 6 semanas y deben ser corroborados por el médico.

1.1.6.1 DIAGNÓSTICO DE LABORATORIO

El subcomité de Artritis Reumatoide del mismo Colegio Americano de Reumatología recomienda que la evaluación del laboratorio debe incluir: biometría hemática con cuenta diferencial, VSG, PCR, factor reumatoide, además de estudios que permitan diferenciar esta enfermedad de otros padecimientos que en su fase inicial presentan características clínicas similares y que se enlistan en la siguiente tabla:

PRUEBA DIAGNOSTICA	DEFINICION
1) Proteína C reactiva	> 0.7 mg/ml.
2) Sedimentación eritrocitaria	> 30mm por hora.
3) Biometría Hemática	Detecta anemia más frecuente microcítica hipocrómica, normocítica normocrómica o macrocítica.
4) función hepática	Normal o anormal
5) Plaquetas	Trombocitosis.
6) Radiografías	Puede ser normal o presentar: a) disminución de espacios, b) osteopenia periarticular, c) erosiones.
7) Factor reumatoide	Es negativo en el 30% de los pacientes en etapa temprana de la enfermedad, si inicialmente es negativo puede repetirse 6 a 12 meses después. Puede ser positivo en numerosos procesos.
8) Anticuerpo antinuclear	Limitado para evaluar artritis reumatoide
9) Niveles de complemento sérico	Normales.
10) Inmunoglobulinas	Gamopatía policlonal
11) Electroforesis	Elevación de reactantes de la fase aguda.

3, 16

1.1.6.2 DIAGNÓSTICO RADIOLÓGICO:

Las alteraciones radiográficas y la progresión radiológica han sido clasificadas por el Colegio Americano de Reumatología en 4 fases que se anotan en la tabla siguiente:⁷

CLASE	DESCRIPCIÓN
I	Inflamación o aumento de volúmen de estructuras blandas. Disminución de espacio articular. Osteopenia Yuxtaarticular.
II	A la etapa I se agregan erosiones marginales y quistes subcondrales.
III	A la etapa I y II se agregan subluxaciones o luxaciones.
IV	A la fase IV se agregan a todas las anteriores anquilosis fibrosa u ósea.

1.1.7 TRATAMIENTO

El objetivo del manejo de la Artritis Reumatoide son la prevención y el control del daño a la articulación, además de prevenir la pérdida de la función y disminuir el dolor.¹⁸

En el tratamiento de la Artritis Reumatoide se utilizan: antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y esteroideos, analgésicos, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARMES) y terapia Biológica.¹²

ANTIINFLAMATORIOS: entre los antiinflamatorios se incluyen: no esteroides ó inhibidores de las ciclooxigenasas (cox 1 y cox 2) y antiinflamatorios esteroides particularmente los glucocorticoides; para el uso de los mismos se han establecido lineamientos, entre los cuales se recomienda: su utilización como terapia puente por su efecto antiinflamatorio potente; se deben utilizar en la dosis más baja que controle la inflamación por ejemplo de prednisona a una dosis no mayor de 15 mgrs, utilizarlos el menor tiempo posible y con esquema de reducción progresiva hasta suspenderlos una vez que se ha alcanzado dosis óptimas así como el control de la inflamación con antiinflamatorios no esteroides y una vez que se han iniciado tratamientos con medicamentos que controlen la actividad y/o progresión del padecimiento.^{18,12}

FARMES: todos los pacientes con artritis reumatoide deben ser tratados con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad tan pronto como se establezca el diagnóstico. Los fármacos incluidos en ésta clase se consideran el estándar de oro para determinar o disminuir el avance radiográfico de la Artritis Reumatoide.

Los FARMES más utilizados son: HCQ (hidroxicloroquina), SSZ (sulfazalacina), MTX (metotrexate), leflunomida. Existen otros que se utilizan con menor frecuencia: AZA (azatioprina), D-PEN (D-penicilamina), sales de oro, minociclina y ciclosporina.¹⁸

TERAPIA BIOLÓGICA:¹²

Se utilizan agentes biológicos que interfieren con la acción del factor de necrosis tumoral alfa (Remicade, Entarnecep, etc.), IL-1 (Anakinra), entre otros múltiples. Se administran cuando se observa falta de respuesta a terapia convencional y cuando se dispone de recursos económicos dado el alto costo de los mismos.

1.1.7.1 TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO¹⁹

Dentro de este tratamiento se encuentra: rehabilitación, ejercicio terapéutico, tratamiento físico, terapia ocupacional, ortesis, hidroterapia y finalmente el tratamiento quirúrgico.

1.1.8 EVOLUCIÓN Y PRONÓSTICO

Para el control de la evolución, además de los síntomas referidos por el paciente es importante realizar una exploración minuciosa de las articulaciones inflamadas y dolorosas y del estado funcional de la misma, además de los estudios de laboratorio que incluirán básicamente: biometría hemática, VSG, PCR y radiografías en lapsos de 6 a 12 meses, de tal manera que se pueda precisar actividad o no del padecimiento, para efectuar los cambios terapéuticos pertinentes, determinar si existe progresión radiológica y la capacidad funcional del paciente, debido a las profundas repercusiones clínicas durante el curso y evolución de la Artritis Reumatoide que siempre han sido motivo de preocupación y análisis exhaustivo, para lo cual se ha propuesto la siguiente clasificación funcional Steinbroker: ¹

CLASE	DESCRIPCIÓN
I	El paciente es absolutamente capaz de realizar todas las actividades habituales de la vida diaria (cuidado personal, profesión, entretenimiento)
II	El paciente es capaz de realizar las actividades habituales de su cuidado personal y profesional, pero está limitado en las actividades de entretenimiento
III	El paciente es capaz de realizar las actividades usuales de su cuidado personal, pero está limitado en las actividades profesionales y de entretenimiento
IV	El paciente tiene limitada su capacidad para realizar las actividades usuales de su cuidado personal, profesional y de entretenimiento.

Según Hochberg M. Chang RW. I. et al. The American Collage of Rheumatology 1991 revised criteria for the classification of global functional status in Rheumatoid Arthritis: Arthritis Rheum. 1992; (35):498-502

Una vez tratado al paciente se considera que la artritis reumatoide se encuentra en remisión cuando se cumple con los siguientes criterios:

CRITERIOS	DESCRIPCIÓN
1	Duración de la rigidez matutina no mayor de quince minutos
2	No fatiga
3	No dolor articular
4	No hipersensibilidad articular, ni dolor a la movilización
5	No inflamación de tejidos blandos en las articulaciones o vainas tendinosas
6	Velocidad de sedimentación globular menor de 30mm/hora en mujeres o de 20 mm/hora en hombres.

Deben encontrarse cinco o más criterios durante un mínimo de dos meses consecutivos. Son exclusiones las manifestaciones clínicas de vasculitis activa, pericarditis, pleuritis o miositis, así como pérdida de peso reciente no explicable o fiebre atribuible a la artritis reumatoide.⁷

El pronóstico de la artritis reumatoide en términos generales se considera bueno para la vida pero limitado para la función debido a que puede ser causa de diversos grados de incapacidad temporal o permanente.⁷

1.2 CALIDAD DE VIDA

Calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien. *Calidad* se define como: propiedades o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que los restantes de su especie y *Vida*: es el modo de vivir en lo que respecta a la fortuna o desgracia de una persona, o a las comodidades o incomodidades con las que vive.²⁰

En el área médica el enfoque de *calidad de vida* se limita a la relacionada con la salud. (*HEALTH RELATED QUALITY OF LIFE*). Este término permite distinguirla de otros factores y está principalmente relacionado con la propia enfermedad o con los efectos del tratamiento.²²

El tema de *Calidad de Vida* o de la buena vida está presente desde la época de los antiguos griegos (*Aristóteles*), pero dentro del campo de la salud es relativamente reciente con un auge evidentemente en la década de los 90 que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI.²³

La expresión *Calidad de Vida* fue empleada por primera vez en EE.UU., poco después de la segunda Guerra Mundial, para describir el efecto sobre la vida de las personas de la posesión de bienes de consumo como: automóviles, casas o electrodomésticos. Posteriormente, entraron dentro de esta idea otros temas generales, como la educación, el crecimiento económico, el tiempo libre o los derechos humanos. En medicina, la calidad de vida ha sido sinónimo de otros muchos conceptos (satisfacción con la vida, bienestar, felicidad, etc.), y hay diferentes opiniones de expertos sobre lo que significa realmente calidad de vida como:²⁴

- **McSweeney**: Se refiere a función emocional, función social, participación en las actividades de la vida diaria, actividades recreativas.

- **Flanagan:** Es el bienestar físico y material, relaciones con otros, actividades cívicas, sociales y comunitarias, desarrollo personal y ocio.
- **Fries:** (para la Artritis Reumatoide): se refiere a muerte, incomodidad, discapacidad, toxicidad por fármacos, costo económico.
- **Dubos:** Es el estado basado en un equilibrio psíquico y unas funciones orgánicas intactas que permiten a la persona llevar a cabo objetivos propios mediante sus propias acciones.²⁵
- **Patrick y Ericsson** (1993) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud.²³
- **Schumaker and Naughton** (1996) la definen como la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo. La esencia de este concepto está en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual depende en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal²³

En el área de salud: la organización mundial de la salud (OMS) fue pionera en el futuro desarrollo de la calidad de vida relacionada con la misma, al definirla, ya en 1948, como: “un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad.”²³

En 1991 la organización mundial de la salud establece un grupo multicultural de expertos que forman un instrumento de calidad de vida de la OMS, que a diferencia de otros instrumentos, parte de un marco teórico para su construcción, desarrolla el instrumento en forma simultánea en distintas culturas, utiliza metodologías cualitativas como los grupos focales; para evaluar la pertinencia para los futuros usuarios de los aspectos incluidos en la evaluación²³

La OMS define calidad de vida como: “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”.²³

A pesar de la falta de consenso conceptual, la mayoría de las mediciones de calidad de vida llevadas a cabo coinciden en que éstas deben comprender: aspectos físicos, incluyendo el deterioro de funciones, los síntomas y el dolor causado por una enfermedad o por su tratamiento; aspectos psicológicos, cubriendo un amplio rango de estados emocionales y funciones cognitivas e intelectuales, y aspectos sociales.²⁵

La calidad de vida relacionada con la salud es importante evaluarla en 3 circunstancias clínicas completas: a) cuando la mejora en la calidad de vida es el principal resultado del tratamiento aplicado. b) cuando 2 tratamientos son de una eficacia y una seguridad equivalentes, y el tratamiento nuevo pueden aportar ventajas adicionales en la calidad de vida y, c) cuando éste ofrece ventajas menores en cuanto a la supervivencia del enfermo, a cambio de un evidente deterioro en su calidad de vida.²⁶

La Calidad de Vida relacionada con la salud se mide por medio de la Función física, del estado psicológico, de la función y la interacción social, y de los síntomas físicos. El espectro de indicadores para la medición de dichos resultados incluye cinco dominios principales: a) mortalidad, b) morbilidad, c) incapacidad, d) incomodidad, e) insatisfacción.²⁷

Las dimensiones de *incapacidad, incomodidad e insatisfacción* son reconocidas como componentes del concepto de calidad de vida. *La incapacidad* se mide por la habilidad de realizar actividades y por el impacto físico que ésta última produce en la actividad física, en la ocupacional y en la cotidiana. *La incomodidad* se caracteriza por la presencia o ausencia del dolor físico y la fatiga. *La insatisfacción* se mide por el funcionamiento social, el bienestar general y la satisfacción con la atención que brindan los prestadores de servicios de salud.²⁷

Existen determinantes que influyen en la calidad de vida y que pueden ser divididos en dos amplios grupos: a) sociodemográficos, como edad, sexo, ingresos, etc.; y b) relacionados con la salud, como las variables de proceso y de desenlace.²⁵

La prevalencia de enfermedades crónicas, en la mayoría de los países, para los cuales no existe una curación total y donde el objetivo del tratamiento es atenuar o eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes, lleva a que las medidas clásicas de resultados en medicina (mortalidad, morbilidad, expectativa de vida) no sean suficientes para evaluar la calidad de los servicios de salud. En este contexto, la

incorporación de la medida de la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) como una medida necesaria ha sido una de las mayores innovaciones en las evaluaciones.²³

*El propósito de la medición de la calidad de vida es proporcionar una mejor valoración de la salud de los individuos y de las poblaciones, y también de los beneficios y perjuicios que pueden ocasionar las intervenciones terapéuticas.*²⁵

1.2.1 INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE CALIDAD DE VIDA

*Los instrumentos para medir calidad de vida se clasifican en instrumentos **genéricos y específicos**. Los primeros son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, pero tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es meramente descriptiva. Los instrumentos específicos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo. Estos nos dan mayor capacidad de discriminación y predicción, y son particularmente útiles para ensayos clínicos.*²⁸

1.2.1.1 QOL-RA SCALE

Quality of life in Rheumatoid Arthritis

Es un cuestionario diseñado de manera específica para Artritis Reumatoide se publicó recientemente en Inglés y adaptado de forma simultánea al Castellano. Se trata de un cuestionario de 8 ítems en la que cada uno de ellos contiene una definición del elemento considerado, seguido por una escala horizontal numerada con 10 puntos entre 1 (muy mal) y 10 (excelente). Los elementos sobre los que se interroga son: *capacidad física, dolor, interacción con la familia y los amigos, ayuda de la familia y los amigos, depresión, ansiedad, artritis y salud*^{25,29}

Vinaccia Stefano, Fernández Hamilton, Padilla Geraldine et al en diciembre del 2006 realizaron un estudio titulado: Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of life Measure for Rheumatoid Arthritis (Qol-RA) en Colombia, teniendo como muestra 82 pacientes con artritis reumatoide 65 mujeres, 17 hombres, aplicando la versión española de la QOL-RA, la forma corta del SF-36 y la center for Epidemiologic Studies- Depresión

scale (CES-D), encontrando los siguientes resultados: los pacientes colombianos con Artritis Reumatoides tienen una mejor calidad de vida en todas las dimensiones de la QoL-RA. La versión española de la escala QoL-RA parece ser una medida válida y confiable de la calidad de vida propia de los sujetos con Artritis Reumatoide.²⁴

1.3 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Artritis Reumatoide es una enfermedad crónica progresiva que lleva a la destrucción articular, con consecuencias incapacitantes, lo que produce una reducción progresiva de la movilidad, además de manifestaciones extraarticulares con afección de órganos internos.

Esta incapacidad creada por la artritis se incrementa por lo general en los primeros años del diagnóstico, para posteriormente volverse más lenta al final de la vida del paciente.

La Artritis Reumatoide induce en los pacientes varios procesos que interactúan entre si, por un lado, la inflamación, el dolor, la pérdida del movimiento articular y la deformidad producen discapacidad; por el otro, la enfermedad lleva a la pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria, lo cual afecta en mayor o menor grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas, inclusive la independencia económica y la actividad social.

Las consecuencias físicas, psicológicas y económicas repercuten en la calidad de vida del portador de Artritis Reumatoide.

Los test de calidad de vida relacionada con la salud, se utilizan para reflejar aquella parte de la vida que es afectada por la salud del individuo. Por lo que surge la pregunta: ²⁰

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes portadores de Artritis Reumatoide en la UMF N. 28?

1.4 JUSTIFICACIÓN:

Se realizó el presente estudio debido a que la Artritis Reumatoide es una enfermedad crónica con curso clínico variable que condiciona una limitación física y emocional temporal y frecuentemente permanente, incluso desde etapas muy tempranas afectando la

productividad del individuo y su posibilidad de independencia económica. Así mismo se reconoce a la Artritis Reumatoide como una de las entidades que genera gastos en términos de días perdidos de trabajo por incapacidad como los necesarios para su adecuada atención médica.

De acuerdo con cifras del IMSS, las dorsopatías y la artrosis están situadas entre las principales causas de demanda de consulta externa en las unidades médicas de primer nivel. La limitación para las actividades laborales en los pacientes con Artritis Reumatoide puede ocurrir en los primeros 2 años de la enfermedad en cerca de 42% de ellos y llegar a estar presente hasta en cerca del 90% de los pacientes luego de 2 décadas de la enfermedad.

Por lo que las consecuencias de la Artritis Reumatoide para los pacientes con este diagnóstico pueden ser devastadoras desde todo punto de vista como: salud física, salud emocional, independencia económica y finalmente calidad de vida.²⁰

Así mismo se sabe que las evaluaciones de la calidad de vida pueden predecir morbilidad, mortalidad y que son un reflejo de la perspectiva del paciente de la enfermedad y manifiestan su verdadera necesidad de atención, por eso fue importante:

Valorar la calidad de vida en pacientes portadores de Artritis Reumatoide en la UMF No 28.

1.5 OBJETIVOS

1.5.1 GENERAL

Valorar la calidad de vida en pacientes portadores de Artritis Reumatoide de la UMF No 28.

1.5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a) Identificar los datos sociodemográficos y el estado de salud de los pacientes, así como su probable repercusión en la calidad de vida.
- b) Conocer si el núcleo familiar de los pacientes contribuye en la presencia de una buena o mala calidad de vida.
- c) Determinar la clase funcional y su repercusión sobre la calidad de vida.
- d) Identificar quien informa al paciente del diagnóstico, independiente del tiempo de evolución.
- e) Identificar si la participación o intervención oportuna del médico familiar en el diagnóstico y seguimiento contribuye en mejorar la calidad de vida de los pacientes.

1.6 HIPOTESIS

Los estudios observacionales no contrastan hipótesis.

Para fines didácticos y de enseñanza utilizaremos la hipótesis:

Hipótesis 1 o verdadera: Los pacientes con Artritis Reumatoide tienen una mala calidad de vida.

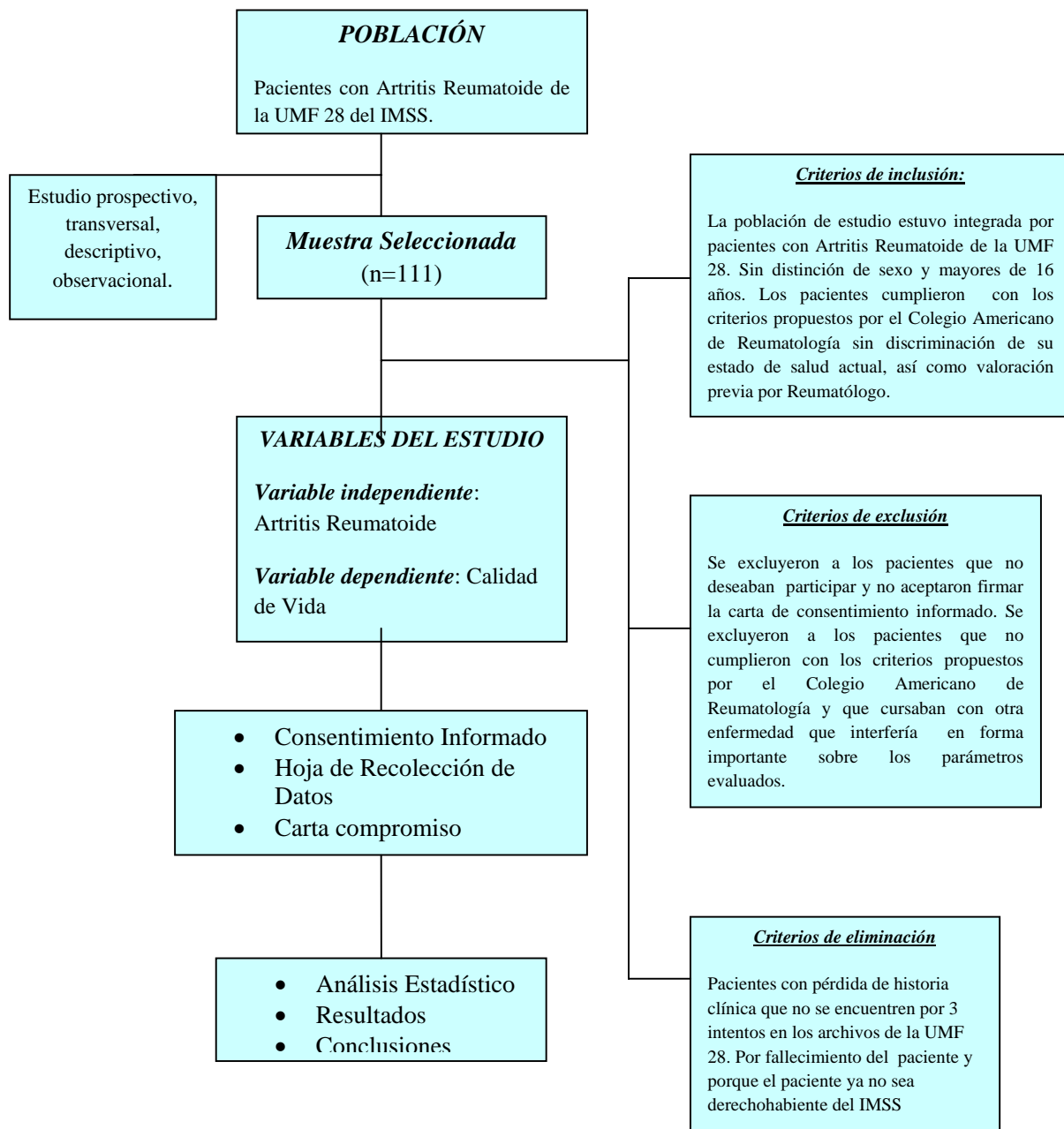
Hipótesis 0 o Nula: Los pacientes con Artritis Reumatoide tiene una buena calidad de vida.

2 MATERIALES Y METODOS

2.1 TIPO DE INVESTIGACION

- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registro de la información es un estudio: *Prospectivo*.
- Según el número de la variable o el período y secuencia de la investigación es un estudio: *Transversal*
- Según el control de las variables y alcance de los resultados, es un estudio *Descriptivo*.
- De acuerdo con la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza es un estudio: *Observacional*.

2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



2.3 POBLACION Ó UNIVERSO:

El estudio se realizó en pacientes de la UMF N. 28 Gabriel Mancera, en el Distrito Federal, México, con diagnóstico de Artritis Reumatoide sin distinción de sexo y mayores de 16 años. Esta fue una población urbana.

2.4 UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN:

La investigación se realizó en la UMF N. 28 Gabriel Mancera ubicada en la colonia del Valle del Distrito Federal México.

2.5 MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo fue de 111 pacientes con un intervalo de confianza (IC) de 95% y una proporción de 0.75; siendo una muestra no aleatoria, no representativa debido a que se utilizó una fórmula para una población de referencia finita y menor a 10 000 elementos, la cual es la siguiente: ²¹

$$N_0 = \frac{\frac{Z^2 q}{E^2 p}}{1 + \frac{1}{N} \left[\frac{Z^2 q}{E^2 p} - 1 \right]}$$

Donde los valores a sustituir y su definición son:

z= Valor de la probabilidad para el nivel de confianza seleccionado para la muestra: 95% (1.96).

p y q= valor de probabilidad de éxito o fracaso (p=0.75, q=0.25).

E= error muestral que se está dispuesto a aceptar, expresado en valores de probabilidad: 10% (0.10).

N= población o universo de donde se extrae la muestra: con un total de 800 pacientes subsecuentes registrados en el archivo de la UMF 28 con el diagnóstico de Artritis Reumatoide.

2.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ELIMINACIÓN.

2.6.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

La población de estudio estuvo integrada por pacientes con Artritis Reumatoide de la UMF 28 sin distinción de sexo, mayores de 16 años que cumplieron con los criterios propuestos por el Colegio Americano de Reumatología (antes conocido como American Rheumatism Association) sin discriminar su estado actual de salud y con valoración previa por el reumatólogo.

2.6.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:

Se excluyeron a los pacientes que no deseaban participar, que no aceptaron firmar la carta de consentimiento informado, a pacientes que no cumplieron con los criterios propuestos por el Colegio Americano de Reumatología y que cursaban con otra enfermedad que interfiriera en forma importante sobre los parámetros a evaluar.

2.6.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:

Pacientes con pérdida de historia clínica que no se encuentren por 3 intentos en los archivos de la UMF 28, por fallecimiento del paciente y que no sea derechohabiente al IMSS.

2.7 VARIABLES

2.7.1 DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERATIVA DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTE Y DEPENDIENTE

2.7.1.1 VARIABLE INDEPENDIENTE

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: La *Artritis Reumatoide* (AR) es una enfermedad de etiología multifactorial y autoinmune que se caracteriza por un proceso inflamatorio crónico que se inicia en el tejido sinovial de las articulaciones diartrodias.

DEFINICIÓN OPERATIVA: Para elaborar el diagnóstico de Artritis Reumatoide deben estar presentes cuatro o más de los criterios propuestos por la Asociación Americana de Reumatología, con la presencia de pruebas de laboratorio propuestas por el Colegio Americano de Reumatología que debe incluir: examen completo de sangre con diferencial, factor reumatoide, sedimentación eritrocitaria o proteína C reactiva.

2.7.1.2 VARIABLE DEPENDIENTE

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Es la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones; noción eminentemente humana que se relaciona con el grado de satisfacción que tiene la persona con su situación física, su estado emocional, su vida, entre otras causas.

DEFINICIÓN OPERATIVA: Por medio del cuestionario **QoL-RA SCALE** diseñado de manera específica para Artritis Reumatoide se publicó recientemente en Inglés y adaptado de forma simultánea al castellano. Se trata de un cuestionario de 8 ítems en la que cada uno de ellos contiene una definición del elemento considerado, seguido por una escala horizontal numerada con 10 puntos entre 1 (muy mal) y 10 (excelente). Los elementos sobre los que se interroga son: capacidad física, dolor, interacción con la familia y los amigos, ayuda de la familia y los amigos, depresión, ansiedad, artritis y salud.

2.7.2 TIPO Y ESCALA DE MEDICIÓN DE LAS VARIABLES INTERMEDIAS.

2.7.2.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
NUMERO DE FOLIO	CUANTITATIVA	CONTINUA	NUMEROS CONSECUTIVOS
TURNO DEL PACIENTE	CUALITATIVA	NOMINAL (DICOTOMICA)	1=Matutino 2=Vespertino
NOMBRE DEL PACIENTE	CUALITATIVA	TEXTUAL	Nombre del Paciente
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	Números Enteros
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Femenino 2=Masculino
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Soltero 2=Casado 3=Viudo 4=Divorciado 5=Unión libre
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Primaria 2=Primaria Incompleta 3=Secundaria 4=Secundaria Incompleta 5=Preparatoria o carrera comercial 6=Preparatoria o carrera comercial incompleta 7=Licenciatura 8=Licenciatura incompleta 9=Diplomado
AÑOS DE ESTUDIO	CUANTITATIVA	ESCALA	Número Enteros
OCUPACIÓN	CUALITATIVA	TEXTUAL	AGRUPACIÓN POR CÓDIGOS*
DEPENDENCIA ECONÓMICA	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Esposo 2=Hijos 3=Padres 4=Otro 5=Usted mismo ó Jubilación ó Pensión.
CON QUIEN VIVE	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Solo 2=Familia 3=otros (especifique)

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICION	VALORES DE LAS VARIABLES
ESPECIFICAR QUIENES SON LAS PERSONAS CON LAS QUE VIVE Y CUANTOS SON	CUALITATIVA	TEXTUAL	Nombre de las personas con las que vive y que rol tradicional tienen, así como el numero del total de integrantes
TIPOLOGÍA FAMILIAR	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Nuclear 2=Nuclear Simple 3=Nuclear Numerosa 4=Monoparental 5=Monoparental Extendida 6=Monoparental Extendida Compuesta 7=Extensa 8=No Parental 9=Solo
RECIBIÓ DIAGNOSTICO PREVIO AL DE ARTRITIS REUMATOIDE	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Si 2=No
CUAL DIAGNOSTICO RECIBIÓ ANTES DE ARTRITIS REUMATOIDE	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Enfermedad Reumática 2=Reuma Infeccioso 3=Fiebre Reumática 4=Enfermedad Articular Degenerativa 5=Ninguno
INFORMACIÓN DE SU ENFEREDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Si estoy informado 2=No estoy informado
QUIEN LE INFORMO DE SU ENFERMEDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Medico Familiar 2=Enfermera 3=Trabajadora Social 4=Reumatólogo 5=Medios de Comunicación 6=Otro

CÓDIGOS

CODIGO*	OCUPACIÓN
1	AMA (O) DE CASA (Hogar)
2	JUBILADO/PENSIONADO
3	DESEMPLEADO (Sin trabajo remunerado ni por cuenta propia)
4	SUBEMPLEADO (vendedor informal, ambulante, etc.)
5	CAMPESINO
6	ARTESANO
7	OBRERO
8	CONDUCTOR DE AUTO, CAMIONETA O CAMIÓN
9	TÉCNICO (electricista, carpintero, plomero, pintor, herrero, mecánico, etc.)
10	EMPLEADO (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.)
11	PROFESIONAL (maestros, médicos, sacerdotes, arquitectos, ingenieros, abogados, enfermeras, psicológicos, etc.)
12	ARTISTA (músico, escultor, pintor de arte, escritor, poeta etc.)
13	COMERCIANTES ESTABLECIDOS (tiendas o negocios formales hasta con 5 trabajadores o familiares a sueldo)
14	EMPRESARIO (dueño de organizaciones, industria o servicios establecidos legalmente)
15	DIRECTIVO (ejecutivo, gerentes, directores, etc.)
16	SERVICIOS DIVERSOS (gestor, mesero, soldado, policía, bombero, paramédico, intendencia, vigilancia, seguridad, etc.)
17	OTRAS OCUPACIONES NO ESPECIFICADAS

2.7.2.2 VARIABLES ARTRITIS REUMATOIDE

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR DE VARIABLE
AÑOS DE DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE	CUANTITATIVA	ESCALA	Números Enteros
TRATAMIENTO QUE RECIBE	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Farmacológico 2=No Farmacológico 3=Ambos
ESTADO FUNCIONAL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Clase I: Realiza todas sus actividades. 2=Clase II: Realiza sus actividades moderadamente. 3=Clase III: Realiza sus actividades escasamente. 4=Clase IV: Está limitada su capacidad para todo tipo de actividades
ENFERMEDAD ACTIVA	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Si 2=No
RIGIDEZ ARTICULAR	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Si 2=No
DOLOR AL MOVIMIENTO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Si 2=No
INFLAMACIÓN ARTICULAR	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Si 2=No
INFLAMACIÓN ARTICULAR SIMÉTRICA	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Si 2=No
NODULOS SUBCUTÁNEOS	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Si 2=No
FACTOR REUMATOIDE	CUALITATIVA	NOMINAL	1=Si 2=No

2.7.2.3 VARIABLES DEL TEST QoL – RA

NOMBRE DE LA VARIABLE	TIPO DE LA VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR DE LA VARIABLE
HABILIDAD FÍSICA	CUALITATIVA	ORDINAL	Rango de escala: 1=Muy Mala a 10=Excelente.
APOYO SOCIAL	CUALITATIVA	ORDINAL	Rango de escala: 1=Muy Mala a 10=Excelente.
DOLOR	CUALITATIVA	ORDINAL	Rango de escala: 1=Muy Mala a 10=Excelente.
TENSION NERVIOSA	CUALITATIVA	ORDINAL	Rango de escala: 1=Muy Mala a 10=Excelente.
SALUD	CUALITATIVA	ORDINAL	Rango de escala: 1=Muy Mala a 10=Excelente.
ARTRITIS	CUALITATIVA	ORDINAL	Rango de escala: 1=Muy Mala a 10=Excelente.
INTERACCIÓN SOCIAL	CUALITATIVA	ORDINAL	Rango de escala: 1=Muy Mala a 10=Excelente.
ESTADO DE ÁNIMO	CUALITATIVA	ORDINAL	Rango de escala: 1=Muy Mala a 10=Excelente.

2.8 DISEÑO ESTADÍSTICO

- El objetivo del trabajo fue evaluar la calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide de la UMF No 28.
- Se estudió un solo grupo.

- Se realizó una sólo medición de las variables cualitativas que son calidad de vida y artritis reumatoide. Se les aplicó el instrumento QoL-RA, específico para esta población.
- Se utilizó estadística descriptiva a través del programa SPSS 15 para Windows. Por el tipo de variable los resultados tienen una distribución no paramétrica. El tamaño de la muestra se calculó a partir de la fórmula para una población de referencia finita y menor a 10 000 elementos, por lo que fue una muestra no aleatoria no representativa.

2.9 FUENTE DE DATOS

2.9.1 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN

Se diseñó y se utilizó un formato de presentación de datos denominados:

- Cuestionario Sociodemográfico integrado por: identificación personal, número de folio, turno del paciente, nombre del paciente, edad, estado civil, ocupación, etc.
- Cuestionario de Artritis Reumatoide formado por preguntas de ésta enfermedad como años de evolución, tipo de tratamiento y estado funcional.
- Instrumento de Evaluación de Calidad de Vida denominado QoL-RA en el que incluyen 8 ítems. El constructo se encuentra en anexos.

2.9.2 METODO DE RECOLECCIÓN

Los cuestionarios fueron aplicados a los pacientes de dos maneras:

- Autoadministración a quienes sabían leer y tenían un adecuado grado de instrucción.
- Entrevista realizada por asistente médica y/o médico residente de segundo año en adiestramiento de la especialidad de Medicina Familiar.

Se invitó a participar a pacientes con Artritis Reumatoide que acudían a consulta de la UMF No 28, otorgándoles la carta de consentimiento informado. El tiempo promedio de la aplicación fue de 25 minutos.

2.9.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2007												2008												2009	
	MES																									
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F		
Título del proyecto	■																									
Antecedentes del tema		■	■																							
Marco teórico				■	■																					
Bibliografía				■	■	■																				
Portada (Hoja frontal)						■																				
Marco teórico							■																			
Planteamiento del problema								■																		
Justificación									■																	
Objetivos: general y específico										■																
Hipótesis										■																
Material y métodos										■	■															
Diseño de investigación del estudio											■															
Población, lugar y tiempo												■														
Muestra													■													
Criterios de inclusión, exclusión y eliminación														■												
Variables (tipo y escala de medición)															■											
Definición conceptual y operativa de las variables																■										
Diseño estadístico																	■									
Instrumentos de recolección de datos																		■								
Métodos de recolección de los datos																			■							
Maniobras para evitar o controlar sesgos																				■						
Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio																					■					
Consideraciones éticas																						■				
Registro y autorización del proyecto																							■	■		

2.9.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDAD	2008																								2009
	MES																								
	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D	E	F	
Recolección de datos 30% de muestra y almacenamiento en base de datos																									
Recolección de datos 60% de muestra y almacenamiento en Base de datos																									
Recolección de datos 90% de muestra y almacenamiento en Base de datos																									
Recolección de datos 100% de muestra y almacenamiento en Base de datos																									
Análisis estadístico de la información. Descripción de resultados. Conclusiones del estudio.																									
Integración y revisión final.																									
Aprobación e impresión final de Tesis.																									

2.10 MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS

Se aplicó el instrumento de recolección de datos en forma individual y en algunas ocasiones grupal; cuando el nivel de lectura en el paciente era inadecuado se leía cada pregunta logrando que el sujeto seleccionara en voz alta algunas alternativas como única respuesta. No se hizo mención de lo que el test probablemente obtendría como resultados al inicio de la aplicación, ya que los éstos podrían verse afectados. Se aclaró al paciente que podría dejar una pregunta en blanco cuando no estuviera seguro de que alternativa elegir o de si el enunciado realmente era aplicable a su enfermedad; pero antes de dejarla en blanco debería intentar dar una respuesta. No se discutió ninguna pregunta con el sujeto, se le explicó que él debía buscar sus respuestas. Se revisó el instrumento de recolección de datos para corroborar que solo estuviera seleccionada una respuesta en cada pregunta.

2.11 RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO:

Humanos:

- Investigador: Dra. Aurea Teresa Osnaya Nava.
- Asesor de Tesis: Dra. Silvia Landgrave Ibáñez. Dra. Sonia Gacitúa Zambrano

Materiales:

- Computadora
- Unidad de Almacenamiento USB
- Discos de 3/2
- Papel, lápices, plumas.
- Servicio de fotocopiado

Financiamiento:

- Por cuenta del investigador.

2.12 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente protocolo fue sometido a revisión por el comité local de investigación y ética de la UMF N.28 IMSS el cual cumplió con los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos emitidos en la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial.³⁰

Este estudio y su metodología se clasifican en la fracción III del artículo 96 capítulo quinto de la Ley General de Salud³¹; y según el artículo 17 del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud en nuestro país³², es considerada como una investigación en categoría I, sin riesgo alguno para la población estudiada.

3 RESULTADOS

3.1 VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

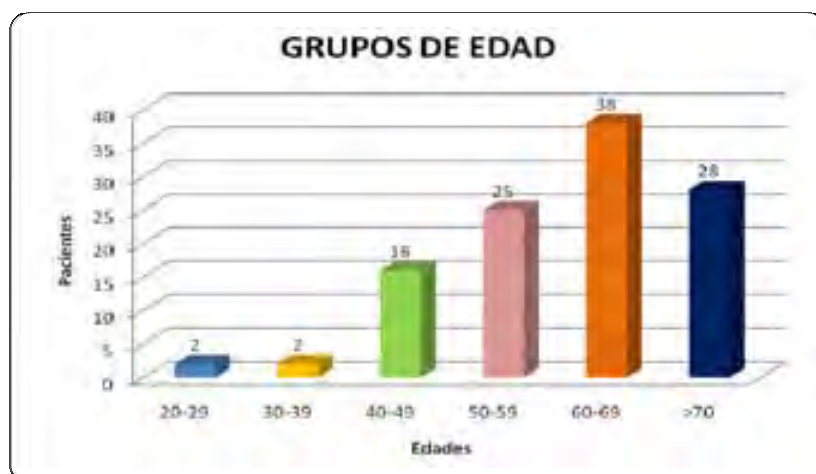
Se realizó un estudio descriptivo y transversal, que incluyó a un total de 111 pacientes, los cuales cumplieron con todos los criterios de inclusión.

De los 111 pacientes estudiados 98 fueron del sexo femenino (88.3%) y 13 del sexo masculino (11.7%) Grafica 1



Grafica 1. Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

La edad se agrupó por decenios, el de mayor frecuencia fue de 60-69 años con 38 pacientes donde predominó el sexo femenino; así mismo se observó una edad media de 61.13 años con un máximo de 85 y un mínimo de 27 años. Gráfica 2 y Tabla 1



Gráfica 2. Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

Grupos de Edad			
Grupos de Edad	Sexo de los Pacientes		Total
	Femenino	Masculino	
20-29	2	0	2
30-39	2	0	2
40-49	15	1	16
50-59	21	4	25
60-69	34	4	38
>70	24	4	28
Total	98	13	111

Tabla 1 Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

El nivel de escolaridad que predominó fue el de preparatoria o carrera comercial completa con una frecuencia de 29 pacientes (26.1%) una media de 9.93 años de estudio y desviación típica de 3.997; donde el mínimo fue de 1 año y el máximo de 21 años de estudio. Tabla 2

Escolaridad		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje
Primaria	18	16.2%
Primaria Incompleta	11	9.9%
Secundaria	21	18.9%
Secundaria Incompleta	5	4.5%
Preparatoria o Carrera Comercial	29	26.1%
Preparatoria o Carrera Comercial Incompleta	5	4.5%
Licenciatura	15	13.5%
Licenciatura Incompleta	6	5.4%
Diplomado	1	0.9%
Total	111	100%

Tabla 2 Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

La ocupación predominante fue la de jubilado pensionado con una frecuencia de 45 pacientes (40.5%), seguida de ama de casa con una frecuencia de 25 (22.5%). Tabla 3

Ocupación

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje
Jubilado/Pensionado	45	40.5%
Ama de Casa	25	22.5%
Empleado	14	12.6%
Profesional	10	9.0%
Otras Ocupaciones no Especificadas	6	5.4%
Subempleado	4	3.6%
Técnico	3	2.7%
Obrero	2	1.8%
Servicios Diversos	1	0.9%
Desempleado	1	0.9%
Total	111	100%

Tabla 3 Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

Respecto al estado civil la categoría más frecuente fue la de casado con una frecuencia de 61 (55%), seguida de viudo con 21 pacientes (18.9%), de los cuales 5 viven solos y 16 viven con su familia. Gráfica 3 y Tabla 4



Gráfica 3 Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

Tabla 4 Estado Civil/ ¿Con Quien Vive?			
Estado Civil	Solo	Familia	Total
Casado	0	61	61
Viudo	5	16	21
Soltero	4	14	18
Unión Libre	0	6	6
Divorciado	33	2	5
Total	12	99	111

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

De todos los pacientes estudiados se observó que 99 (89.2%) viven con sus familias y 12 (10.8%) viven solos. Gráfica 4



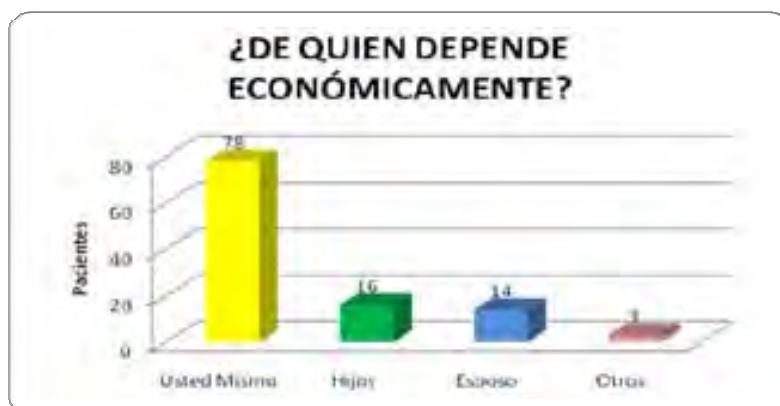
Gráfica 4 Fuente Cuestionario Sociodemográfico

La tipología familiar de mayor frecuencia fue: nuclear simple con 37 pacientes (33.3%) y la de menor frecuencia fue: nuclear numerosa con 2 pacientes (1.8%). Gráfica 5



Gráfica 5 Fuente Cuestionario Sociodemográfico

Respecto a la variable ¿De quien depende económicamente? 78 pacientes (70.3%) respondieron que ellos mismos se mantienen económicamente, seguidos de 16 (14.4%) pacientes que dependen económicamente de sus hijos; el resto se distribuye en esposo y amigos. Gráfica 6



Gráfica 6 Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

De los 111 pacientes estudiados a 38 de ellos antes de recibir el diagnóstico definitivo de Artritis Reumatoide se les catalogó con otro diagnóstico, predominando el de Enfermedad Articular Degenerativa con una frecuencia de 20 pacientes, el resto se distribuye en Enfermedad Reumática Inespecífica, Reuma Infeccioso y Fiebre Reumática. Mientras que a 73 de ellos se les diagnosticó desde el inicio de sus síntomas Artritis Reumatoide. Tabla 5

¿Antes de recibir el diagnóstico definitivo de AR recibió algún otro diagnóstico?	Otros Diagnósticos					Total
	Enfermedad Reumática	Reuma Infeccioso	Fiebre Reumático	Enfermedad Articular Degenerativa	Ninguno	
Si	10	4	4	20	0	38
No	0	0	0	0	73	73
Total	10	4	4	20	73	111

Fuente: Cuestionario Sociodemográfico

De los 73 pacientes que de inicio fueron diagnosticados con Artritis Reumatoide, 49 de ellos fueron informados por su médico familiar y otros 16 por el médico reumatólogo. Gráfica 7



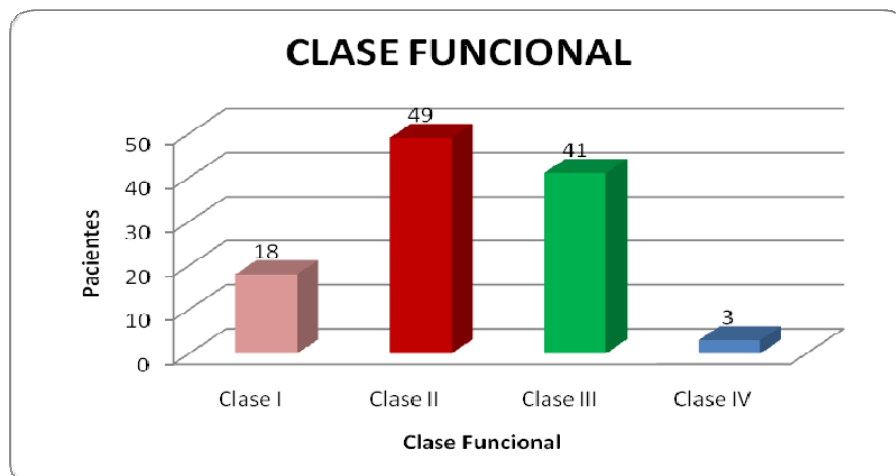
Gráfica 7 Fuente Cuestionario Artritis Reumatoide

Respecto a la variable tiempo de evolución o años de diagnóstico 29 pacientes se encuentran entre los 5-8 años, 22 entre los 9-12 años de evolución; se registra un mínimo de 1 y máximo de 43 años. Tabla 6

Años de Diagnóstico		
Grupos de Años	Frecuencia	Porcentaje
1-4	18	16.2%
5-8	29	26.1%
9-12	22	19.8%
13-16	17	15.3%
17-20	11	9.9%
21-24	3	2.7%
25-28	2	1.8%
29-32	6	5.4%
33-36	1	0.9%
37-40	1	0.9%
41-44	1	0.9%
Total	111	100%

Tabla 6 Fuente: Cuestionario Artritis Reumatoide

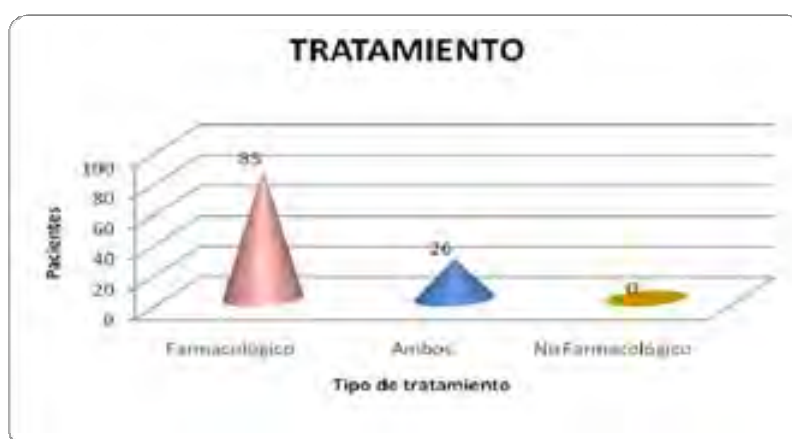
La clase funcional de mayor frecuencia fue la II con 49 (44.1%), seguido de clase III con 41(36.9%) pacientes. En la clase funcional I se encuentran 18 (16.2%) pacientes y únicamente 3 (2.7%) se encuentran en la clase funcional IV. Gráfica 8



Gráfica 8 Fuente Cuestionario Artritis Reumatoide.

A los 111 pacientes se les interrogó sobre su sintomatología, encontrando que el síntoma más predominante fue el dolor al movimiento reportado por 91 pacientes; el de menor frecuencia fue el de inflamación articular simétrica con 35 pacientes.

Respecto al tratamiento que reciben los pacientes con Artritis Reumatoide 85 (76.6%) de ellos respondieron que su tratamiento es farmacológico, 26 (23.4%) respondieron que su tratamiento es farmacológico y no farmacológico (masajes e hidroterapia); ningún paciente respondió como única respuesta tratamiento no farmacológico. Gráfica 9



Gráfica 9 Fuente Cuestionario Artritis Reumatoide.

3.2 VARIABLES DEL TEST QoL-RA

Al observar los resultados del test de calidad de vida específico para Artritis Reumatoide QoL-RA (Quality of Life in Rheumatoid Arthritis) aplicado a la muestra estipulada encontramos lo siguiente:

Se obtuvo la media de cada uno de los 8 ítems (subescalas) del test QoL-RA aplicado a los pacientes así como su desviación típica, éstos resultados se promediaron para obtener una media total, encontrando que los 111 pacientes de la Unidad de Medicina Familiar N.28 “Gabriel Mancera” con diagnóstico de Artritis Reumatoide perciben una calidad de vida regular con una media total o total score de 6.7 siendo el rango de la escala de: 1 (muy mala) a 10 (excelente). Tabla 7

Calidad de Vida				
Ítems	Media	Desviación Típica	Mínimo	Máximo
Habilidad física	6.33	2.290	1	10
Apoyo Social	7.93	2.624	1	10
Dolor	5.81	2.368	1	10
Tensión Nerviosa	6.54	2.259	1	10
Salud	6.39	2.055	1	10
Artritis	5.78	2.440	1	10
Interacción Social	7.68	2.548	1	10
Estado de Ánimo	7.14	2.186	1	10
Media Total (Total Score)	6.7			

Tabla 7 Fuente: Cuestionario QoL-RA

Es importante mencionar que los puntajes más altos encontrados en nuestra muestra corresponden a las subescalas de: apoyo social con una media de 7.93, interacción social con una media de 7.68 y estado de ánimo con una media de 7.14; por lo que para estas variables se obtiene una calidad de vida muy buena considerando el rango de escala de 1 a 10.

Aun cuando el rubro de artritis obtuvo el valor más bajo con una media de 5.78, no influye en la calidad de vida ya que se mantiene dentro de un rango de calidad de vida regular. Cabe mencionar que ninguna subescala cae en el rango de muy mala calidad de vida.

A juicio del investigador se establecieron las siguientes categorías, donde para decir que existe mala calidad de vida el rango de la escala es de 1-4, regular calidad de vida de 5-6 y

buena calidad de vida de 7-10; esto con la finalidad de analizar que calidad de vida tienen cada uno de nuestros pacientes y agruparlos en las categorías antes mencionadas a partir de frecuencias y porcentajes.

Se observó que en el rubro buena calidad de vida se encuentra el mayor número de nuestros pacientes con una frecuencia de 70(63.1%) seguido de regular calidad de vida con 28 (25.2%) pacientes y con mala calidad de vida 13 (11.7%) pacientes; sin embargo es importante aclarar que al obtener la media total o total score los 111 pacientes estudiados se encuentran en una calidad de vida regular a pesar de que un porcentaje alto de pacientes forman parte de la categoría buena calidad de vida. Gráfica 10



Gráfica 10 Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

Respecto a los pacientes que se encuentran en el rubro de buena calidad de vida 62 son del sexo femenino y 8 del sexo masculino haciendo un total de 70 pacientes; los 13 pacientes registrados en la categoría de mala calidad de vida, 12 son del sexo femenino y 1 del sexo masculino; se obtiene que las mujeres en general se perciben con buena calidad de vida. Gráfica 11



Gráfica 11 Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

De los 70 pacientes con buena calidad de vida se determinó que 27 de ellos son jubilados/pensionados, 15 son amas de casa; el resto se distribuye en actividades diversas u otras ocupaciones. De los 13 pacientes con mala calidad de vida 5 pacientes son jubilados/pensionados y 4 de ellos son amas de casa. Se corrobora que el mayor número de nuestra población está constituida por jubilados/pensionados y amas de casa que se perciben con buena calidad de vida. Tabla 8

Ocupación Calidad de Vida				
Ocupación	Buena CV	Regular CV	Mala CV	Total
Jubilado/Pensionado	27	13	5	45
Ama de casa	15	6	4	25
Profesional	10	0	0	10
Empleado	7	6	1	14
Otros	4	0	2	6
Técnico	3	0	0	3
Subempleado	2	1	1	4
Desempleado	1	0	0	1
Servicios diversos	1	0	0	1
Obrero	0	2	0	2
Total	70	28	13	111

Tabla 8 Fuente: Cuestionario Sociodemográfico/Qol-RA

Respecto a la edad agrupada por decenios 23 pacientes se encontraron en la categoría de 60-69 años con buena calidad de vida; así mismo constatamos que 3 pacientes de la categoría más de 70 años se encuentran con percepción de mala calidad de vida. Tabla 9

Edad/Calidad de Vida				
Edad	Buena CV	Regular CV	Mala CV	Total
20-29	2	0	0	2
30-39	1	1	0	2
40-49	9	6	1	16
50-59	18	3	4	25
60-69	23	10	5	38
>70	17	8	3	28
Total	70	28	13	111

Tabla 9 Fuente: Cuestionario Sociodemográfico/Qol-RA

De los 70 pacientes con buena calidad de vida, 19 estudiaron preparatoria o carrera comercial completa, el resto se distribuye entre licenciaturas y uno con diplomado. De los 28 pacientes con calidad de vida regular 8 de ellos cursaron secundaria completa y los restantes llegaron hasta uno con licenciatura y de los 13 pacientes con mala calidad de vida únicamente uno tiene licenciatura. Los pacientes que tienen preparatoria o carrera comercial completa, licenciaturas y diplomado representan la escolaridad que con mayor frecuencia se asocia a buena calidad de vida. Tabla 10

Tabla 10 Escolaridad/ Calidad de Vida				
Escolaridad	Buena CV	Regular CV	Mala CV	Total
Primaria	8	7	3	18
Primaria Incompleta	7	2	2	11
Secundaria	12	8	1	21
Secundaria Incompleta	3	1	1	5
Preparatoria o Carrera Comercial	19	6	4	29
Preparatoria o Carrera comercial incompleta	2	2	1	5
Licenciatura	13	1	1	15
Licenciatura Incompleta	5	1	0	6
Diplomado	1	0	0	1
Total	70	28	13	111

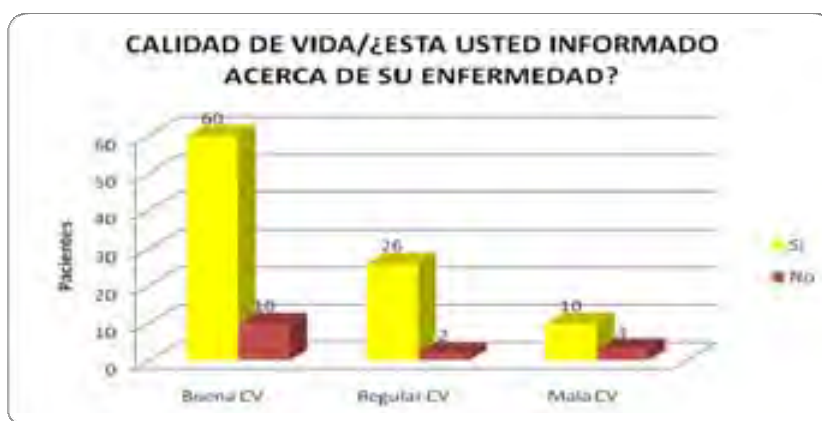
Fuente: Cuestionario Sociodemográfico/ Qol-RA

En cuanto a la variable ¿Con quién vive? Se encontró que de los 70 pacientes con buena calidad de vida 66 de ellos viven con sus familias y 4 viven solos; para la categoría regular calidad de vida de los 28 pacientes, 23 viven con sus familias y 5 viven solos. De los 13 pacientes con mala calidad de vida 8 viven con sus familias y 5 viven solos. Se observó que el mayor número de pacientes que viven con sus familias perciben una calidad de vida buena con una $p: 0.003$ estadísticamente significativo, donde el tipo de familia que destacó fue el de nuclear simple con 25 pacientes para el rubro buena calidad de vida. Gráfica 12



Gráfica 12 Fuente Cuestionario Sociodemográfico

Se observó que 60 pacientes que se perciben con buena calidad de vida estaban informados acerca de su padecimiento. Gráfica 13

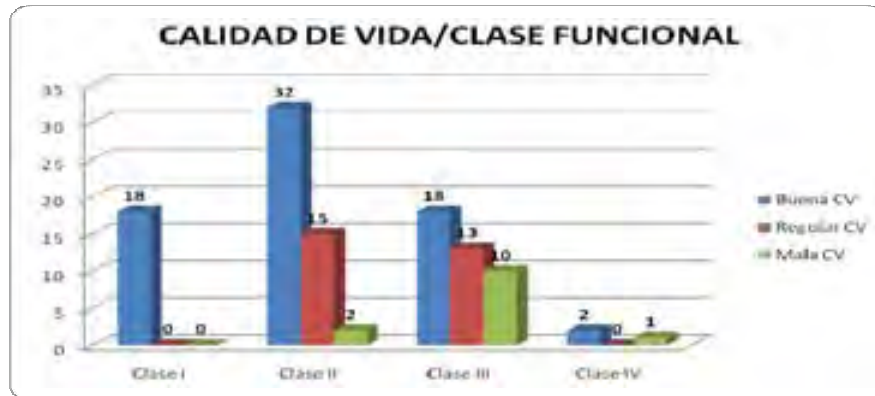


Gráfica 13 Fuente Cuestionario Sociodemográfico.

Es importante mencionar que se encuentran con buena calidad de vida todos los pacientes con clase funcional I, 32 pacientes con clase funcional II, 18 pacientes en clase funcional

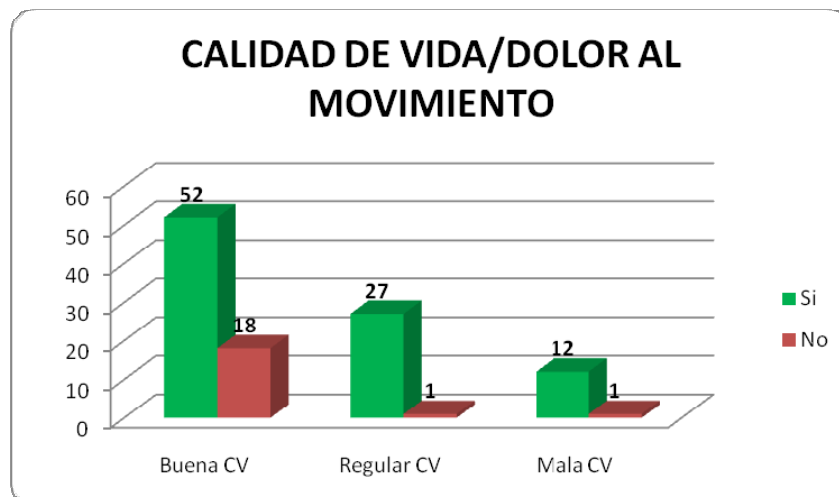
III y de los 3 pacientes en clase funcional IV solo uno se percibe con mala calidad de vida.

Gráfica 14



Gráfica 14 Fuente cuestionario sociodemográfico

Como se había comentado anteriormente el síntoma que predomina es el dolor al movimiento que se detecta en 91 pacientes sin embargo 52 de estos a pesar de dicho síntoma se encuentran con buena calidad de vida. Gráfica 15



Gráfica 15 Fuente Cuestionario sociodemográfico

De los 70 pacientes con buena calidad de vida a 43 de ellos el primero en informarle acerca de su enfermedad fue el médico familiar, los 20 restantes fueron informados por el

reumatólogo. El resto de ellos se distribuye entre enfermera y medico general (otro).

Gráfica 16



Gráfica 16 Fuente cuestionario sociodemográfico

4.- DISCUSIÓN

Los resultados en el presente estudio indican que no hubo diferencia en cuanto a género respecto a lo que se conoce en la literatura como lo reportado por *O' Dell (2004)*²; llama la atención que el promedio de edad (60-69 años) es mayor que en otros grupos de población y que la ocupación predominante fue jubilado/pensionado y amas de casa, datos que difieren con lo reportado en la literatura como en el estudio realizado por *Cadena J. (2002)*³⁰ donde el grupo predominante se encuentra entre los 41-50 años y la ocupación sobresaliente fue trabajadores de tiempo completo seguido de amas de casa.

Es conocido que tener un adecuado nivel sociocultural y económico contribuye a un mejor conocimiento de la problemática respecto a la enfermedad y conlleva a mejores resultados sobre la calidad de vida. En el presente estudio el mayor número de pacientes se encuentran con preparatoria o carrera comercial completa, hecho que favorece a un mejor entendimiento de la enfermedad, además de que la mayoría de los pacientes reconocen haber sido informados acerca de la misma por el médico familiar. Respecto al nivel económico el 70% de la población estudiada percibe un salario ya sea por jubilación/pensión o bien por alguna actividad remunerativa contribuyendo a una mejor calidad de vida, siendo equiparable estos resultados con lo reportado por *Escorcía (2005)*³¹ donde afirma que un adecuado nivel de educación mejora el conocimiento acerca de la enfermedad, la función física y el rol físico.

En esta investigación el 89.2% de los pacientes viven con sus familias, siendo nuclear simple la tipología familiar predominante, suceso que contribuye a un mejor apoyo social, físico y mental para el paciente, reflejado en una buena percepción de calidad de vida; estos resultados concuerdan con lo reportado por *Cadena J. (2002)*³⁰ donde especifica que el tener una satisfacción con su entorno familiar se relaciona con una calidad de vida adecuada. *Affleck y colaboradores en 1988*³² reportaron que los pacientes con Artritis Reumatoide que tienen un alto nivel de satisfacción con respecto al apoyo social presentan un mejor grado de adaptación a la enfermedad, hecho que concuerda con los resultados de esta investigación. Es importante comentar que la mayoría de los pacientes se encontraban

casados; *Zung en 1993*³³ comentan que el estar casado es un predictor subjetivo de buena salud.

En este estudio la mayor parte de los pacientes se encuentran en clase funcional II, lo cual favorece a la presencia de una mejor movilidad y por lo tanto una mejor percepción de calidad de vida, resultado que concuerda con lo reportado por *Cadena José en el 2002*.³⁰ La causa del dolor y limitación de la función articular puede estar relacionada al proceso inflamatorio crónico y puede perpetuarse predominantemente en los pacientes que se encuentran en clase funcional III-IV donde en esta investigación se registraron 3 de 111 pacientes en clase funcional IV.

Los resultados de esta investigación reportan que los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide de la UMF 28 “Gabriel Mancera” tuvieron Regular Calidad de Vida, donde los puntajes más altos se encontraron en las subescalas de Apoyo Social, Interacción Social y Estado de Ánimo, analizando que el impacto de las enfermedades crónicas están estrechamente vinculadas a la situación social y emocional incidiendo de manera notable en su Calidad de Vida. Estos resultados son equiparables a los encontrados por *Vinaccia Stefano en el 2005*³⁴ donde los pacientes presentaron un Buen nivel de Calidad de Vida con puntajes altos en las subescalas apoyo social e interacción social.

Un dato trascendental es que la mayoría de los pacientes que presentaron buena calidad de vida fueron informados de su enfermedad de primera instancia por el médico familiar, situación que permite reconocer que en esta unidad de primer nivel, una vez que el paciente acude para atención médica, la detección de la enfermedad y el diagnóstico es oportuno; hecho que se relaciona con la capacitación y adiestramiento que reciben los médicos familiares durante su formación como especialistas y que permite establecer pautas para la detección, diagnóstico y medidas de tratamiento oportunas independientes de la fase o el tiempo de evolución, contribuyendo a una percepción adecuada de calidad de vida.

5 CONCLUSIONES

En esta investigación se cumplió con el objetivo general que fue el determinar la calidad de vida en pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide, concluyendo que los sujetos de estudio perciben una calidad de vida regular.

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, 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 una relación entre redes de apoyo, funcionalidad familiar y 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.
- Generar mecanismos para orientar a la familia y prepararla para las posibles complicaciones que conlleva la Artritis Reumatoide.

6 BIBLIOGRAFÍA

1. Ramos Niembro F. Enfermedades Reumáticas Criterios y Diagnóstico. Edit Mc Graw-Hill Interamericana 1era ed., 1999, México, pp: 15-53.
2. O'Dell, James R. *Drug Therapy: Therapeutic Strategies for Rheumatoid Arthritis*. NEJM 2004; 350(25): 2591-2602.
3. Rindfleisch JA and Muller D. Diagnosis and Management of Rheumatoid Arthritis. Am Fam Physician. 2005; 72(6): 1037-1047.
4. Doan T, Massarotti E. Rheumatoid Arthritis: An Overview of New and Emerging Therap J Clin Pharmacol 2005; 45:751-762.
5. Ramos Niembro F. Lom Orta H. Reumatología, Diagnóstico y Tratamiento. Edit Manual Moderno 3ra ed., 2008, México, pp: 320-330.
6. Mónica R., Lino M. et al. Nuevos Marcadores en el Diagnóstico de la Artritis Reumatoide. Rev. Cubana Invest Biomed 2006; 25(1): 2-7.
7. Lavallo-Montalvo C. Lavallo-Bravo M. Reumatología Clínica. Edit Limusa 2da edición, 1990, México, pp:235-252.
8. Díaz E, Abud C, Garza Elizondo M, Medrano Ramírez G, Orozco J, Pacheco C, Pineda Villaseñor C and et al. Recomendaciones para el Tratamiento Médico de la Artritis Reumatoide. Revista de Investigación Clínica. 2005; 57(5): 735-755.
9. Anaya J. M. Pineda Tamayo R. y Colaboradores. Artritis Reumatoide Bases Moleculares, Clínicas y Terapéuticas. Edit Universidad del Rosario, 1era edición, Colombia, pp: 230-250.
10. Guzmán-Moreno R. Artritis Reumatoide Bases Inmunológicas para la Terapia Biológica. Rev Colombiana de Reumatología. 2003; 10(2):119-134.
11. Moctezuma-Ríos JF. Manifestaciones Articulares de la Artritis Reumatoide. Rev. Méx. Reumat 2002; 17(3): 211-219.
12. Imboden J. Hellmann D. and Stone J. Diagnóstico y Tratamiento en Reumatología. Edit Manual Moderno, 5ta ed. 2005, México, pp: 147-157.
13. Fernández JM, Poncell VC. Tratamiento del Pulgar en la Artritis Reumatoide. Ann Med. 1999; 44(4): 169-172.
14. Fernández Vázquez JM. Schenk Palao J. y Juárez Rojas C. Deformidad en Boutonniere de los Dedos en la Artritis Reumatoide. Ann Med. 2000; 45(2): 78-81.
15. Carmona L, González-Álvaro I. Rheumatoid Arthritis in Spain: Occurrence of Extra-Articular Manifestations and Estimates of Disease Severity. Ann Rheum Dis. 2003; (62): 897-900.
16. Reyes-Méndez P. Manual de Reumatología. Edit Méndez Editores 1era ed. 1996, México, pp: 53-67.
17. Cannella AC, O'Dell JR. Early Rheumatoid Arthritis Pitfalls in Diagnosis and Review of Recent Clinical Trials. Drugs. 2006; 66(10): 1319-1337.
18. American Collage of Rheumatology Subcommittee on Rheumatoid Arthritis Guidelines. Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis: 2002 update; Arthritis Rheum 2002; 46(2): 328-346.
19. Sociedad Española de Reumatología. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Artritis Reumatoide. Marzo 2007. <http://www.taiss.com/publi/absful/guipcar-2007-guia-rapida.pdf>. Consultado y actualizado el 01 de Febrero del 2009.
20. Saaibi SD, Calidad de Vida y Discapacidad. Rev Col Reumatol. 2002; 9 (4): 281-286.

21. Gómez-Clavelina, Irigoyen-Coria, y Ponce-Rosas. Guía para el seminario del PUEM. Bases para la Investigación en las Especialidades Médicas. Edit: Medicina Familiar Mexicana, 2da edición 1993, México, pp: 27-55.
22. Velarde-Jurado E. Evaluación de la Calidad de Vida. Salud pública de México. 2002; 44(9): 349-361.
23. Schwartzmann L. Calidad de Vida Relacionada con la Salud: Aspectos Conceptuales. Ciencia y Enfermería. 2003; IX(2): 9-2.
24. Vinaccia S. Fernández H. Aplicación de la Versión Española del Cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QoL-RA) en Colombia. Rev Col Reumatol. 2006; 13(4): 264-270.
25. Ballina- García J. Medición de la Calidad de Vida en Artritis Reumatoide. Rev. Esp. Reumatol. 2002; 29(2): 56-64.
26. Badia X. y Carné X. La Evaluación de la Calidad de Vida en el contexto del Ensayo Clínico. Med Clin Barc. 1998; 110: 550-556.
27. Zúñiga M. Evaluación del Estado de Salud Con La Encuesta SF-36: Resultados Preliminares en México. 1999; 41(2):110-118.
28. Velarde-Jurado E. Consideraciones Metodológicas para Evaluar la Calidad de Vida. Salud Pública de México; 44(5): 448-463.
29. Padilla G. V. Danao L. An English and Spanish Quality of life Measure for Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care and Research. 2001; (45): 167-173.
30. Cadena J, Cadavid M, Ocampo M, Anaya JM. Depresión y Familia en Pacientes Con Artritis Reumatoide. Rev Col Reumatol. 2002; 9 (3): 184-191.
31. Escorcia ME, Osorio H, Pérez C. Efectividad de Una Intervención Educativa en pacientes Con Artritis Reumatoide. Hospital Universidad del Norte. Barranquilla. Rev Col. Reumatol. 2006; 13(1): 11-19.
32. Affleck, G. Tennen, H. Pfeiffer, C., Fificcol, J. y Rowc, J. Social Support and Psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. Arthritis Care Research. 1988; 1:71-77.
33. Zung, W. y Roth, M. Prevalence of Depressive Symptoms in Primary Care. Fam Pract 1993; 37:337-338.
34. Vinaccia, S. Tobón, S. y Anaya, M. Evaluación de la Calidad de Vida en Pacientes con Diagnóstico de Artritis Reumatoide. International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2005; 5(1):45-60.
35. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Manual. Gaceta Médica de México. Julio-Agos.2001; 137(4):388-392.
36. Ley General De Salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de Febrero de 1984.
37. Reglamento de la ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984.
38. Requisitos de Uniformidad para Manuscritos Enviados a Revistas Biomédicas: Redacción y Preparación de la Edición de una Publicación Biomédica. Actualizado en Febrero de 2006. Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (ICMJE).

7 ANEXOS

CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO

DATOS DE IDENTIFICACION:

N. de folio: _____

1.- NUMERO DE FILIACIÓN _____

2.- TURNO DEL PACIENTE _____

3.- NOMBRE DEL PACIENTE _____

4.- EDAD _____

5.- SEXO

1) femenino

2) masculino

6.- ESTADO CIVIL

1) Soltero

2) Casado

3) Viudo

4) Divorciado

5) Unión Libre

7.- AÑOS DE ESTUDIO _____ ¿QUE ESCOLARIDAD TIENE? _____

8.- OCUPACIÓN

CODIGO*	OCUPACIÓN
1	AMA (O) DE CASA (Hogar)
2	JUBILADO/PENSIONADO
3	DESEMPLEADO (Sin trabajo remunerado ni por cuenta propia)
4	SUBEMPLEADO (vendedor informal, ambulante, etc.)
5	CAMPESINO
6	ARTESANO
7	OBrero
8	CONDUCTOR DE AUTO, CAMIONETA O CAMIÓN
9	TÉCNICO (electricista, carpintero, plomero, pintor, herrero, mecánico, etc.)
10	EMPLEADO (cajero, oficinista, secretaria, recepcionista, archivista, etc.)
11	PROFESIONAL (maestros, médicos, sacerdotes, arquitectos, ingenieros, abogados, enfermeras, psicológicos, etc.)
12	ARTISTA (músico, escultor, pintor de arte, escritor, poeta etc.)
13	COMERCIANTES ESTABLECIDOS (tiendas o negocios formales hasta con 5 trabajadores o familiares a sueldo)
14	EMPRESARIO (dueño de organizaciones, industria o servicios establecidos legalmente)
15	DIRECTIVO (ejecutivo, gerentes, directores, etc.)
16	SERVICIOS DIVERSOS (gestor, mesero, soldado, policía, bombero, paramédico, intendencia, vigilancia, seguridad, etc.)
17	OTRAS OCUPACIONES NO ESPECIFICADAS

9.- ¿De quien depende económicamente?

1) Esposo (a) ()

2) Hijos ()

3) Padres ()

4) Otros ()

5) Usted mismo (jubilación o pensión) ()

10.- ¿Con quién vive?

1) Solo ()

- 2) Familia ()
3) otros () ¿Quién? _____ Tipo de Familia _____

11.- ¿Cuántos integrantes habitan su domicilio?

12.- ¿Antes de recibir el diagnóstico definitivo de Artritis Reumatoide recibió algún otro diagnóstico?

- 1) Si
2) No

12.1 ¿Cuál?

- 1) Enfermedad reumática ()
2) Reuma Infeccioso ()
3) Fiebre Reumática ()
4) Otro ()
5) Ninguno ()

13.- ¿Usted esta informado acerca de su enfermedad?

- 1) Si estoy informado ()
2) No estoy informado ()

14.- ¿Quién fue el primero en informarle acerca de su enfermedad?

- 1) Medico Familiar ()
2) Enfermera ()
3) Trabajadora social ()
4) Reumatólogo ()
5) Medios de Comunicación ()
6) Otro ()

CUESTIONARIO ARTRITIS REUMATOIDE

1.- ¿Hace Cuanto tiempo se le diagnostico su enfermedad?

- 2.- ¿Qué tipo de tratamiento recibe?
- 1) Tratamiento Farmacológico (medicamentos) ()
 - 2) Tratamiento No Farmacológico (acupuntura, masajes, naturista, etc.) ()
 - 3) Ambos tratamientos ()
- 3.- ¿En que clase funcional se encuentra?
- 1) Realiza todas sus actividades ()
 - 2) Realiza sus actividades moderadamente ()
 - 3) Realiza sus actividades escasamente ()
 - 4) Está limitada su capacidad para realizar todo tipo de actividades ()
- 4.- ¿Tiene enfermedad activa? (No contestar)
- 1) Si tiene enfermedad activa
 - 2) No tiene enfermedad activa
- 5.- ¿Presenta rigidez (endurecimiento o imposibilidad para mover la articulación) más de 30 minutos?
- 1) Si
 - 2) No
- 6.- ¿Presenta Dolor al movimiento (Hipersensibilidad) de una articulación?
- 1) Si
 - 2) No
- 7.- ¿Presenta Hinchazón o inflamación en articulaciones?
- 1) Si
 - 2) No
- 8.- ¿Presenta hinchazón o inflamación articular simétrica?
- 1) Si
 - 2) No
- 9.- ¿Presenta nódulos subcutáneos?
- 1) Si
 - 2) No
- 10.- ¿Presenta factor Reumatoide Positivo?
- 1) Si
 - 2) No

CUESTIONARIO OoL-RA

1. Si Usted Considera sólo sus habilidades físicas, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

2. Si Usted sólo considera la ayuda que le ha dado su familia y sus amistades, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

3. Si Usted sólo considera su dolor artrítico, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

4. Si Usted sólo considera su nivel de tensión nerviosa, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

5. Si Usted sólo considera su salud, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

6. Si Usted sólo considera su artritis, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

7. Si Usted sólo considera su nivel de interacción entre Ud. y su familia y amigo(a)s, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

8. Si Usted sólo considera lo que Ud. dijo acerca de su estado de ánimo, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

Muy mala 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Excelente

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ **FECHA:** _____

Por medio del presente acepto participar en el proyecto de investigación titulado

“VALORACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES PORTADORES DE ARTRITIS REUMATOIDE EN LA UMF 28”.

El objetivo de este estudio es: Valorar la Calidad de Vida en Pacientes Portadores de Artritis Reumatoide en la UMF 28.

Se me ha explicado que mi participación consistirá en

- Acudir a la UMF 28 “Gabriel Mancera” donde se me tomarán mis datos personales.
- Se me evaluará con una serie de preguntas de tipo Sociodemográfico y el con el test QoL-RA.

Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes y molestias al igual de los beneficios derivados de mi participación en el estudio.

El investigador principal se ha comprometido a darme información oportuna sobre el procedimiento alternativo adecuada que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, a si como responder a cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo. Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto.

El investigador principal me ha dado seguridades de que no se identificara en la presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio y que los datos relacionados con mi privacidad serán manejados de forma confidencial. También se ha comprometido a proporcionarme la información actualizada que se obtenga durante el estudio, y aunque este pudiera hacerme cambiar de parecer respecto a mi permanencia en el mismo.

Nombre y Firma del paciente

Nombre y Firma del testigo