



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACIÓN  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD ACADÉMICA  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 249  
TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO

“CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES SEGUN CLASE  
FUNCIONAL DE ARTRITIS REUMATOIDE, EN PACIENTES  
QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE  
MEDICINA FAMILIAR 220. TOLUCA, ESTADO DE MEXICO  
EN EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DEL 2011”.

**T E S I S**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

P R E S E N T A

**DRA. ADRIANA DIAZ MEDINA**

DIRECTORA DE TESIS  
DRA. MARIA ESTHER REYES RUÍZ  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

ASESOR METODOLÓGICO  
DRA. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ  
PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
FAMILIAR, FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.



TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO 2011



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**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.

“CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES SEGUN CLASE FUNCIONAL DE ARTRITIS REUMATOIDE, EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 220. TOLUCA, ESTADO DE MEXICO EN EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DEL 2011”.

## **T E S I S**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:

DRA. ADRIANA DIAZ MEDINA

### **A U T O R I Z A C I O N E S:**

DR. GUILLERMO AUSTREBERTO ESPINOSA FUENTES  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA  
FAMILIAR PARA MÉDICOS GENERALES EN UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
222, TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO.

DRA. MARIA ESTHER REYES RUÍZ  
DIRECTORA DE TESIS  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

DRA. SILVIA LANDGRAVE IBAÑEZ  
ASESOR METODOLÓGICO  
PROFESORA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA  
FAMILIAR, FACULTAD DE MEDICINA, UNAM.

DRA. MARIA DEL CARMEN GARCIA MANZANARES  
COORDINADOR CLINICO DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD  
H. G. R. / U. M. F. No- 220

TOLUCA, EDO. DE MÉXICO 2011

“CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES SEGUN CLASE FUNCIONAL DE ARTRITIS REUMATOIDE, EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 220. TOLUCA ESTADO DE MEXICO EN EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DEL 2011”.

## **T E S I S**

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE:

**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.**

PRESENTA:

**DRA. ADRIANA DIAZ MEDINA.**

DR. FRANCISCO JAVIER FULVIO GÓMEZ CLAVELINA  
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

DR. FELIPE DE JESUS GARCÍA PEDROZA  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

DR. ISAIAS HERNÁNDEZ TORRES  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR  
FACULTAD DE MEDICINA  
UNAM

TOLUCA, EDO. DE MÉXICO 2011

# DEDICATORIAS

## A DIOS PADRE:

QUIEN ME HA BRINDADO LA VIDA PARA  
LLEGAR A ESTE PUNTO DE MI  
EXISTENCIA.

## A MIS PADRES RITA Y JAVIER (Q. P. D.):

A QUIENES CON SU EJEMPLO, FORTALEZA  
Y APOYO HAN LOGRADO FORMAR A  
UNA MEJOR PROFESIONISTA.

## A MI HIJO EDSON ALBERTO:

EL MOTIVO MAS IMPORTANTE DE MI  
VIDA PARA SER CADA DIA UN MEJOR  
SER HUMANO, MADRE Y MEDICO.

## TITULO

“CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES SEGUN CLASE FUNCIONAL DE ARTRITIS REUMATOIDE, EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 220. TOLUCA, ESTADO DE MEXICO EN EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DEL 2011”.

# I N D I C E

1.INTRODUCCION.....	1
2.-MARCO TEORICO.....	2
CALIDAD DE VIDA	
CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES	
ARTRITIS REUMATOIDE	
3.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	16
4.-JUSTIFICACION.....	17
5- OBJETIVO GENERAL Y ESPECIFICOS.....	18
6.-HIPOTESIS.....	19
7- METODOLOGIA:.....	20
Diseño del estudio	
Tipo de estudio	
Población, lugar y tiempo	
Tamaño de la muestra	
Tipo de muestreo	
8-CRITERIOS DE SELECCIÓN.....	22
INCLUSION, NO INCLUSION Y ELIMINACION	
9-INFORMACION A RECOLECTAR (VARIABLES).....	23
Método o procedimiento para captar la información	
Análisis estadístico	
Consideraciones éticas	
10.-RESULTADOS.....	29
11.-DISCUSION.....	45
12- CONCLUSIONES.....	47
13.-REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	49
14.- ANEXOS:.....	50
Cronograma de Gantt	
Formato consentimiento informado	
Instrumento de medición.	
Hoja de recolección de datos	

## 1- INTRODUCCION

El interés por la Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. (1)

La Calidad de Vida se define según la OMS, 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”, utilizando parámetros subjetivos para constituirse; por tanto, es influenciable y hace necesario considerar aspectos contextuales inherentes al proceso de salud-enfermedad, que permitan llevar a cabo una valoración en el contexto de la salud médica y asistencial, en forma integral con el ámbito económico y político.

Lo anterior se pone de manifiesto, con mayor profundidad, durante el proceso de envejecimiento de la persona, ya que en este proceso el estado de salud y la capacidad funcional del adulto mayor, dependen no sólo de la estructura genética, sino también de lo que ha hecho durante el trayecto de su vida; del tipo de cosas con las que se ha encontrado a lo largo de ella; y de cómo y dónde se ha desarrollado su vida.

Aunado a ello, las enfermedades crónico-degenerativas y las incapacitantes progresivas como la artritis reumatoide en particular, influyen notablemente en la calidad de vida del paciente, afectando de manera directa, su capacidad laboral, desempeño social y relaciones con la familia de la cual depende. Esto se deriva de que se trata de una enfermedad articular inflamatoria crónica, autoinmune, multifactorial y sistémica, de etiología desconocida que puede evolucionar hacia la destrucción y deformidad articular causando grados variables de discapacidad, comprometiendo órganos y tejidos extraarticulares.

Dicha situación, ha sido estudiada a nivel mundial y se manifiesta principalmente como una prioridad para los médicos familiares que atienden a estos pacientes, cuyo propósito es lograr una óptima relación entre la longevidad y la calidad de vida en ellos. Estas condiciones pueden alcanzarse a través de influir en el ámbito sociocultural, es decir, en la condición y estilo de vida del paciente, como proporcionar una educación continua y actualizada por el grupo multidisciplinario incluyendo a su familia, que manejan y cuidan a nuestros adultos mayores con artritis reumatoide.



## 2- MARCO TEORICO

### 2.1 CALIDAD DE VIDA.

La Calidad de Vida ha existido desde tiempos inmemorables. Sin embargo, la aparición del concepto como tal y la preocupación por la evaluación sistemática y científica del mismo es relativamente reciente. La idea comienza a popularizarse en la década de los 60 hasta convertirse hoy en un concepto utilizado en ámbitos muy diversos, como son la salud, la salud mental, la educación, la economía, la política y el mundo de los servicios en general. (1)

El desarrollo y perfeccionamiento de los indicadores sociales, a mediados de los 70 y comienzos de los 80, provocó el proceso de diferenciación entre estos y la Calidad de Vida. La expresión comienza a definirse como concepto integrador que comprende todas las áreas de la vida (carácter multidimensional) y hace referencia tanto a condiciones objetivas como a componentes subjetivos. La inclusión del término en la primera revista monográfica de EE UU, "Social Indicators Research", en 1974 y en "Sociological Abstracts" en 1979, contribuyó a su difusión teórica y metodológica, convirtiéndose en la década de los 80 en el despegue definitivo de la investigación en torno al término.

En este contexto, se han originado diferentes formas de conceptualizar la Calidad de Vida:

Según Borthwick – Duffy (1992) Calidad de Vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas y que representa la suma de las sensaciones subjetivas y personales del sentirse bien.

Según Velarde y Jurado 2002, 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 esta principalmente relacionado con la propia enfermedad ó con los efectos del tratamiento y capacidades funcionales. Por la relación que tiene esta definición con mi trabajo de investigación será la que operalice en la misma.

-Patrick y Ericsson (1993) la define 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.

-Shumaker 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 esta en reconocer que la percepción de las personas sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual dependen en gran parte de sus propios valores y creencias, su contexto cultural e historia personal.

En el área de salud la Organización Mundial de la salud (OMS) fue pionera en el futuro desarrollo de la Calidad de Vida. En 1948 la define como: “Un estado de completo bienestar físico, psíquico y social y no meramente la ausencia de enfermedad.

Dicha definición se ve superada en 1991, en donde, la OMS establece a 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 evaluación. En donde la define 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”. (2)

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

Entre las ciencias de la salud, los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas. Ello ha llevado a poner especial acento en un término nuevo: Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Numerosos trabajos de investigación científica emplean hoy el concepto, como un modo de referirse a la percepción que tiene el paciente de los efectos de una enfermedad determinada o de la aplicación de cierto tratamiento en diversos ámbitos de su vida, especialmente de las consecuencias que provoca sobre su bienestar físico, emocional y social. Las tradicionales medidas mortalidad/morbilidad están dando paso a esta nueva manera de valorar los resultados de las intervenciones, comparando unas con otras, y en esta línea, la meta de la atención en salud se está orientando no sólo a la eliminación de la enfermedad, sino fundamentalmente a la mejora de la Calidad de Vida del paciente.

### 2.1.2 COMPONENTES DE LA CALIDAD DE VIDA

Específicamente los dominios 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 de 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.

### 2. 1.3 FACTORES DE RIESGO

Existen determinantes que influyen en la Calidad de Vida del Adulto Mayor y que pueden ser divididos en dos amplios grupos:

a) Socio demográficos como: la edad, sexo, ingresos, con quien vive, etc., con respecto a éstos , la Calidad de Vida de los Adultos Mayores depende tanto del lugar donde se encuentran (vivir en el propio domicilio ó en una residencia) como la edad (más jóvenes que mayores), el género (más los hombres que las mujeres) y la posición social (ya que se cuentan con mayores recursos para satisfacer las necesidades de alimento, vestido, recreación, etc.), los servicios sociales y sanitarios (tener buenos servicios sociales y sanitarios), las relaciones sociales(mantener relaciones con la familia y los amigos) son las estudiadas para analizar el impacto en la Calidad de Vida en la vejez.

b) Relacionados con la salud como: salud (ausencia de enfermedad), las habilidades funcionales (valerse por sí mismo), la actividad (mantenerse activo), aspectos emocionales (características de la personalidad, presencia de patología, auto eficacia y otros) cuyo objetivo del tratamiento es atenuar ó eliminar síntomas, evitar complicaciones y mejorar el bienestar de los pacientes. Los cuales se verán reflejados en los resultados de los indicadores de salud clásicos en medicina como; la mortalidad, morbilidad, expectativa de vida, etc., esto permitirá un mejor acercamiento para evaluar la calidad de vida en forma integral.

La percepción de Calidad de Vida en personas mayores y pacientes con enfermedad crónica sin hospitalizar no está estrechamente asociada con indicadores objetivos como las características demográficas y el uso de servicios de cuidado de salud. Más bien son indicadores subjetivos (percepción de pacientes sobre su salud, memoria, deterioro intelectual, funcionamiento físico y cuestiones financieras) los que correlacionan independientemente con la calidad de vida global. (Pearlman, 1991) (3)

En resumen calidad de vida es una expresión lingüística cuyo significado es eminentemente subjetivo: esta asociada con la personalidad de la persona, con su bienestar y la satisfacción por la vida que lleva y cuya evidencia esta intrínsecamente relacionada a su propia experiencia, a su salud y al grado de interacción social y ambiental y en general a múltiples factores. (4)

El siglo XXI se presenta como aquél en el que el término Calidad de Vida no sólo teñirá las intenciones y acciones de individuos que gozan cada vez de mayores posibilidades de elección y decisión y optan por una vida de mayor calidad, sino también las de los servicios humanos en general, que se verán obligados a adoptar técnicas de mejora de sus procedimientos, en la medida que existirá un grupo de evaluadores que analizará sus resultados desde criterios de excelencia como es el de Calidad de Vida.

#### 2.1. 4 INSTRUMENTOS DE EVALUACION DE CALIDAD DE VIDA

Dentro del contexto de la salud, se han elaborado distintos instrumentos para medir la Calidad de Vida, los cuales se clasifican en instrumentos genéricos y específicos (5)

a) Instrumentos Genéricos: son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, que tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo cual su finalidad es meramente descriptiva. Ejemplo:

-The Quality of Well Being Scale: QWB ,el cual cuenta con una alta confiabilidad y validez, ya que valora la Calidad de Vida a través de la evaluación, la funcionalidad física, emocional, social, nivel de actividad y deterioro.

-The General Health Perception: GHP, el cual cuenta con una alta confiabilidad y validez ya que valora la calidad de vida a través de evaluar la funcionalidad física, social, emocional, vitalidad mental y dolor.

b) 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. Ejemplo:

-Quality of life Parkinson Disease Questionnaire PDQ-39: el cual cuenta con una alta confiabilidad y validez ya que valora la calidad de vida con enfermedad de Parkinson a través de evaluar deterioro neurológico y limitación.

-The Goldman Specific Activity Scale: el cual cuenta con una alta confiabilidad y validez ya que valora la calidad de vida con alguna actividad física.

Hay que reconocer que la mayoría de los instrumentos disponibles han sido desarrollados en el idioma inglés, por lo que su aplicación en países de habla hispana requiere no sólo de métodos de traducción válidos, sino reconocer que son específicos al contexto social, por lo que se debe asegurar que los dominios explorados sean apropiados para la población donde se van a implantar. La aplicación de estos instrumentos tienen la finalidad de identificar los criterios necesarios para trabajar con oportunidad y prevención, en el caso de los pacientes con artritis reumatoide antes de llegar a un estado funcional limitado así como un estado fisiológico de la vejez avanzado.

Es por ello, que se selecciono la Escala denominada "QOL - RA SCALE (QUALITY OF LIFE IN RHEUMATOID ARTHRITIS)" en el presente estudio, esté instrumento de medición fue seleccionado, por ser un cuestionario diseñado de manera específica para artritis reumatoide, se publicó en 2001 en Inglaterra con una alta confiabilidad y validez, fue adaptado en forma simultánea al Castellano por Vinnacia Stefano, Fernández Hamilton, Padilla Geraldine et al en diciembre del 2006, en 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 y 17 hombres ,

aplicando la versión española de la QOL-RA, la forma corta del SF-36 y la Center Epidemiologic Studies -Depresión scale (CES-D), encontrando los siguientes resultados: los pacientes colombianos con Artritis Reumatoide 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. (6)

Así Osnaya Nava, Gacitúa Zambrano y Arroyo Moreno en febrero del 2009, realizaron el estudio; Valoración de la Calidad de Vida en pacientes portadores de Artritis Reumatoide de la UMF No. 28 del IMSS, teniendo como muestra 111 pacientes; 98 del sexo femenino y 13 del sexo masculino, utilizando el Test QoL-RA encontraron que los pacientes portadores de artritis reumatoide de la UMF 28, percibieron una Calidad de Vida Regular en los pacientes portadores de Artritis Reumatoide. (7)

La versión inglesa del QoL-RA fue traducida al español de México, en forma exitosa a través de un estudio metodológico realizado, con el nombre de “Adaptación y Validación del Rheumatoid Arthritis Quality of life Scale”, por Pacheco Tena C, Reyes Cordero G, de la Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Chihuahua, aceptado en febrero del 2010, Concluyendo que este instrumento es confiable, valido y sensible y su uso en nuestra población representa con seguridad una alternativa afortunada en la evaluación de nuestros pacientes con Artritis Reumatoide. Este instrumento consta de un cuestionario de 8 ítems en el que cada uno de ellos contiene una definición del elemento considerado, seguido de una escala horizontal numerada con 10 puntos entre uno (muy mal) y 10 (excelente). (8)

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 , para contestar se coloca una X en la situación que más se apegue a la condición según percepción del adulto mayor.

La puntuación global nos permite establecer la clasificación de la Calidad de Vida del Adulto Mayor con artritis Reumatoide, según:

-Mala calidad de vida: pacientes con 20 puntos o menos

-Regular calidad de vida: pacientes con 21 a 40 puntos

-Buena calidad de vida: pacientes con 41 a 60 puntos

-Excelente calidad de vida: pacientes con 61 a 80 puntos

## 2.2 ADULTO MAYOR

Según la OMS, todo individuo mayor de 65 años debe ser considerado como Adulto Mayor, lo que difiere con la definición de las Naciones Unidas, la cual los considera cuando son mayor de 65 años en países desarrollados y de 60 años en países en desarrollo, como en México.(9)

Independientemente de lograr unificar a qué edad se empieza, a nivel fisiológico el envejecimiento se presenta como un *proceso continuo, universal e irreversible que determina una pérdida progresiva de la capacidad de adaptación.*

En los individuos mayores sanos, muchas funciones fisiológicas se mantienen normales en un estado basal, pero al ser sometidos a estrés se revela la pérdida de reserva funcional. Dichas características del envejecimiento son:

- Universal: Propio de todos los seres vivos.
- Irreversible: A diferencia de las enfermedades, no puede detenerse ni revertirse.
- Heterogéneo e individual: Cada especie tiene una velocidad característica de envejecimiento, pero la velocidad de declinación funcional varía enormemente de sujeto a sujeto, y de órgano a órgano dentro de la misma persona.
- Deletéreo: Lleva a una progresiva pérdida de función. Se diferencia del proceso de crecimiento y desarrollo en que la finalidad de éste es alcanzar una madurez en la función.
- Intrínseco: No debido a factores ambientales modificables. En los últimos 20 años se ha observado un aumento progresivo en la expectativa de vida de la población, pero la máxima sobrevida del ser humano se manifiesta fija alrededor de los 118 años. A medida que se ha logrado prevenir y tratar mejor las enfermedades, y se han mejorado los factores ambientales, la curva de sobrevida se ha hecho más rectangular. Hoy en día se observa que la mayoría de la población logra vivir hasta edades muy avanzadas con buena salud, y muere generalmente alrededor de los 80 años.

La Calidad de Vida del adulto mayor', según Velandia (1994) es "la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez".

Los adultos mayores constituyen un grupo de pacientes con particular interés desde el punto de vista médico ya que en ellos suele concurrir, junto con los procesos relacionados con el envejecimiento, diversas patologías que contribuyen a modificar su calidad de vida. Además de los sistemas cardiovascular, respiratorio y neurológico, no podemos olvidar las patologías que afectan al aparato locomotor debido a las importantes funciones que está desarrollando. (10)

Por todo esto las enfermedades del aparato locomotor y más aún en la población geriátrica, condicionan alteraciones en aspectos tan importantes para la salud como son la independencia para la vida diaria y la capacidad para la vida de relación. Las enfermedades reumatológicas son extremadamente frecuentes en los adultos mayores, afectando aproximadamente al 80% de los mismos.

Las patologías más observadas en este ramo son; la artritis reumatoide en un 34%, la artropatía por depósito de pirofosfato cálcico en el 20%, la polimialgia reumática en el 20% y la artritis seronegativa en el 12% de la población geriátrica según un último estudio realizado en la Ciudad de México, en población abierta del Hospital General de Reumatología en 2008.

Las características de la artritis reumatoide en el adulto mayor son diferentes, respecto a la que aparece en los sujetos jóvenes.

-Se observa una distribución por sexos similar.

-Mayor frecuencia de la aparición aguda de la enfermedad con afectación sistémica.

-Un mayor grado de actividad de la enfermedad que se traduce en una mayor afectación radiológica lo cual disminuye la esperanza de vida de 13-18 años.

## 2.3 ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune poliarticular de etiología desconocida y de evolución progresiva, su principal órgano blanco es la membrana sinovial, se caracteriza por provocar inflamación crónica de las articulaciones diartrodias, y en un 20-30% de los pacientes se presentan síntomas extraarticulares, lo que le da un carácter de enfermedad sistémica. El deterioro paulatino articular o extraarticular acaba provocando deformidad, incapacidad funcional y disminución de la expectativa de vida. (11)

AB Garrod acuñó el término artritis reumatoide en 1958 refiriéndose a la enfermedad como un padecimiento articular con algunas manifestaciones extraarticulares. (12)

### 2.3.1 EPIDEMIOLOGIA

La Artritis Reumatoide afecta a todos los grupos étnicos en todas partes del mundo su prevalencia es de 0.8-1% de la población, siendo máxima 5-6% en algunas poblaciones indígenas americanas y mínima, 0.3-0.6% en algunas regiones asiáticas, es 2-3 veces más frecuente en mujeres que en hombres, puede aparecer a cualquier edad, sin embargo su inicio es más frecuente en la 4a. Y 6a década de la vida. (13)

Un último estudio realizado en la Ciudad de México, en población abierta del Hospital General de Reumatología en 2008. Se estima que la artritis reumatoide aparece en el 3% de la población general, y más de un tercio de esta población está formada por sujetos mayores de 65 años, siendo el pico de máxima incidencia los 70 años.

Las características de la artritis reumatoide en el adulto mayor son diferentes, respecto a la que aparece en los sujetos jóvenes. Así se observa una distribución por sexos similar, mayor frecuencia de la aparición aguda de la enfermedad con afectación sistémica y un mayor grado de actividad de la enfermedad que se traduce en una mayor afectación radiológica.

La artritis reumatoide disminuye la esperanza de vida de 13-18 años: Entre los factores pronósticos negativos se encuentran: la edad, género masculino, uso de prednisona, solteros y desempleados. De todos ellos, el factor predictor más desfavorable es el grado de incapacidad funcional en el estadio precoz de la artritis reumatoide, así como el grado de cambios radiológicos destructivos, especialmente en los pies.



### 2.3.2 ETIOLOGIA

A pesar de la intensa investigación durante muchos decenios, se desconoce la causa de la artritis reumatoide, sin embargo se sabe que existen varios agentes desencadenantes que son: factores genéticos del huésped, anormalidades inmunorreguladoras o autoinmunidad y una infección microbiana desencadenante. (14)

-Factores genéticos: la implicación de estos factores en la enfermedad se basa en estudios que demuestran una agregación familiar y una mayor concordancia o coexistencia de artritis reumatoide en parejas de gemelos homocigotos (30%) que en gemelos heterocigotos (5%) y por la mayor incidencia en el sexo femenino. También se asocia con el antígeno HLA de clase II, el DR4 que aparece en pacientes con artritis reumatoide. En México debido al mestizaje con los hispanos se ha identificado que el alelo que predomina es DR3.

-Factores antritogénicos: originados por un cuadro infeccioso ya sea de origen viral o bacteriana, los cuales podrían originar destrucción articular y el desarrollo de la artritis reumatoide. Entre los principales virus están: el virus linfotrofo humano I de la célula T (HTL-1), el virus del Epstein-Barr, herpes, rubeola y parvovirus; entre las bacterias están: micoplasma, campylobacter, yersenia y salmonella.

-Factores inmunológicos: en individuos predispuestos genéticamente actúa un factor ambiental como desencadenante causando inflamación sostenida en la articulación, provocando alteraciones de la membrana sinovial, destruyendo el cartílago y dañando las estructuras que envuelven la cavidad articular e incluso produciendo erosiones óseas.

### 2.3.3 FISIOPATOGENIA

Se inicia cuando células especializadas: macrófagos y células dendríticas (células presentadoras de antígenos) identifican antígenos propios o externos, causan activación de los linfocitos TCD4+ con infiltración y proliferación celular (particularmente a nivel de la membrana celular de sinoviocitos tipo A ó macrófago sinoviales, sinoviocitos tipo B o fibroblastos, mastocitos, histiocitos y células mononucleares) ; concomitante con la activación, existe liberación de citocinas proinflamatorias incluidas: IL-2, IFN gama, IL-6, IL-10, FNT alfa, IL-13, IL-16, IL-17, 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.

### 2.3.4 MANIFESTACIONES CLINICAS

El cuadro clínico está dominado por el dolor y por la incapacidad funcional, es de inicio insidioso y gradual y casi siempre está precedido por: (15)

-Síntomas Generales: astenia, anorexia, fatiga, pérdida de peso y febrícula síntomas musculoesqueléticos vagos, fiebre de hasta 40 C y linfadenopatías.

-Síntomas específicos: dolor en la articulación afectada que se agrava con el movimiento, rigidez matinal que se manifiesta como “adormecimiento” que dura más de una hora y con carácter simétrico, es decir afectando articulaciones de ambos lados.

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

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, halux valgus, y desviación lateral con subluxación dorsal de los dedos de los pies.

Manifestaciones Extraarticulares :

Dentro de las manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoide están el malestar general, febrícula, fatiga, pérdida de peso, linfadenopatía leve y nódulos subcutáneos, las más frecuentes son:

-Compromiso muscular.

-Nódulos subcutáneos: que se localizan en las superficies extensoras de las articulaciones, con mayor frecuencia en codos, interfalángicas proximales, metacarpofalángicas o en puntos de presión como la región occipital, glútea o tuberosidad isquiática, de tamaño variable, firmes, no dolorosos, y no se adhieren a la piel.

-Anemia: de tipo normocítico normocrómico.

-Manifestaciones Pulmonares: pleuritis, fibrosis pulmonar intersticial difusa, enfermedad pulmonar nodular, neumoconiosis reumatoidea (Síndrome de Caplan), arteritis pulmonar y enfermedad obstructiva de vías aéreas.

-Manifestaciones Cardiovasculares: la pericarditis es la más frecuente se encuentra en un 30-40% de los casos de autopsias, miocarditis, endocarditis, enfermedad coronaria, enfermedad valvular y vasculitis.

-Manifestaciones Hepáticas: alteraciones de las pruebas de funcionamiento hepático manifestadas principalmente por elevación de la fosfatasa alcalina.

-Manifestaciones Oculares: lesión corneal y conjuntival asociadas con el Síndrome Sjögren; se puede desarrollar también epiescleritis y escleritis.

-Manifestaciones Neurológicas: la lesión más frecuente es el síndrome del túnel carpiano.

-Piel y anexos: la piel de pacientes con artritis reumatoide se torna atrófica, lisa y brillante, lo cual favorece la aparición de úlceras, sobre todo en las piernas y es frecuente observar eritema palmar.

### 2.3.5 DIAGNOSTICO

El diagnóstico es clínico y se aplican usualmente los criterios establecidos por el Colegio Americano de Reumatología que se anotan a continuación. (16)

#### CRITERIOS: SINTOMAS Y SIGNOS

-Rigidez matutina: Rigidez matinal en y alrededor de las articulaciones, de al menos una hora de duración, antes de la máxima mejoría.

-Artritis de dos o más áreas articulares: Cuando menos 3 áreas articulares, simultáneamente presentan inflamación de tejidos blandos o liquido, corroborados con el médico, Las 14 posibles áreas pueden ser: interfalángicas proximales derechas o izquierdas, metacarpofalángicas, muñeca, codo, rodilla, tobillo y meta- tarsofalángicas.

-Artritis en articulaciones de manos:Inflamación al menos en un área muñeca, metacarpofalangica o falanges proximales.

-Artritis simétrica: Afección simultánea de las mismas áreas articulares, en ambos lados del cuerpo, afección simultánea en falanges proximales, metacarpofalangicas o metatarsofalangicas, que es aceptable sin que haya absoluta simetría.

-Nódulos reumatoides:Nódulos subcutáneos sobre prominencias óseas o superficies extensoras o en regiones yuxtaarticulares corroboradas por el médico.

-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.

-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.

### 2.3.6 DIAGNOSTICO 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 como:

#### PRUEBA DIAGNOSTICA

- 1) Proteína C reactiva: > 0.7 mg/ml
- 2) sedimentación eritrocitaria: Detecta anemia más frecuente microcítica hipócromica, normocítica normocrómica o macrocítica.
- 3) Biometría hemática: Detecta anemia más frecuente microcítica hipócromica, normocítica normocrómica o macrocítica.
- 4) Función Hepática: Normal o anormal
- 5) Plaquetas Trombocitosis
- 6) Radiografías: Puede ser normal o presentar: disminución de espacios, osteopenia periarticular y 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 -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: Genopatía policlonal
- 11) Electroforesis: Elevación de reactantes en la fase aguda

### 2.3.7 DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

Las alteraciones radiográficas y la progresión radiológica han sido clasificadas por el Colegio Americano de Reumatología en 4 fases que se describen como:

CLASE I- Inflamación o aumento de volumen de estructuras blandas. Disminución de espacio articular. Osteopenia yuxtaarticular.

CLASE II-A la etapa I se le agregan erosiones marginales y quistes subcondrales.

CLASE III-A la etapa I y II se agregan subluxaciones o luxaciones.

CLASE IV-A la etapa IV se agregan todas las anteriores, anquilosis fibrosa u ósea.

### 2.3.8 TRATAMIENTO

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

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. (17)

-ANTINFLAMATORIOS: Entre los antiinflamatorios se incluyen no esteroideos o inhibidores de la ciclooxigenasa (cox 1 y cox 2) y antiinflamatorios esteroideos 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 dosis bajas que controlen la inflamación por ejemplo, la prednisona a una dosis no mayor de 15mg, 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.

-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 (metrotexate), Leflunomida. Existen otros que se utilizan con menor frecuencia: AZA (aziatropina), D-PEN (D-penicilamina), sales de oro, minociclina y ciclosporina.

-TERAPIA BIOLOGICA: 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 administra cuando se observa falta de respuesta a terapia convencional y cuando se dispone de recursos económicos dado el alto costo de los mismos. (18)

### TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

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

### 2.3.9 EVALUACION 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 las mismas, además de los estudios de laboratorio que incluirán básicamente: biometría hepática completa, velocidad de sedimentación globular, proteína c reactiva 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 la evolución de la Artritis Reumatoide que siempre han sido motivo de preocupación y análisis exhaustivo, se ha propuesto la siguiente:

#### CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE STEINBROKER

CLASE I-El paciente es absolutamente capaz de realizar todas las actividades habituales de la vida diaria (cuidado personal, profesión, entretenimiento).

CLASE II-El paciente es capaz de realizar las actividades habituales de su cuidado personal y profesional, pero está limitado en las actividades de entretenimiento.

CLASE III-El paciente es capaz de realizar actividades usuales de su cuidado personal, pero está limitado a las actividades profesionales y de entretenimiento.

CLASE IV-El paciente tiene limitada su capacidad para realizar actividades usuales de su cuidado personal, profesional y de entretenimiento.

Una vez tratado el paciente se considera que la artritis reumatoide se encuentra en remisión cuando se cumple con los siguientes Criterios de Pinals:

- 1-Duración de la rigidez matutina no mayor de 15 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-VSG <30mm/hora en mujeres y < 20mm/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.

Entre los factores pronósticos negativos se encuentran: edad, género masculino, empleo de prednisona, solteros y desempleados. De todos ellos, el factor predictor más desfavorable es el grado de incapacidad funcional en el estadio precoz de la artritis reumatoide, así como el grado de cambios radiológicos destructivos, especialmente en los pies. 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.

### **3 - PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La calidad de vida del adulto mayor, vista como una manifestación de su bienestar físico, psicológico y social del individuo, se ve deteriorada por alteraciones en la funcionalidad de dichas áreas, las cuales son inherentes al proceso de envejecimiento, que se ve incrementado con la afectación que provoca la Artritis Reumatoide, a través del proceso inflamatorio crónico que afecta al tejido sinovial que recubre la cápsula articular, cuyas manifestaciones clínicas son: la rigidez matinal, fatiga, dolor, depresión y una inmovilidad progresiva de las articulaciones.

Todo ello contribuye a un deterioro progresivo de la posibilidad de que el adulto mayor pueda satisfacer por si mismo sus necesidades, lo que provoca que su familia poco a poco vaya disminuyendo su compromiso y apoyo para brindarle afecto y cuidado, lo que lleva a un deterioro de la calidad de vida de los adultos mayores portadores de artritis reumatoide.

Es por ello menester, hacer la siguiente Pregunta de Investigación:

¿Cuál es la calidad de vida en adultos mayores según clase funcional de artritis reumatoide, en pacientes que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 220. Toluca Estado de México en el período de febrero a abril del 2011?

#### **4 - JUSTIFICACION.**

A nivel Mundial existen 142 millones de adultos mayores. En México, la población de adultos mayores es de 1,300 000, lo que representa el 10% de la población, se calcula que esta cifra ascenderá al doble para el año 2025, aunado a lo anterior, la expectativa de vida en México, es de 75 años: 65 a 68 años para los hombres y de 75 años para las mujeres. <sup>(19)</sup>

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), a nivel mundial existen 355 millones de pacientes con Artritis Reumatoide, de los cuales 1.5 millones viven en México, de los cuales 60 mil son atendidos en el IMSS y de ellos en la Delegación Estado de México Poniente se atienden a 8,303 pacientes, en la UMF 220 Toluca se atienden a 74 derechohabientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide hombres y mujeres mayores de 60 años. <sup>(20)</sup>

Tiene mayor incidencia en varones conforme aumenta la edad; en cambio, en las mujeres aumenta hasta los 45 años de edad, hace una meseta a los 75 años y desciende en edades avanzadas.

En adultos mayores causa deformación grave en las articulaciones en un 70-80% de los casos y llega a limitar la calidad de vida, el rendimiento profesional y el cumplimiento de las responsabilidades familiares y domésticas de los pacientes. El dolor y la pérdida de funcionalidad es a tal grado incapacitante, que la mitad de los afectados por esta patología, presentan baja laboral definitiva 10 años después del diagnóstico, así como la afectación en la capacidad propia para realizar sus actividades diarias de cuidado, lo que los lleva a depender de un cuidador primario para su existencia.

Es por ello impostergable realizar una evaluación de la calidad de vida, que tome en cuenta la incapacidad, incomodidad e insatisfacción del adulto mayor, que se manifiesta como una deficiente calidad de vida en adultos mayores con Artritis Reumatoide. Lo cual permitirá prevenir y/o disminuir, con un diagnóstico oportuno realizado por el Médico Familiar, a través de implementar un plan terapéutico oportuno, adecuado y útil, tendiente a mejorar su funcionalidad y en consecuencia su estado biopsicosocial, y que todo ello lo lleve a disfrutar una mejor calidad de vida.



## **5- OBJETIVO GENERAL**

Evaluar la calidad de vida en adultos mayores según clase funcional de Artritis Reumatoide, en pacientes que acuden a la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 220. Toluca, Estado de México en el período de Febrero a Abril del 2011.

### **OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

1. Identificar la frecuencia de artritis reumatoide en el adulto mayor, según grupo etáreo
2. Determinar la frecuencia de artritis reumatoide en el adulto mayor según género.
3. Determinar la frecuencia de la clase funcional del adulto mayor con Artritis Reumatoide, según nivel de afección.
4. Evaluar la calidad de vida del adulto mayor con artritis reumatoide.

## **6 – HIPOTESIS**

-Hipótesis : Los adultos mayores con artritis reumatoide de la consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar 220, tienen una mala calidad de vida.

## **7 - METODOLOGIA:**

**-DISEÑO DEL ESTUDIO:**

Observacional.

**-TIPO DE ESTUDIO:**

Descriptivo , Prospectivo y Transversal

## POBLACION, LUGAR Y TIEMPO

Población total de adultos mayores con diagnóstico de artritis reumatoide con tratamiento y control en la consulta externa de la UMF 220 es de 77 pacientes ( 58 femeninos y 19 masculinos).

## TAMAÑO DE LA MUESTRA

Se tomará el total de la población.

## TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por ser casos consecutivos.

## **8- CRITERIOS DE SELECCION:**

### **- INCLUSION:**

- Derechohabientes mayores de 60 años, que acuden a consulta externa en la Unidad de Medicina Familiar No. 220 de Toluca, Estado de México.
- Derechohabientes mayores de 60 años que acepten participar.
- 
- Derechohabientes mayores de 60 años de ambos sexos.
- Derechohabientes mayores de 60 años con artritis reumatoide.

### **- NO INCLUSION:**

- Adulto mayor de 60 años con trastornos auditivos o de lenguaje que imposibiliten la comunicación verbal.
- Adulto mayor con deterioro cognitivo de cualquier grado.

### **- DE ELIMINACION:**

- Cuestionarios con llenado incompleto de la Escala de QoL-RA.

## **9- INFORMACION A RECOLECTAR ( VARIABLES)**

### 9.1. VARIABLES:

- VARIABLE INDEPENDIENTE: ARTRITIS REUMATOIDE
- VARIABLE DEPENDIENTE: CALIDAD DE VIDA

## 9.2 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICION	UNIDAD DE MEDICION	TIPO DE VARIABLE
EDAD	TIEMPO EN QUE UNA PERSONA HA VIVIDO DESDE QUE NACIO	CLASIFICACION DE LA EDAD EN QUINQUENIOS.	CONTINUA	1= 60-64 AÑOS 2= 65-69 AÑOS 3=70-74 AÑOS 4= 75-79 AÑOS 5= 80-84 AÑOS 6= 85- 89 AÑOS 7= MAS DE 90 AÑOS	CUANTITATIVA
GENERO	CONJUNTO DE CARACTERÍSTICAS FENOTÍPICAS DE LAS PERSONAS	CLASIFICAR DE ACUERDO AL GÉNERO DE LAS PERSONAS	NOMINAL	1= FEMENINO 2= MASCULINO	CUALITATIVA
ESTADO CIVIL	ES LA SITUACION SOCIAL DE LAS PERSONAS	SITUACION DE CONVIVENCIA AL MOMENTO DEL ESTUDIO	NOMINAL	1= SOLTERO 2= CASADO 3= VIUDO 4= DIVORCIADO 5= UNION LIBRE	CUALITATIVA
ESCOLARIDAD	PERIODO DE TIEMPO EN EL CUAL SE ASISTE A LA ESCUELA	CORRESPONDE A LOS AÑOS COMPLETOS o INCOMPLETOS DE GRADO ACADÉMICO DE LOS ADULTOS MAYORES	NOMINAL	1= PRIMARIA COMPLETA 2= PRIMARIA INCOMPLETA 3= SECUNDARIA COMPLETA 4= SECUNDARIA INCOMPLETA 5= PREPARATORIA O ESC COMERCIAL INCOMPLETA 6= PREPARATORIA O ESC. COMERCIAL INCOMPLETA 7= LICENCIATURA COMPLETA 8= LICENCIATURA INCOMPLETA 9= DIPLOMADO	CUALITATIVA
OCUPACION	EMPLEO, FACULTAD U OFICIO QUE ALGUIEN EJERCE Y POR EL QUE PERCIBE UNA RETRIBUCIÓN	ACTIVIDAD A LA CUAL SE DEDICA EL O LA PACIENTE CON O SIN SALARIO	NOMINAL	1= TRABAJO FORMAL 2= DESEMPLEADO 3= JUBILADO 4= AMA DE CASA	CUALITATIVA
CLASE FUNCIONAL DE STEINBROCKER	Escala que permite realizar una evaluación funcional rápida de la persona con artritis reumatoide	Clasificar al paciente con AR según su clase funcional	ORDINAL	1= CLASE I: REALIZA TODAS SUS ACTIVIDADES 2= CLASE II: REALIZA SUS ACTIVIDADES MODERADAMENTE 3= CLASE III: REALIZA SUS ACTIVIDADES ESCASAMENTE. 4= CLASE IV: ESTA LIMITADA SU CAPACIDAD PARA TODO TIPO DE ACTIVIDADES	CUALITATIVA
CALIDAD DE VIDA	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	Por medio del Cuestionario QoL-RA SCALE	NOMINAL	1= MALA 2= REGULAR 3= BUENA 4=EXCELENTE	CUALITATIVA
ARTRITIS REUMATOIDE	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	Para elaborar el diagnostico de AR deberan estar presentes 4 o más de los criterios propuestos por Colegio americano de Reumatología	NOMINAL	1= MALA 2= REGULAR 3= BUENA 4=EXCELENTE	CUALITATIVA

### 9.3 PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Se informó por escrito a la dirección de la de la UMF 220 Toluca, México, sobre la realización de la presente investigación, posteriormente se solicitó al servicio de Archivo de Información Médica (ARIMAC) el censo de adultos mayores con diagnóstico de Artritis Reumatoide en control por la consulta externa de Medicina Familiar.

Se localizó a los pacientes dentro de la misma consulta externa de medicina Familiar con el apoyo de los Médicos Familiares y de las Asistentes Médicas a quienes se les informó sobre el objetivo de la presente investigación, y quienes aceptaron en forma voluntaria se les solicitó la firma del consentimiento informado (anexo 1).

A los pacientes que aceptaron contestar el cuestionario para evaluar la Calidad de Vida en adultos mayores con artritis reumatoide según clase funcional adscritos a la UMF 220, se le aplicó el Test QoL-RA (Instrumento para medir la Calidad de Vida en pacientes con Artritis Reumatoide), el cual ha sido validado en pacientes con Artritis Reumatoide en nuestra población mexicana en 2009 a través de un estudio realizado a pacientes con artritis reumatoide en la UMF 28 del IMSS en la Ciudad de México, para evaluar la calidad de vida de estos pacientes. Este instrumento fue elaborado en Inglaterra en el 2002 y adaptado al castellano para su aplicación, en 2006 en población de Colombia. Por lo cual no representa riesgo alguno, para los participantes de acuerdo a la Declaración de Helsinki.

Es un cuestionario diseñado de manera específica para Artritis Reumatoide, se publicó en Inglés y adaptado en 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 uno (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.

Su puntuación global califica a la Calidad de Vida como:

Mala	de 0-20 puntos
Regular	de 21-40 puntos
Buena	de 41-60 puntos
Excelente	de 61-80 puntos

El Diagnóstico de la Clase Funcional para Artritis Reumatoide se realizó a través de la Clasificación Funcional de Steinbroker, la cual permite realizar una evaluación funcional rápida de la persona con artritis reumatoide, elaborada por el American College of Rheumatology in 1949. Los cuales fueron utilizados para comparar la funcionalidad con la calidad de vida en adultos mayores con artritis reumatoide.



## CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE STEINBROKER :

CLASE I-El paciente es absolutamente capaz de realizar todas las actividades habituales de la vida diaria (cuidado personal, profesión, entretenimiento).

CLASE II-El paciente es capaz de realizar las actividades habituales de su cuidado personal y profesional, pero está limitado en las actividades de entretenimiento.

CLASE III-El paciente es capaz de realizar actividades las actividades usuales de su cuidado personal, pero está limitado a las actividades profesionales y de entretenimiento.

CLASE IV-El paciente tiene limitada su capacidad para realizar actividades usuales de su cuidado personal, profesional y de entretenimiento.

Con los datos obtenidos, se procederá a analizar los datos con el programa SPSS versión 15.

## 9.4 ANÁLISIS ESTADÍSTICO

### ESTADÍSTICA DESCRIPTIVA

Para variables cuantitativas con Medidas de Tendencia Central, y para variables cualitativas en frecuencias y porcentajes.

Los resultados serán procesados empleando el SPSS versión 15 en español,

## 9. 5 CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación se ajusta a las normas éticas sobre investigación según el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación, y las leyes vigentes del comité de bioética del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El estudio no implica riesgo para la integridad física o mental de los pacientes que participen en él, de acuerdo a los estatutos vigentes de Estocolmo, sin embargo, por atender los estándares de investigación en seres humanos, se les solicitó que confirmaran su deseo de participar en el estudio mediante la firma del consentimiento válidamente informado (anexo 2).

Por otra parte se cuenta con la aprobación por el comité de ética de la UMF 220.

## 10.RESULTADOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, que incluyó un total de 77 pacientes, los cuales cumplieron con todos los criterios de inclusión. En la variable edad de los pacientes por grupo etareo, esta se agrupo en quinquenios y se encontró el porcentaje más alto en las edades de 60-64 con un 42.9%. Encontrando que la población de adultos mayores con artritis reumatoide están representados en el grupo etareo más joven de 60-64años.(Ver Tabla1 y Gráfica 1)

De los 77 pacientes estudiados en el genero de los pacientes se encontró que 58 fueron del sexo femenino (75.3%) y 19 del sexo masculino (24.7%). (Ver Tabla 2 y Gráfica 2).

Respecto al estado civil de los pacientes la categoría más frecuente fué la viudo con 42 (54.5%), seguida de los casados con 34 (44.2%) y con 1 divorciado (1.3%). ( Ver Tabla 3 y Grafica 3)

El nivel de escolaridad que predomino fue el de primaria con 44 pacientes ue representaron el ( 57.1%), seguido de la secundaria con 26 (33.8%) y por último con 7 personas (9.1%) que cursaron un nivel medio superior. (Ver Tabla 4 y Gráfica 4)

En cuanto a la variable de ocupación de los adultos mayores con artritis reumatoide encuestados, se observó que predomina la categoría de ama de casa con una frecuencia de 40 (51.9%) seguida del jubilado con 26 ( 33.8)y asi sucesivamente con el desempleado con 6 (7.8%) y el empleado con 5 ( 6.5%). (Ver Tabla 5 y Gráfica 5)

La Clase Funcional de mayor frecuencia fue I con 36 casos que representan (46.8%), seguida de la clase funcional II con 28 (36.4%), en la clase funcional III se encuentran 12 con (15.6%) y sólo 1 caso en la clase funcional IV con (1.3%) (Tabla 6 y Gráfica 6)

Al observar los resultados del test de calidad de vida específicos para artritis reumatoide Qol-RA (Quality of life in Rheumatoid Arthritis) aplicada a los 77 pacientes encuestados encontramos lo siguiente: Se obtuvo el total de la puntuación de cada uno de los 8 items (subescalas) del Qol-RA aplicado a los pacientes , estos resultados se clasificaron por puntuación global en cuatro grupos:

Mala	de 0-20 puntos
Regular	de 21-40 puntos
Buena	de 41-60 puntos
Excelente	de 61-80 puntos

Encontrando que en los 77 pacientes encuestados con artritis reumatoide de la UMF 220 de Toluca perciben por frecuencia una calidad de vida regular en 51 casos (66%) y mala calidad de vida en 26 casos (33.8%) Es importante mencionar que ningún paciente encuestado entro dentro del rango buena calidad de vida o excelente calidad de vida(Tabla 7 y Gráfica 7)

Es importante mencionar que la relación encontrada en los pacientes encuestados con artritis reumatoide en cuanto a la funcionalidad que presentaron en el momento de ser encuestados, su edad y su calidad de vida se encontró; que en la clase funcional I en el grupo de 60-64años se presentaron 27casos con una regular calidad de vida y 3 con una mala calidad de vida, así como al grupo de 65-69 años presentaron 4 casos de regular calidad de vida y 2 con mala calidad de vida. (Ver Tabla 8 y Grafica 8)

En cuanto a los pacientes con clase funcional II en el grupo de 60-64 años se presentaron 3 casos con una regular calidad de vida y 0 en mala calidad de vida; en el grupo de 65-69 años se presentaron 8 casos con regular calidad de vida y 2 con mala calidad de vida; en el grupo de 70-74 años,2 presentaron regular calidad de vida y 9 mala calidad de vida y por último el grupo de 75-79 años sólo 1 presentó regular calidad de vida y 3 mala calidad de vida ( Ver Tabla 9 y Gráfica 8)

Con respecto a los pacientes con clase funcional III el grupo de 70-74 años presento 2 casos de regular calidad de vida y ningún caso de mala calidad de vida; en el grupo de 75-79 años no hubo ninguno con regular calidad de vida pero si hay 1 sólo caso con mala calidad de vida; en el grupo de 80-84 años se presentaron 3 casos de regular calidad de vida y 5 con mala calidad de vida por último en el grupo de 85-89 años no hubo casos de regular calidad de vida pero si 1 caso con mala calidad de vida.( Ver Tabla 10 y Grafica 8)

Y en el caso de los pacientes con clase funcional IV sólo se presento 1 caso de regular calidad de vida y ninguno con mala calidad de vida. (Tabla 11 y Gráfica 8)

Otra relación que se revisó fue la que guardan los pacientes encuestados con su funcionalidad, su género y su calidad de vida encontrando; en la clase funcional I a 24 mujeres con regular calidad de vida y 5 con mala calidad de vida y 7 hombres con regular calidad de vida y ninguno con mala calidad de vida. ( Ver Tabla 12 y Grafica 9)

En la clase funcional II se encontraron, 12 mujeres con regular calidad de vida y 10 con mala calidad de vida así como 2 hombres con regular calidad de vida y 4 con mala calidad de vida.( Ver Tabla 13 y Grafica 9)

En la clase funcional III se encontraron 4 mujeres con regular calidad de vida y 3 con mala calidad de vida en cuanto a los hombres se encontró 1 con regular calidad de vida y 4 con mala calidad de vida.( Ver Tabla 14 y Grafica 9)

Y por último en la clase funcional IV se encontró 1 hombre con regular calidad de vida.( Ver Tabla 15 y Gráfica 9)

Por último la relación observada con la funcionalidad, estado civil y calidad de vida en los pacientes encuestados para esta investigación encontramos: que en la clase funcional I hubo 19 casados con regular calidad de vida y 3 con mala calidad de vida; así como 1 divorciado con regular calidad de vida y 0 con mala calidad de vida y 11 viudos con regular calidad de vida y 5 con mala calidad de vida. ( Ver Tabla 16 y Gráfica 10)

En cuanto a la clase funcional II se encontró 7 casados con regular calidad de vida y 4 con mala calidad de vida, así como 7 viudos con regular calidad de vida y 10 con mala calidad de vida.( Ver Tabla 17 y Gráfica 10)

En cuanto a la clase funcional III se encontró 1 casado con regular calidad de vida y 0 con mala calidad de vida, así como 4 viudos con regular calidad de vida y 7 con mala calidad de vida.( Ver Tabla 18 y Gráfica 10)

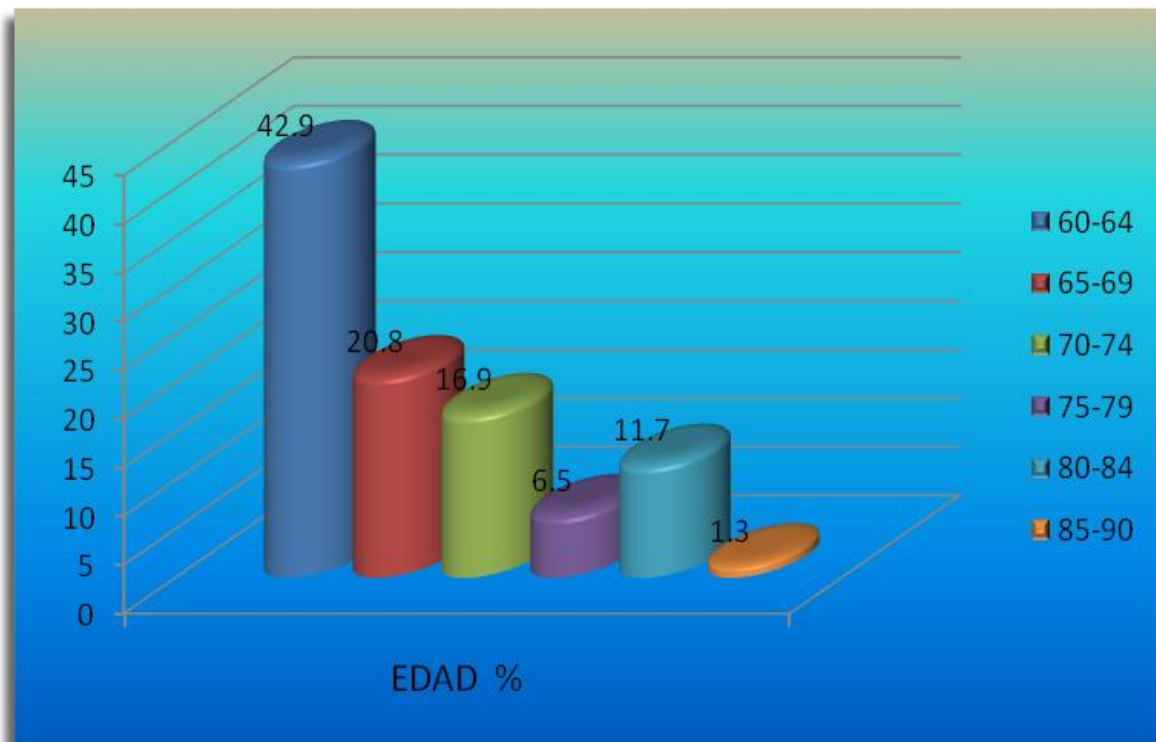
Y por último la en la clase funcional IV se encontró 1 viudo con regular calidad de vida y 0 con mala calidad de vida.(Tabla 19 y Gráfica 10)

Tabla 1- Edad de los pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011

Grupo de edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
60-64	33	42.9	42.9
65-69	16	20.8	63.6
70-74	13	16.9	80.5
75-79	5	6.5	87.0
80-84	9	11.7	98.7
85-89	1	1.3	100.0
Total	77	100.0	

Fuente: encuesta aplicada a los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y calidad de vida.

Grafica 1- Edad de los pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011



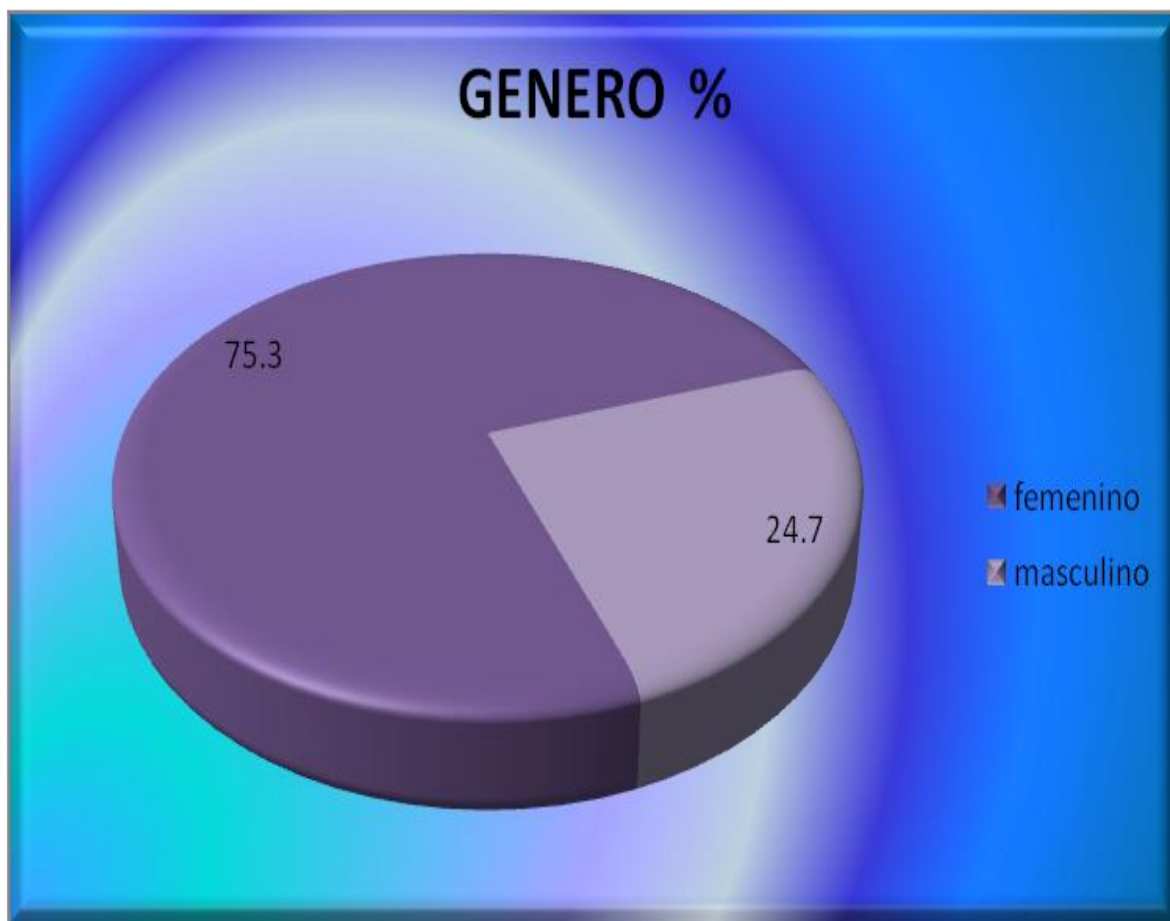
Fuente: encuesta aplicada a los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y calidad de vida.

Tabla 2- Género de los pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011.

<b>Genero</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Porcentaje acumulado</b>
Femenino	58	75.3	75.3
Masculino	19	24.7	100.0
<b>Total</b>	<b>77</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: encuesta aplicada a los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y calidad de vida.

Grafica 2- Género de los pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011.



Fuente: encuesta aplicada a los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y calidad de vida.

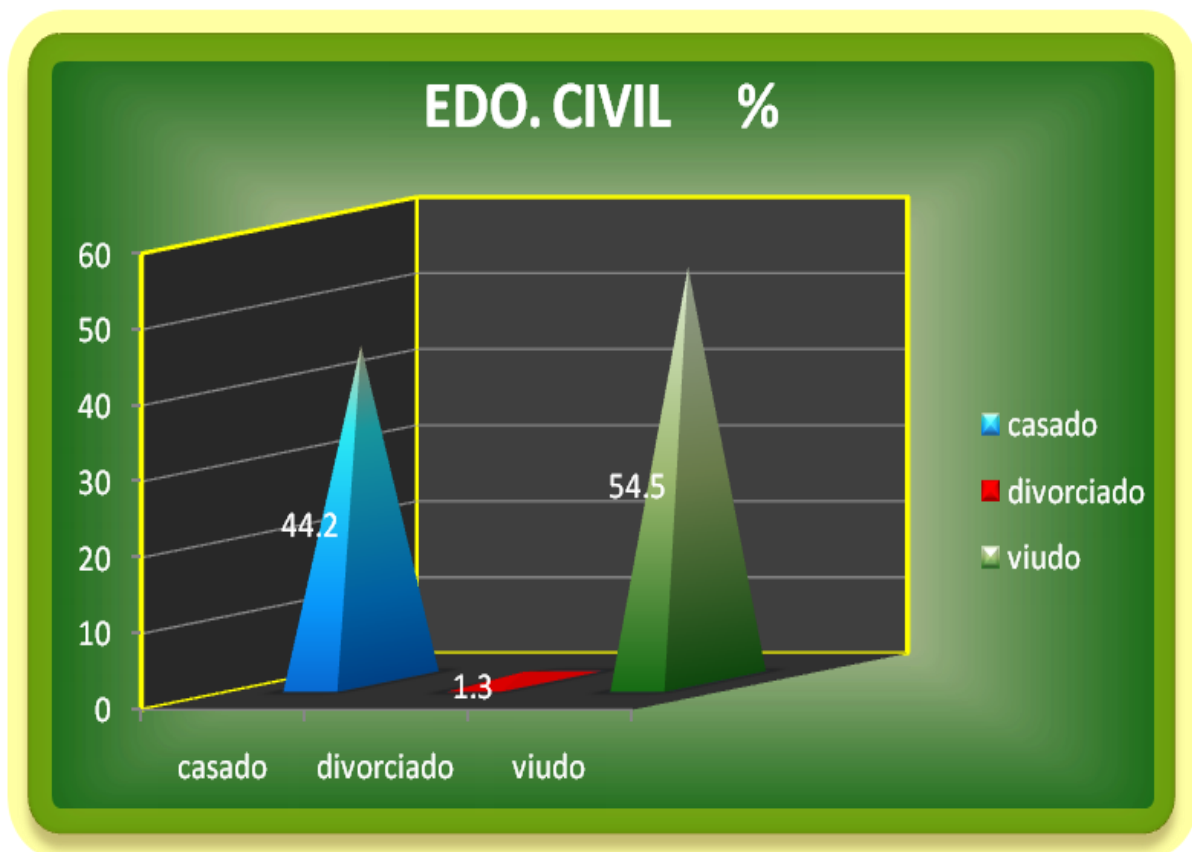


Tabla 3- Estado civil de los pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
casada (o)	34	44.2	44.2
divorciado (a)	1	1.3	45.5
viudo (a)	42	54.5	100.0
Total	77	100.0	

Fuente: encuesta aplicada a los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y calidad de vida.

Grafica 3 - Estado civil de los pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011.



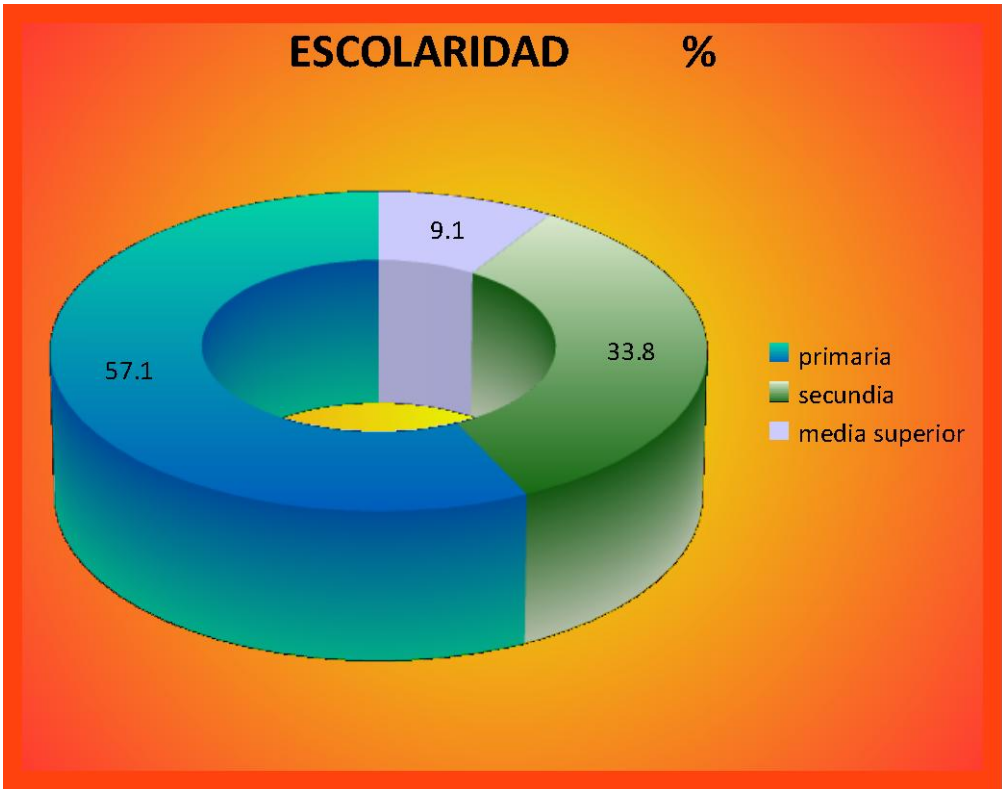
Fuente: encuesta aplicada a los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y calidad de vida.

Tabla 4- Escolaridad de los pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Primaria	44	57.1	57.1
Secundaria	26	33.8	90.9
media sup o comercial	7	9.1	100.0
Total	77	100.0	

Fuente: encuesta aplicada a los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y calidad de vida.

Gráfica 4- Escolaridad de los pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011.



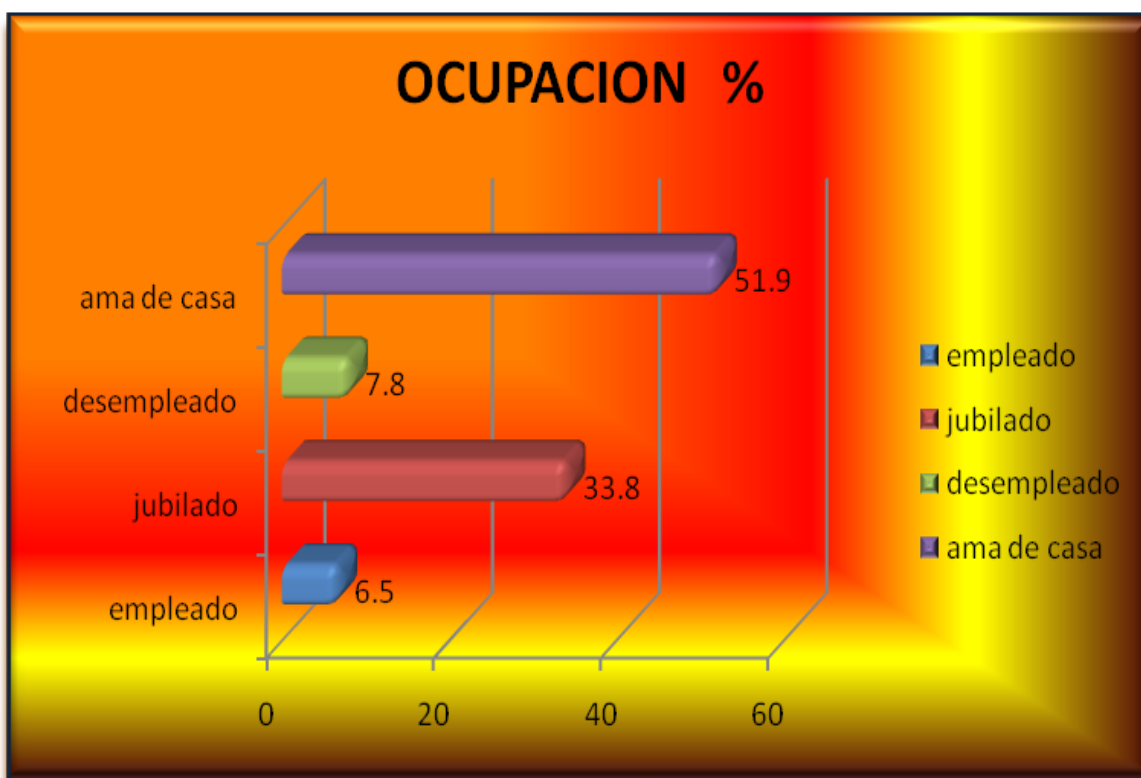
Fuente: encuesta aplicada a los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y calidad de vida.

Tabla 5- Ocupación de los pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la umf 220 de febrero-abril 2011.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Empleado	5	6.5	6.5
Jubilado	26	33.8	40.3
Desempleado	6	7.8	48.1
Ama de casa	40	51.9	100
Total	77	100	

Fuente: encuesta aplicada a los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y calidad de vida.

Grafica 5- Ocupación de los pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011.



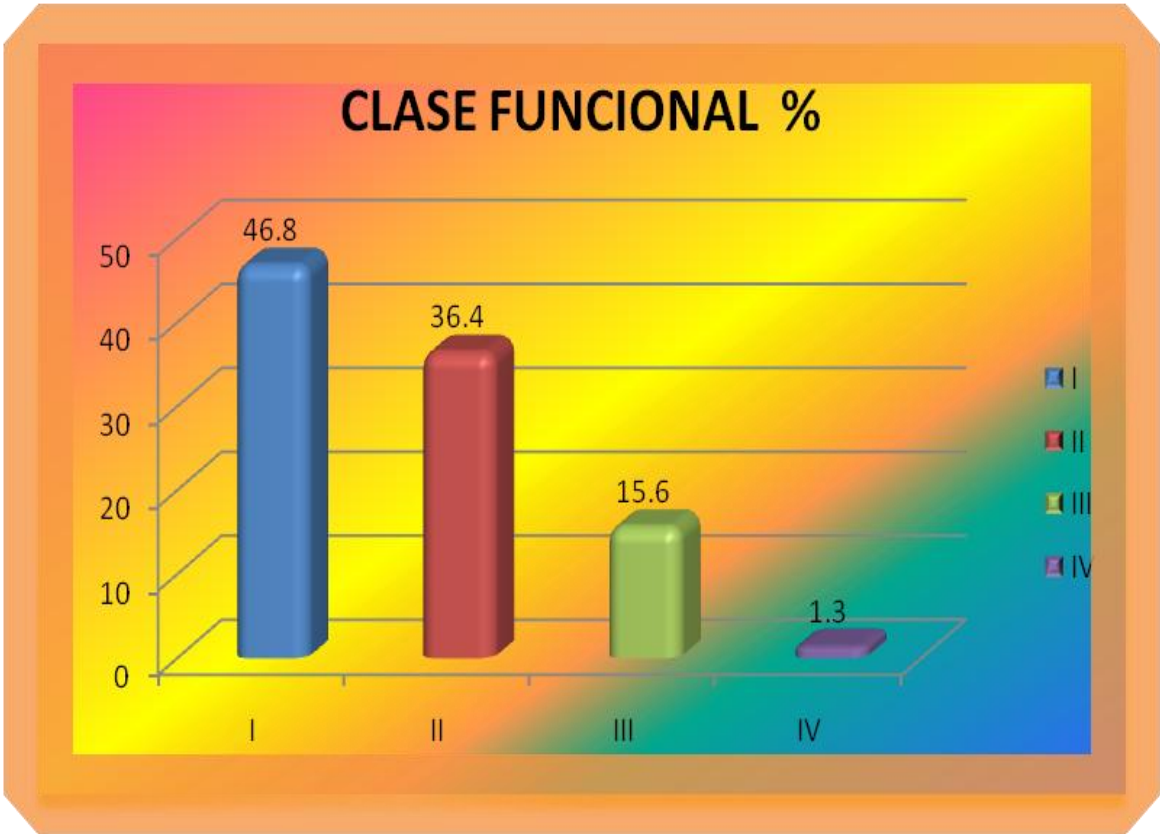
Fuente: encuesta aplicada a los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y calidad de vida

Tabla 6- Clase Funcional de los pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011.

Clase funcional de Steinbrocker	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Clase funcional I	36	46.8	46.8
Clase funcional II	28	36.4	83.1
Clase funcional III	12	15.6	98.7
Clase funcional IV	1	1.3	100.0
Total	77	100.0	

Fuente: encuesta aplicada a los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y calidad de vida.

Grafica 6- Clase Funcional de los pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011.



Fuente: encuesta aplicada a los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide y calidad de vida.

Tabla 7- Calidad de vida en pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011.

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Mala calidad de vida	26	33.8	33.8
regular calidad de vida	51	66.2	100.0
buena calidad de vida	0	0	0
excelente calidad de vida	0	0	0
Total	77	100.0	

Fuente: cuestionario QoL-RA

Grafica 7- Calidad de vida en pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011.



Fuente: cuestionario QoL-RA

Tabla 8- Relación entre Clase Funcional I, genero y calidad de vida en pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011

Relación funcionalidad, edad y calidad de vida			Calidad de vida		Total
			mala	regular	
Clase Funcional I	edad de los pacientes en años	60-64	3	27	30
	cumplidos	65-69	2	4	6
Total			5	31	36

Fuente: cuestionario QoL-RA

Tabla 9- Relación entre Clase Funcional II, genero y calidad de vida en pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011

Relación funcionalidad, edad y calidad de vida			Calidad de vida		Total
			mala	regular	
Clase Funcional I	edad de los pacientes en años	60-64	0	3	3
	cumplidos	65-69	2	8	10
		70-74	9	2	11
		75-79	3	1	4
Total			14	14	28

Fuente: cuestionario QoL-RA

Tabla 10- Relación entre Clase Funcional III, genero y calidad de vida en pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011

Relación funcionalidad, edad y calidad de vida			Calidad de vida		Total
			mala	regular	
Clase Funcional III	edad de los pacientes en años	70-74	0	2	2
	cumplidos	75-79	1	0	1
		80-84	5	3	8
		85-89	1	0	1
Total			7	5	12

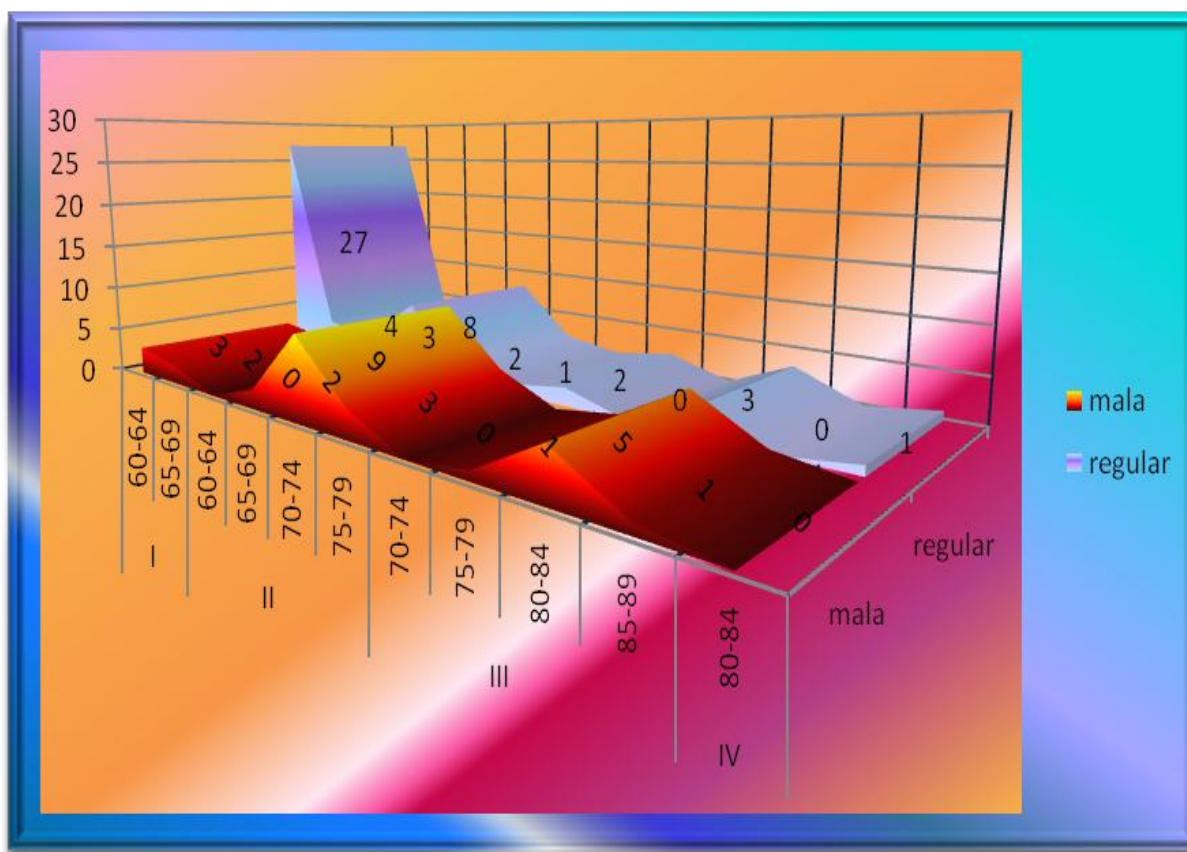
Fuente: cuestionario QoL-RA

Tabla 11- Relación entre Clase Funcional IV, genero y calidad de vida en pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011

Relación funcionalidad, edad y calidad de vida			Calidad de vida		Total
			mala	regular	
Clase Funcional IV	edad de los pacientes en años	60-64	0	1	1
		cumplidos			
		Total	0	1	1

Fuente: cuestionario QoL-RA

Grafica 8- Relación entre Clase Funcional I, II, III, IV, genero y calidad de vida en pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011



Fuente: cuestionario QoL-RA

Tabla 12- Relación entre Clase Funcional I, genero y calidad de vida en pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011

Relación funcionalidad, genero y calidad de vida.			Calidad de vida		Total
			mala	regular	
clase funcional I	sexo de los pacientes	femenino	5	24	29
		masculino	0	7	7
Total			5	31	36

Fuente: cuestionario QoL-RA

Tabla 13- Relación entre Clase Funcional II, genero y calidad de vida en pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011

Relación funcionalidad, genero y calidad de vida.			Calidad de vida		Total
			mala	regular	
clase funcional II	sexo de los pacientes	femenino	10	12	22
		masculino	4	2	6
Total			14	14	28

Fuente: cuestionario QoL-RA

Tabla 14- Relación entre Clase Funcional III, genero y calidad de vida en pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011

Relación funcionalidad, genero y calidad de vida.			Calidad de vida		Total
			mala	regular	
clase funcional III	sexo de los pacientes	femenino	3	4	7
		masculino	4	1	5
Total			7	5	12

Fuente: cuestionario QoL-RA

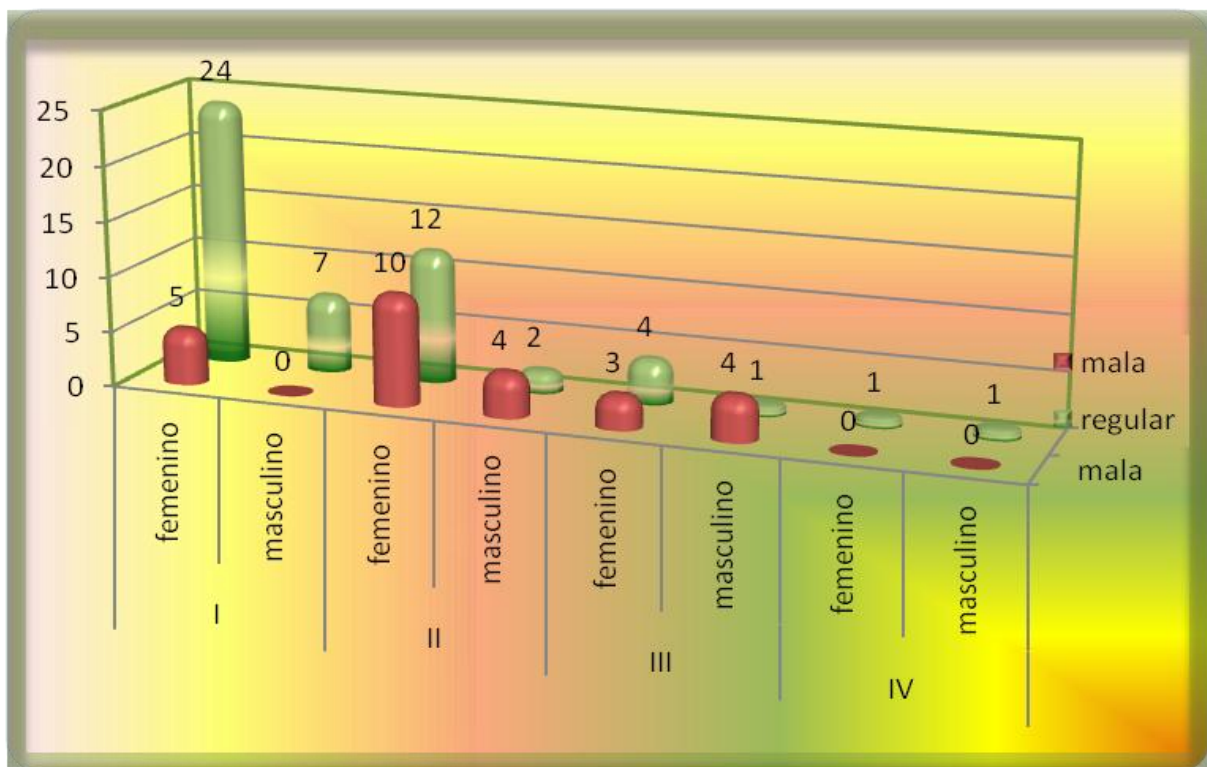


Tabla 15- Relación entre Clase Funcional IV, genero y calidad de vida en pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011

Relación funcionalidad, genero y calidad de vida.			Calidad de vida		Total
			mala	regular	
clase funcional IV	sexo de los pacientes	masculino	0	1	1
Total			0	1	1

Fuente: cuestionario QoL-RA

Grafica 9- Relación entre Clase Funcional I,II, III, y IV, genero y calidad de vida en pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011



Grafica 8. Fuente: cuestionario QoL-RA

Tabla 16- Relación entre Clase Funcional I, estado civil y calidad de vida en pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011

Relación entre funcionalidad, estado civil y calidad de vida			Calidad de vida		Total
			mala	regular	
clase funcional I	estado civil de los pacientes	casada (o)	3	19	22
		divorciado (a)	0	1	1
		viudo (a)	2	11	13
Total			5	31	36

Fuente: cuestionario QoL-RA

Tabla 17- Relación entre Clase Funcional II, estado civil y calidad de vida en pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF220 de febrero-abril 2011

Relación entre funcionalidad, estado civil y calidad de vida			Calidad de vida		Total
			mala	regular	
clase funcional II	estado civil de los pacientes	casada (o)	4	7	11
		viudo (a)	10	7	17
Total			14	14	28

Fuente: cuestionario QoL-RA

Tabla 18- Relación entre Clase Funcional III, estado civil y calidad de vida en pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011

Relación entre funcionalidad, estado civil y calidad de vida			Calidad de vida		Total
			mala	regular	
clase funcional III	estado civil de los pacientes	casada (o)	0	1	1
		viudo (a)	7	4	11
Total			7	5	12

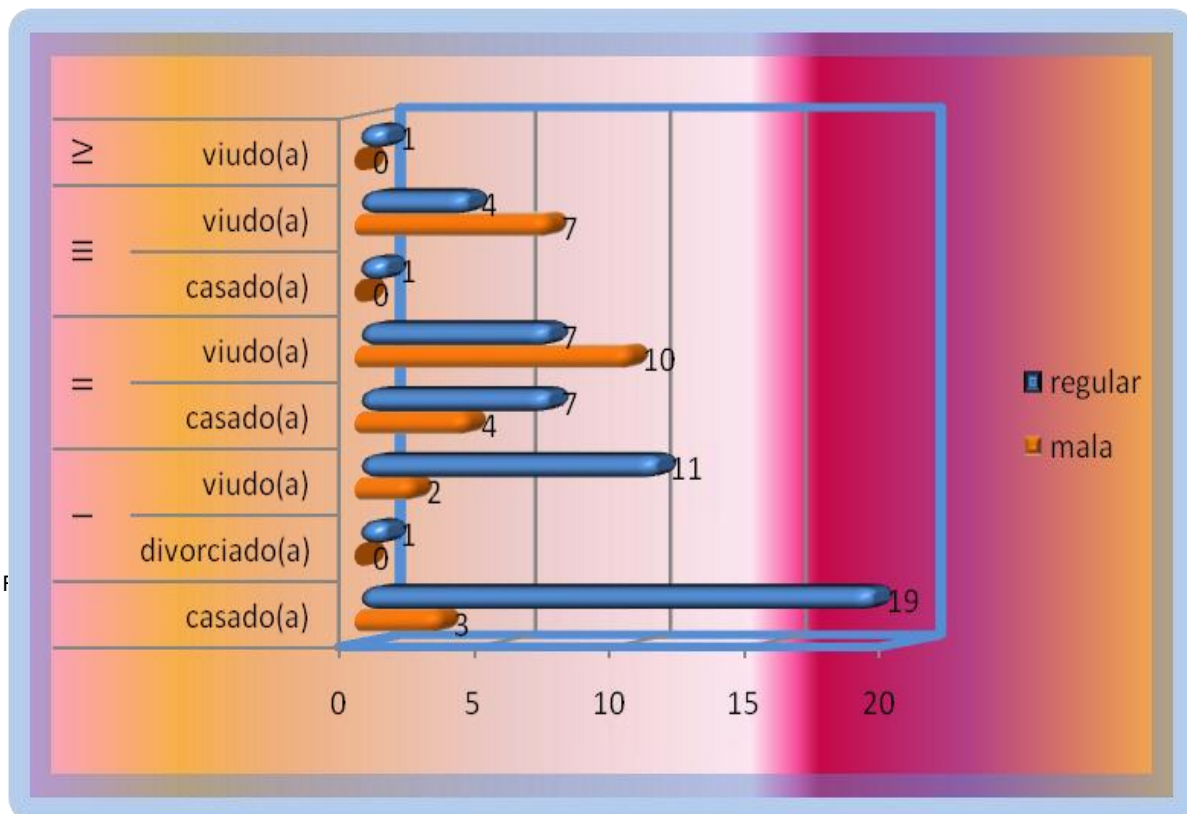
Fuente: cuestionario QoL-RA

Tabla 19- Relación entre Clase Funcional IV, estado civil y calidad de vida en pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011

Relación entre funcionalidad, estado civil y calidad de vida			Calidad de vida		Total
			mala	regular	
clase funcional II	estado civil de los pacientes	viudo (a)	0	1	1
Total			0	1	1

Fuente: cuestionario QoL-RA

Grafica 10- Relación entre Clase Funcional I, II, III y IV, estado civil y calidad de vida en pacientes encuestados con artritis reumatoide de la consulta externa de la UMF 220 de febrero-abril 2011



Fuente: cuestionario QoL-RA

## 11. DISCUSION

Los resultados en el presente estudio indican una gran diferencia en cuanto a la Calidad de Vida percibida en el estudio de Vinnacia S., Fernández H, etc en el 2006 (6) en Colombia; con una muestra de 82 pacientes tuvieron una “buena” calidad de vida en todas las dimensiones de la QOL-RA y en comparación con lo reportado por Osnaya N, Gacitua Z, etc, en 2008 (7) en la Ciudad de México; con una muestra de 111 pacientes percibieron una “regular” calidad de vida similar al resultado encontrado en este estudio. Esta percepción es la resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana, todas contribuyen de diferente manera a permitir un optimo, bueno, regular o mal estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante(10).

Los resultados en cuanto a la edad y genero en el presente estudio no presento diferencias en relación a los estudios de Vinnacia y Osnaya referidos anteriormente (6,7), así como los reportados en la literatura (13) donde la edad de inicio más frecuente es entre la cuarta y sexta década de la vida representado en este estudio con el 42.9% en pacientes de 60-64años, así como el sexo femenino es el más frecuentemente afectado en relación al hombre en 3:1. en un porcentaje del 75.3%. Y en cuanto a la Clase Funcional se encontró que la clase funcional I representado por el 46.8% de los 77 pacientes estudiados. Fue lo que repercutió para que la percepción de la Calidad de Vida en estos pacientes cambiará la hipótesis de “mala” a “regular” planteada en este estudio, ya que el contar con una mejor movilidad física del paciente para sus actividades individuales y de autocuidado las cuales son fundamentales, para tener una percepción aceptable en este tipo de pacientes.

Llama la atención que el estado civil (54.5%, están viudos, lo cual nos limita a tener el apoyo conyugal para el cuidado del paciente y que este llegue a presentar episodios de soledad y depresión), el nivel sociocultural (57.1% tienen sólo la primaria, es conocido que tener un adecuado nivel sociocultural mayor, nos da un mejor panorama sobre la enfermedad que se tiene, su cuidado y complicaciones, y ello conlleva a obtener una mejor calidad de vida, sin embargo aunque la mayoría curso sólo la primaria, reconoce que fue informado por su médico familiar sobre su enfermedad así como por la enfermera de preveimss, trabajadora social y entiende lo importante de su alimentación, ejercicio continuo y medicación para limitar los daños), en cuanto a su ocupación (51.9% son ama de casa, lo cual nos ayuda a fomentar el ejercicio y actividades manuales que mantengan activa y ocupada a la paciente con artritis reumatoide), sobre la dependencia (57.1% son jubilados, lo que nos demuestra que son gente ya no productiva pero que reciben una remuneración económica para otras eventualidades ya que cuentan con el seguro social para su control y manejo de su artritis reumatoide) y con quien viven los pacientes (en un 83,1% con su familia siendo nuclear simple la tipología más predominante suceso que contribuye a un mejor apoyo social).

Todos estos resultados concuerdan con los estudios referidos anteriormente (6,7) ya que al ser países latinoamericanos, están presentes todavía los valores de la familia, amigos y vecinos como son; el cuidado, el respeto y el amor, y con mayor razón, cuando presentan enfermedades crónicas que llevan a cierto grado de invalidez o dependencia como la artritis reumatoide.

Por lo cual es importante reforzar esos valores en el núcleo familiar, para evitar el abandono y soledad a este grupo tan vulnerable como lo son nuestros adultos mayores y que en las sociedades modernas la gran mayoría de ellos, ya no viven el seno familiar, sino en asilos, o con gente extraña a su cuidado que van empeorando día a día su calidad de vida.

Un dato trascendental es que ninguno de nuestros pacientes estudiados entro en el rango de buena o excelente calidad de vida, y ello lo inferimos a que todavía hay mucho trabajo que hacer desde el panorama médico, asistencial y familiar, para mejorar la educación del paciente en cuanto a su enfermedad, el cuidado de su salud, y el control optimo de este tipo de enfermedades.

## 12. CONCLUSIONES

En esta investigación, se cumplió con el objetivo general que fue el determinar la calidad de vida en adultos mayores portadores de artritis reumatoide, concluyendo que los pacientes de este estudio perciben una “regular” calidad de vida”. Así como a los pacientes a quienes se les detectó una mala calidad de vida (33.8%) se les envió a su Médico Familiar sugiriendo el envío a fisioterapia y apoyo psicológico para mejorar su estado general de salud.

La calidad de vida se vio afectada principalmente en esta investigación, por el nivel de clase funcional de artritis reumatoide que presentaba cada adulto mayor encuestado, es por ello la importancia de que el Médico Familiar debe realizar un manejo integral de 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 pretenderá establecer una relación entre redes de apoyo, funcionalidad familiar y artritis reumatoide; así mismo los resultados originan las siguientes propuestas:

A) Proporcionar a los especialistas en salud, específicamente médicos familiares actualizaciones en Reumatología con la finalidad de brindar una mejor atención y seguimiento a los adultos mayores con artritis reumatoide.

B) Generar mecanismos para orientar a la familia y prepararla para las posibles complicaciones que conlleva la artritis reumatoide.

### 13. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Gómez-Vela M; Sabeth, Eliana N. Instituto Universitario de Integración en la Comunidad, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, España. Calidad de Vida, Evolución del Concepto y su Influencia en la Investigación y la Práctica 2009. Centro de Investigación en discapacidad INICO.
- 2.-Mario Margolles, Ignacio Dorate. D. G. Calidad de Vida relacionada con la Salud. Encuesta Salud Pública y Participación. Asturias 2008
- 3.-Escorcía ME; De Jesús Osorio H y Col. Efectividad de una Intervención Educativa en pacientes con Artritis Reumatoide. Hospital Universidad del Norte, Barranquilla. Rev. de Colom. Reumatol. 2006;13(1):11-19.
- 4.-Vera M. Anales de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de San Marcos, Lima. Significado de la Calidad de Vida en el Adulto Mayor. ISSN 2007;1028(5):284-290.
- 5.-Montes Castillo M.L. Calidad de vida y Evaluación. Rev. Méx. de Med. Fís. y Rehab.2006;(18):5-6.
- 6.-Vinaccia S. Fernández H. Aplicación de la Versión Española del Cuestionario Quality of life Measure for Rheumatoid Arthritis (QoL-RA) en Colombia. Rev. Colom. Reumatol. 2006; 13 (4):264-270.
- 7.-Osnaya Nava, Gacitúa Zambrano, Arroyo Moreno. Valoración de la Calidad de Vida en pacientes portadores de Artritis Reumatoide de la UMF 28, 2009.Rev. Atención Familiar (28):34-37.
- 8.-Pacheco Tena C; Reyes Cordero G y Col. Adaptación y Validación del Rheumaoid Arthritis Quality of Life Scale (RAQ-oL) al español de México. Rev. Reumatol. Clin. 2001; 7(2)98-103.
- 9.-Alvárez Sintés R. Situación Epidemiológica y Demográfica del Adulto Mayor en la última Década. Rev. de Salud Pública y Nutrición 2006;5 (2):26-28
- 10.-Martínez Ballesteros O. F; López Vila M. J; Tornero Molina J; Vidal Fuentes J. Artritis en el Anciano. Semergen 2008;24(2):95-100.
- 11.-Braunwald E, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jamenson J. L. Harrison. Principios de Medicina Interna, Vol II. 18a. de Madrid, España Interamericana McGraw-Hill;2007.

12.-Ang DC, Choi H, Kroenke K, Wolfe F. Comorbidity depression is an independent risk factor for mortality in patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol 2006;3(2):1013-9.

13.-Kuijen TK. Epidemiology of disability in rheumatoid Arthritis Rheumatology 2006;4(1):121-3.

14.-Shumagher HR, Principios de las Enfermedades Reumaticas. 12a edición. Publicado Arthritis Foundation. 2000, Atlanta, Georgia. E.U.A.

15.-Guzmán Moreno R. Artritis Reumatoide, Bases inmunológicas para la terapia Biológica. Rev. Colomb. de Reumatol. 2010;17(3):211-219.

16.-Finkch A, Liang MN, Mugica-van y Col. Impact of early Treatment on Radiographic Progression in Rheumatoid Arthritis. Journal Articles 2008;5(5):864-72.

17.-Sociedad Española de Reumatología. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Artritis Reumatoide GUIPCAR. Marzo 2011. [www.ser.es/pract.clin/guiastica-clinica.php](http://www.ser.es/pract.clin/guiastica-clinica.php).

18.-Anaya J. M. Pineda Tamayo. R. y Colaboradores. Artritis Reumatoide Bases Moleculares, Clínicas y Terapéuticas. 2006. Edit. Universidad del Rosario. Colombia. 1ra. Edición. (29):230-250.

19.-INEGI Censo 2010. [www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx](http://www.inegi.org.mx/sistemas/mexicocifras/default.aspx)

20.- Datamar-Codeis UMF 220 y Delegacional de Toluca, México 2011.



# 11 ANEXOS

## ANEXO 1. CRONOGRAMA DE GANNT

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
 UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
 CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS  
 GENERALES DEL IMSS

### UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 249 SEMINARIO DE INVESTIGACION 3º AÑO

PROGRAMADO						ACTIVIDAD A DESARROLLAR	REAL					
CICLO ACADEMICO							CICLO ACADEMICO					
2009-2010		2010-2011		2011-2012			2009-2010		2010-2011		2011-2012	
1ER SEMESTRE	2º SEMESTRE	1ER SEMESTRE	2º SEMESTRE	1ER SEMESTRE	2º SEMESTRE		1ER SEMESTRE	2º SEMESTRE	1ER SEMESTRE	2º SEMESTRE	1ER SEMESTRE	2º SEMESTRE
						PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA						
						REVISION Y ANALISIS DE BIBLIOGRAFIA						
						SELECCIÓN DIRECTOR DE TESIS						
						JUSTIFICACION						
						FORMULACION DE OBJETIVOS						
						MATERIAL Y METODOS						
						RESUMEN DEL PROYECTO						
						PRESENTACION DEL PROTOCOLO AL CLI						
						ELABORACION DE CORRECCIONES SUGERIDAD POR EL CLI						
						PRESENTACION DE CORRECCIONES AL CLI						
						RECOLECCION DE DATOS						
						CODIFICACION DE LOS DATOS						
						ANALISIS ESTADISTICO DE LOS DATOS						
						ELABORACION DE CUADROS Y GRAFICAS DE LOS DATOS						
						REDACCION DE RESULTADOS						
						REDACCION DE DISCUSION Y CONCLUSIONES						
						INFORME FINAL AL CLI						
						INFORME FINAL A LA UNAM						
						DIFUSION DE RESULTADOS						
						REDACCION DEL ESCRITO CIENTIFICO						
						PUBLICACION DE RESULTADOS						

**ANEXO 2- CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN CLINICA**

Lugar y Fecha:

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado: **“CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES SEGUN CLASE FUNCIONAL DE ARTRITIS REUMATOIDE, EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 220. TOLUCA ESTADO DE MEXICO EN EL PERIODO DE FEBRERO A ABRIL DEL 2011”**.

Registrado ante el Comité Local de Investigación o la CNIC con el número:

El objetivo del estudio es:

**EVALUAR LA CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES SEGÚN CLASE FUNCIONAL DE ARTRITIS REUMATOIDE, EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CONSULTA EXTERNA DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR 220. TOLUCA, ESTADO DE MÉXICO EN EL PERÍODO DE FEBRERO A ABRIL DEL 2011.**

Se me ha explicado que mi participación consistirá en:

**CONTESTAR EL CUESTIONARIO**

**Declaro que se me ha informado ampliamente sobre los posibles riesgos, inconvenientes, molestias y beneficios derivados de mi participación en el estudio, que son los siguientes:**

El Investigador Responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi tratamiento, así como a responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevarán a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación o con mi tratamiento.

Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el Instituto.

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Nombre y firma del paciente**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
**Nombre, firma y matrícula del Investigador Responsable.**

Dra . Adriana Díaz Medina



No.	PREGUNTA	MALA	REGULAR	BUENA	EXCELENTE
8	¿SI USTED CONSIDERA SOLO SUS HABILIDADES FISICAS, DIRIA QUE SU "CALIDAD DE VIDA" ES?				
9	¿SI USTED SOLO CONSIDERA LA AYUDA QUE LA HA DADO SU FAMILIA Y SUS AMISTADES, DIRIA QUE SU "CALIDAD DE VIDA" ES?				
10	¿SI USTED SOLO CONSIDERA SU DOLOR ARTRITICO, DIRIA QUE SU "CALIDAD DE VIDA" ES?				
11	¿SI USTED SOLO CONSIDERA SU NIVEL DE TENSION NERVIOSA, DIRIA QUE SU "CALIDAD DE VIDA" ES?				
12	¿SI USTED SOLO CONSIDERA SU SALUD, DIRIA QUE SU "CALIDAD DE VIDA" ES?				
13	¿SI USTED SOLO CONSIDERA SU ARTRITIS, DIRIA QUE SU "CALIDAD DE VIDA" ES?				
14	¿SI USTED SOLO CONSIDERA SU NIVEL DE INTERACCION ENTRE USTED, Y SU FAMILIA Y AMIGO(A) S, DIRIA QUE SU "CALIDAD DE VIDA" ES?				
15	¿SI USTED SOLO CONSIDERA SU ESTADO DE ANIMO, DIRIA QUE SU "CALIDAD DE VIDA" ES:				
	SUBTOTAL				
	TOTAL				

