



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO**



**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA**

**“IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS
REUMATOIDE DEL HGZ/UMF No 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO EN BASE AL
CUESTIONARIO DASH.”**

TESIS

QUE REALIZÓ PARA OBTENER EL TITULO DE POSGRADO EN LA ESPECIALIDAD DE:

MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A

**DRA. ELIZABETH ALVA GOPAR
RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
DIRECTOR DE TESIS**

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
ASESOR METODÓLOGICO**

**DR. RICARDO ALEXIS SOLORZANO ACOSTA
ASESOR CLÍNICO**

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**

**MÉXICO, D. F. ENERO 2013.
No DE REGISTRO: 2013-3605-5.**



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.

IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE DEL HGZ/UMF No 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO EN BASE AL CUESTIONARIO DASH

AUTORES: Dra. Elizabeth Alva Gopar¹, Dr. Ricardo Alexis Solorzano Acosta², Dr. Eduardo Vilchis Chaparro³, Dr. Gilberto Espinoza Anrubio⁴.

¹ Residente de Medicina Familiar, HGZ/UMF#8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social.

² Especialista en Reumatología Adscrito al HGZ/UMF #8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social.

³ Médico Familiar Profesor Titular de la residencia de Medicina Familiar del HGZ/UMF #8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social.

⁴ Médico Familiar, Coordinador clínico de Educación e Investigación en Salud del HGZ/UMF #8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" Instituto Mexicano del Seguro Social.

OBJETIVO:

Determinar el impacto en la calidad de vida (CV) en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide (AR) del HGZ/UMF No8 mediante el cuestionario DASH.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Tipo de investigación: Descriptivo, transversal, observacional. Criterios de inclusión: Pacientes de reumatología del HGZ/UMF No8 portadores de AR, ambos sexos, entre 25-85 años. Criterios de exclusión: Que no firmen carta de consentimiento informado, que no sepan leer y escribir. Criterios de eliminación: que contesten menos del 90% del cuestionario. Tamaño de la muestra: 120 pacientes, intervalo de confianza del 95%. Con una proporción del 0.01, amplitud total del intervalo de confianza de 0.05. Variables universales. Instrumento: cuestionario DASH para evaluar la CV.

RESULTADOS

Se estudiaron 120 pacientes, donde predominó el sexo femenino con 84.2%. La edad promedio fue de 54.48 años, con predominio del rango de 46-65 años equivalente al 62.5%. El tiempo de diagnóstico de AR que resalto fue de 0-5 años con 44.2%. La mayoría fueron desempleados en un 59.2%, con un nivel de educación de secundaria en un 40.8% y la mayoría de los casos estaban casados en el 60%. Se encontró una mejor calidad de vida en el 57.5% y peor calidad de vida en 42.5%. El sexo femenino reporto una mejor calidad de vida en un 45.8% pero también una peor calidad de vida con 38.3% de los casos.

CONCLUSIONES

Los pacientes con diagnóstico de AR del HGZ/UMF No8 tienen una mejor calidad de vida en un 57.5%.

PALABRAS CLAVE. Artritis Reumatoide, Calidad de Vida, cuestionario DASH.

**“IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN
PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE
ARTRITIS REUMATOIDE DEL HGZ/UMF
No 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO
EN BASE AL CUESTIONARIO DASH.”**

AUTORIZACIONES

DR. FRANCISCO JAVIER PADILLA DEL TORO
DIRECTOR DEL HGZ/UMF No. 8 "DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
COORDINADOR DE EDUCACIÓN EN INVESTIGACIÓN
DEL HGZ/UMF No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
DEL HGZ/UMF No. 8 "DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO"

DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO
DIRECTOR DE TESIS

DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO
ASESOR METODOLOGICO

DR. RICARDO ALEXIS SOLORZANO ACOSTA
ASESOR CLÍNICO

AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a Dios por haberme puesto en este camino, por permitirme ver la luz de cada día y darme fuerzas para continuar en este sueño.

A mis padres por todo su apoyo, incondicional y desinteresado, porque sin ellos yo no sería la persona que soy.

A Alejandro que ha sido mi apoyo y mi compañía durante estos 9 años, que ha sido mi fuerza en tiempos de flaqueza y que me ayuda a seguir adelante. Le agradezco su amor, su paciencia, su comprensión.

A mis hermanos Mary, Jesus y Uli que siempre están ahí y me dan ánimos y su apoyo incondicional.

A mis sobrinos queridos Orlando, Valeria y Bryan, por su alegría y su cariño.

A mis profesores y pacientes que son fuente de sabiduría.

Al Dr. Gilberto Espinoza Anrubio y al Dr. Eduardo Vilchis Chaparro por sus enseñanzas y su paciencia.

Al Dr. Ricardo Solórzano Acosta por apoyo y disposición.

ÍNDICE

	PAG.
Marco teórico.....	8
Planteamiento del problema.....	15
Justificación.....	15
Objetivos.....	16
Hipótesis.....	16
Materiales y métodos.....	17
Diseño de la investigación.....	18
Población o universo.....	19
Ubicación temporal y espacial de la población.....	19
Muestra.....	20
Criterios.....	21
Variables.....	22
Diseño estadístico.....	25
Instrumento de recolección.....	25
Método de recolección.....	26
Maniobras para evitar y controlar sesgos.....	26
Cronograma de actividades.....	27
Recursos.....	28
Consideraciones éticas.....	28
Resultados.....	30
Discusiones.....	46
Conclusiones.....	48
Referencias bibliográficas.....	50
Anexos.....	53

MARCO TEÓRICO

INTRODUCCIÓN

La Artritis Reumatoide es una enfermedad crónica y multisistémica de etiología desconocida. La alteración característica de la AR es una sinovitis inflamatoria persistente que habitualmente afecta a las articulaciones periféricas con una distribución simétrica. El signo esencial de la enfermedad es la capacidad de la inflamación sinovial para producir una destrucción del cartílago con erosiones óseas y deformidades articulares en fases posteriores. A pesar de su potencial destructor su evolución puede ser muy variable.⁽¹⁾

Su incidencia anual es alrededor de 25 por 100,000 habitantes, con una prevalencia entre el 0.5 y 1%. Puede presentarse a cualquier edad aunque su máxima incidencia se sitúa entre los 40 y 60 años. Predomina en la mujer en una proporción de 3:1, produciendo síntomas diversos como rigidez matinal, fatiga, dolor, incapacidad funcional y depresión.⁽²⁾

En cuanto a la anatomía patológica, la enfermedad produce un amplio espectro de alteraciones morfológicas; las más graves se producen en las articulaciones. Al inicio la sinovial se vuelve microscópicamente edematosa, engrosada e hiperplásica y su contorno liso se cubre de frondas bulbosas finas. Las características histológicas incluyen: infiltración de la estroma sinovial por células inflamatorias perivasculares densas, formadas por células B y T colaboradoras CD4+, células plasmáticas y macrófagos; aumento de la vascularización por vasodilatación y angiogénesis, con depósitos superficiales de hemosiderina; agregación de fibrina organizada que cubre partes sinoviales y flota en los espacios articulares como grano de arroz; acumulación de neutrofilos en el líquido sinovial penetran en el hueso formando erosiones yuxtaarticulares, quistes subcondrales y osteoporosis, y formación de pannus. Con el tiempo, una vez destruido el cartílago, el pannus forma un puente entre los extremos óseos, formando una anquilosis fibrosa que al final osifica, produciendo una anquilosis ósea. La artritis suele acompañarse de inflamación de tendones, ligamentos y ocasionalmente musculo esquelético adyacente.⁽³⁾

La progresión de la enfermedad lleva a la destrucción articular con consecuencias incapacitantes, lo que produce una disminución progresiva de la movilidad, además de producir manifestaciones extra-articulares con afección de órganos internos. Esta incapacidad creada por la artritis por lo general se incrementa en los primeros años del diagnóstico, para posteriormente volverse más lenta al final de la vida del paciente, o después de 30 años de persistencia se acelere otra vez con todos sus síntomas⁽⁴⁾.

La mano con AR se enmarca dentro del concepto de la artritis reumatoide (enfermedad crónica y multisistémica de etiología desconocida) cuya alteración característica consiste en una sinovitis inflamatoria persistente que, habitualmente, afecta a las articulaciones periféricas con una distribución simétrica. El signo esencial de la AR está basado en la capacidad de la inflamación sinovial (*pannus*) para producir una destrucción de estructuras articulares (cartilago, hueso subcondral, cápsula, etc.) y periarticulares (ligamentos, tendones, etc.) que darán lugar a deformidades óseas. La evolución del cuadro y el pronóstico son variables pudiendo ir desde una oligoartritis de breve duración poco agresiva (mínima lesión articular) a poliartritis progresivas y más agresivas que conllevarán deformidades articulares y un grado importante de discapacidad. Aunque el Diagnóstico de certeza no es difícil de realizar en el periodo de estado de la enfermedad, constituye un verdadero desafío para el médico establecerlo en fases tempranas, en parte por la naturaleza inespecífica de la sintomatología. La Asociación Americana de Reumatología (American College of Rheumatology), reviso en 1987 unos criterios de clasificación que combinan signos, síntomas, datos de laboratorio y pruebas de imagen (Ver anexos). Su sensibilidad alcanza el 95% y su especificidad casi el 90%. En las fases iniciales de la enfermedad, los criterios clínicos (del 1 al 4) son sensibles pero poco específicos, mientras los demás son poco sensibles pero muy específicos.⁽⁵⁾

En septiembre de 2010 se publican los nuevos criterios de clasificación para la artritis reumatoide (AR), como conclusión del esfuerzo conjunto realizado por la EULAR y el ACR con el fin de mejorar los criterios de clasificación utilizados hasta ahora (Ver anexos). Estos nuevos criterios tienen un objetivo muy claro, mejorar la clasificación de la AR de corta evolución, de manera que se pueda establecer un tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) lo antes posible. Como segundo objetivo, establecen la definición de caso para poder llevar a cabo ensayos terapéuticos en pacientes con AR de corta evolución.⁽⁶⁾

En la última década se han producido una serie de cambios en el escenario de la AR, a veces pequeños cambios poco perceptibles, que al final nos han llevado a un escenario completamente distinto del que tenían en 1987 cuando se confeccionaron los criterios de clasificación utilizados hasta ahora. Entre dichos cambios podemos destacar cambios en los tratamientos disponibles (aparición de nuevos fármacos sintéticos [leflunomida] y sobre todo la aparición de los fármacos biológicos), cambios en los biomarcadores de la AR (aparición y estandarización de los ACPA [anticuerpos anti-péptidos citrulinados]), cambios en los objetivos terapéuticos (búsqueda de la remisión o al menos baja actividad de la enfermedad), cambios en la estrategia terapéutica (utilizando de forma precoz los FAME y sobre todo el MTX en escalada rápida) y cambios en las recomendaciones de tratamiento como la realizada por EULAR, donde recomendaban iniciar el tratamiento con FAME en aquellos pacientes con riesgo de desarrollar una enfermedad persistente o erosiva incluso antes de que cumplieran criterios de una enfermedad establecida.⁽⁷⁾

Estos nuevos criterios de clasificación nos proporciona una nueva herramienta que va a permitir, por un lado, clasificar como AR un grupo de artritis que hasta ahora quedaban clasificadas como artritis indiferenciada y, por otro, clasificar de forma precoz a los pacientes afectados de AR, ahorrando un tiempo (precioso) en el inicio del tratamiento, permitiendo con ello realizar estudios terapéuticos en estadios más precoces de la enfermedad.⁽⁸⁾

Los objetivos del tratamiento son disminuir la inflamación y prevenir la destrucción articular. Es fundamental explicar al enfermo la naturaleza de la enfermedad, los objetivos que se persiguen son el tratamiento y la necesidad ineludible de que colabore. Se le debe informar de que el pronóstico no es necesariamente malo, pero tampoco hay que ocultar la posibilidad de secuelas invalidantes. El reposo articular disminuye la intensidad de la artritis, pero, si es prolongado facilita la rigidez. El ejercicio articular tiene como objetivo mantener el tono muscular, evitar la rigidez y prevenir las deformidades.⁽⁹⁾

Los síntomas deben controlarse con analgésicos tipo antiinflamatorios no esteroideos (AINES) (incluidos los cox-2 específicos y selectivos) y corticoesteroides. Estos últimos sobre todo al inicio de la enfermedad con el fin de obtener una rápida respuesta antiinflamatoria.⁽¹⁰⁾

Sin embargo el objetivo ideal del tratamiento de la AR es conseguir la remisión de la enfermedad u obtener el mejor control posible de la actividad. Se debe prestar especial atención a los enfermos con un diagnóstico reciente de AR, para instaurar un tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FARME) lo antes posible para evitar su progresión.⁽¹¹⁾

Los FARMEs más útiles en la práctica clínica son: el Metrotexato (MTX), la sulfazalazina (SSZ), la cloroquina (CQ), y la leflunomide (LFN).⁽¹²⁾

Estos fármacos utilizados en forma individual o en forma conjunta resultan efectivos, debiéndose continuar durante años y ajustando las dosis de acuerdo a las necesidades de cada paciente. El retiro completo de estos fármacos se obtiene por fallas terapéuticas o toxicidad de los mismos.⁽¹³⁾

Finalmente si persiste la actividad se iniciara terapia biológica. Los agentes biológicos (αTNF: Infliximab, Etanercept y Adalimumab; αIL1: AnakinRa) se utilizaran en la AR refractaria a 2 o 3 FARME (MTX, SSZ, LFN) solos o combinados. Uno de ellos debe ser el MTX.⁽¹⁴⁾

Los agentes biológicos son anticuerpos monoclonales creados por ingeniería genética y básicamente dirigidos contra el Factor de Necrosis tumoral alfa (anti-TNFα) que han ofrecido un mayor respaldo para el tratamiento de aquellos pacientes con resistencia a los FARME. Otros agentes que están dirigidos a las citocinas proinflamatorias IL-1 y el receptor de la misma como la anakinRa y las proteínas de superficie de las células B (Rituximab), se utilizaran en la Artritis refractaria al tratamiento con los FARME.⁽¹⁵⁾

La Artritis Reumatoide induce en los pacientes varios procesos que interactúan entre sí. Por un lado, la inflamación, el dolor, la pérdida del movimiento articular y la deformidad produce 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. Todo ello altera la independencia económica y los roles sociales de la persona.⁽¹⁶⁾

Las personas con AR experimentan por lo tanto una serie de emociones negativas ante la discapacidad creada por la enfermedad.⁽¹⁷⁾

La AR implica un cambio importante en la calidad de vida de las personas. Este hecho tiene explicación, por tratarse de enfermedades cuyo mayor impacto no resulta de la disminución de la supervivencia del paciente en términos generales, sino de los periodos de discapacidad, más o menos prolongados, a que se ven sometidos. De hecho, las enfermedades reumáticas son la primera causa de discapacidad, en jóvenes y mayores, y su mayor impacto es precisamente que no permiten a los pacientes desarrollar sus actividades vitales.⁽¹⁸⁾

CALIDAD DE VIDA

Según la Organización Mundial de la Salud, la calidad de vida se define como *“La percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”*. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno” Podemos decir que, la calidad de vida es el bienestar, felicidad, satisfacción de la persona, que le permite una capacidad de actuación o de funcionar en un momento dado de la vida. Es un concepto subjetivo, propio de cada individuo, que está muy influido por el entorno en el que vive, como la sociedad, la cultura, las escalas de valores⁽¹⁹⁾.

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD

En ciencias de la salud se prefiere hablar de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) cuando se intenta evaluar aquella en función del grado de salud, en un intento de acotar el problema, con una visión más realista, que huye de la ambigüedad e imprecisión, dada la imposibilidad de definir el concepto de calidad de vida. Los contenidos de la CVRS se suelen dividir en tres dimensiones: física, psicológica y social, en una clara referencia a las distintas áreas en que se ha dividido el concepto de salud. **Se trata de conocer cómo los estados de salud –o si se prefiere, las distintas formas de enfermar– modifican la calidad de vida de las personas, física, psicológica y socialmente, pero desde el punto de vista del paciente.** Muchos autores añaden una cuarta dimensión: las sensaciones somáticas, en referencia a los síntomas o experiencias desagradables relacionados con la enfermedad (dolor, rigidez, malestar, náuseas, disnea, etc.).⁽²⁰⁾

Desde un punto de vista pragmático se podría **definir la CVRS como el efecto que una enfermedad y su tratamiento tienen sobre las distintas funciones del enfermo, pero tal como lo percibe el propio enfermo**. A su vez, cada una de esas dimensiones se puede dividir en subdimensiones, dominios, categorías o componentes, lo que suele depender de las preferencias de los autores en la forma de enumerarlas. Así, el dolor y la movilidad serían categorías, o dominios, de la dimensión física, mientras que la ansiedad y la depresión constituirán categorías de la dimensión psicológica. Por supuesto, se puede avanzar en el nivel de subclasificación, pero a medida que se subdividen los dominios y categorías, es cada vez mayor el grado de superposición y resulta menos clara la diferenciación entre los mismos, en especial en lo referente a las dimensiones psicológica y social. Este es el esquema seguido por los cuestionarios de CVRS; aunque con frecuencia se utilizan denominaciones diferentes para referirse a escalas o dominios que abordan conceptos idénticos o muy similares, lo que favorece cierta confusión.⁽²¹⁾

Dimensiones de la CVRS

Dimensión física. Percepción del estado físico o de la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento. Estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

Dimensión psicológica. Percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

Dimensión social. Percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral⁽²²⁾.

Los cuestionarios son el método convencional de medir de forma operativa la CVRS. Se parte de la base de que el mejor informador es el propio sujeto, por lo que estos instrumentos facilitan información sobre salud autopercebida. Estos cuestionarios son instrumentos de medición, compuestos por preguntas agrupadas (ítems) en una o más escalas que aportan información sobre los componentes de la salud. En función de sus objetivos, se suelen clasificar en dos grandes grupos: cuestionarios genéricos de salud y cuestionarios específicos para enfermedades o situaciones concretas.⁽²³⁾

La medida de la calidad de vida en reumatología ha utilizado, por un lado, medidas globales de salud, como los cuestionarios SF-36, el sicknen Impact Profile (SIP) y el Nottingham Health Profile (NHP). Por otro lado se han empleado cuestionarios específicos, tales como el Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS), el Rheumatoid Arthritis of Quality of Life (RA-QoL), el Rapid Assesment of Disease Activity in Rheumatology (RADAR). Otros cuestionarios que se han utilizado para determinar la CVRS en pacientes con AR son: el HAQ (Healt Assesment Questionnaire), DAS (Disease Activity Score, el EuroQol-5D (European Quality of life Measure)⁽²⁴⁾.

La afección de las manos es una condición frecuente en las enfermedades reumáticas; el dolor y la pérdida de función producen dificultad progresiva para realizar las actividades cotidianas, condicionando un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. Los diversos tipos de afección se relacionan con la edad, el sexo, la mano dominante, la ocupación, las actividades, los deportes y las enfermedades crónicas. Ahora bien, debido a la dificultad que representa la evaluación integral de las manos de estos pacientes y en un intento de hacer objetiva toda la sintomatología y alteraciones en la funciones que presentan, se han creado diferentes escalas y cuestionarios para ofrecer una evaluación integral del dolor, la rigidez y la repercusión de estos síntomas en las actividades la vida diaria. Los cuestionarios que evalúan la función de la mano hasta ahora publicados son: Cochin1, m-SACRAH (Modified Score for the Assessment and quantification of Chronic Rheumatic Affection of the Hands), DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand) que evalúa además, la función del hombro y el codo, ABILHAND4, AUSCAN (Australian/Canadian Osteoarthritis Hand Index); el MHOQ (Michigan Hand Outcomes Questionnaire), diseñado para pacientes con diversas patologías de la mano incluso en procedimientos quirúrgicos y el AIMS2 (Arthritis Impact Measurement Scales), diseñado para medir el impacto de la enfermedad en el estado de salud de los pacientes de una forma multidimensional.⁽²⁵⁾

En consecuencia el objetivo de esta investigación es determinar la calidad de vida en pacientes con AR, empleando el cuestionario DASH (Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand), poco utilizado pero adaptado y validado para nuestra población. Y en donde se evalúa la afección del miembro superior.

CUESTIONARIO DASH

El cuestionario Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand (DASH) es un instrumento específico de medición de la calidad de vida relacionada con los problemas del miembro superior. Este cuestionario ya fue validado y se realizó una adaptación transcultural en nuestro medio. De lo cual se hace referencia en el artículo: *Evaluación de la función de la mano en las enfermedades reumáticas. Validación y utilidad de los cuestionarios AUSCAN, m-SACRAH, DASH y Cochin en español*, publicado en 2012 por el Hospital General de México y en donde llegan al siguiente resultado: El alfa de Cronbach para los cuatro cuestionarios fue mayor de 0.90; el tiempo promedio para responderlos fue de 2.7 min (DS, 0.7). Los cuestionarios tuvieron una correlación significativa ($p < 0.00$) entre sí, con valores de r mayores de 0.7 y notoria capacidad discriminadora cuando valoran diversos grupos de afección de las manos catalogados como: afección leve (EVA de función de la mano [0 - 4]) y moderada a grave (5 - 10). Y se concluye que los cuatro cuestionarios son herramientas útiles para valorar la afección de las manos en las enfermedades reumáticas y ofrece una buena capacidad discriminadora cuando hay grados variables de afectación.⁽²⁶⁾

El cuestionario DASH se administra de forma autoaplicada y sólo requiere 10 min para contestarlo. Evalúa 30 ítems, con 5 posibilidades de respuesta cada una, además de 2 módulos opcionales: uno de deportes y artes plásticas, y un módulo laboral. La puntuación de los ítems se suma para obtener una puntuación total, que puede oscilar entre 30 y 150 puntos y que se transforma en una escala de 0 (mejor puntuación posible) a 100 (peor puntuación posible). Los módulos opcionales, en su caso, se puntúan por separado siguiendo el mismo método. El DASH permite valorar la discapacidad percibida por el enfermo para realizar diversas actividades, incluidas actividades de la vida diaria y síntomas como el dolor, la rigidez o la pérdida de fuerza. Lo anterior nos permite valorar el impacto en la calidad de vida de los pacientes.

Puntuación

La puntuación del DASH tiene dos componentes: las preguntas de discapacidad/síntomas (30 preguntas, puntuación del 1-5).

Para poder calcular la puntuación de discapacidad/síntomas hay que completar al menos 27 de las 30 preguntas.

Se suman los valores asignados a cada una de las respuestas completadas y se halla el promedio, obteniendo así una puntuación del uno al cinco. Para expresar esta puntuación en por cientos, se le resta 1 y se multiplica por 25. A mayor puntuación, mayor discapacidad. Por lo que puntuaciones que van del 0 al 50% se consideran mejor calidad de vida y del 51 al 100% peor calidad de vida.

$$\text{Puntuación de DASH de discapacidad/síntoma} = \frac{\text{suma de n respuestas}}{n} - 1 \times 25;$$

Donde n es igual al número de las respuestas completadas.

Secciones opcionales (trabajo/ocupación y atletas de alto rendimiento/músicos)

Cada sección opcional consta de cuatro preguntas que las personas pueden contestar según la naturaleza de las mismas. La finalidad de las secciones opcionales es identificar las dificultades específicas que pueden presentar los atletas de alto rendimiento/músicos u otro grupo de trabajadores/profesionales pero que no necesariamente afectan a sus actividades cotidianas y por consiguiente pueden pasar desapercibidas en la sección de las 30 preguntas del DASH. Para fines de este estudio no se utilizaron las secciones opcionales.

Preguntas sin contestar

Si la persona deja sin contestar más del 10 por ciento de las preguntas (es decir, más de 3 preguntas), no se podrá calcular la puntuación DASH de discapacidad/síntoma. Siguiendo esta misma regla (es decir, no se pueden dejar sin contestar más del 10 por ciento de las preguntas).⁽²⁷⁾.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es el impacto en la calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide derechohabientes del HGZ/UMF No 8 mediante el cuestionario DASH?

JUSTIFICACIÓN

El presente estudio nos permitió conocer el impacto en la calidad de vida en los pacientes con afectación en su funcionalidad ya sea en su brazo, codo o mano por padecer Artritis Reumatoide mediante el cuestionario DASH.

La artritis reumatoide (AR) implica un cambio importante en la calidad de vida de las personas. Este hecho tiene explicación, por tratarse de enfermedades cuyo mayor impacto no resulta de la disminución de la supervivencia del paciente en términos generales, sino de los periodos de discapacidad, más o menos prolongados, a que se ven sometidos. De hecho, las enfermedades reumáticas son la primera causa de discapacidad, en jóvenes y mayores, y su mayor impacto es precisamente que no permiten a los pacientes desarrollar sus actividades vitales.

Como ya se menciona la Artritis reumatoide afecta del 0.5 a 1% de la población mundial, afecta principalmente y de forma simétrica las articulaciones interfalángicas proximales, metacarpofalángicas y muñecas; en un 25% de los pacientes, la afección de las manos se presenta de manera inicial; la rigidez, debilidad, dolor e inflamación matutina son frecuentes y prácticamente el 100% de los pacientes tienen afección a este nivel.

Dado que en la osteoartritis (OA), artritis reumatoide (AR), gota y esclerosis sistémica (ES) se afectan las manos de forma variable y dichas enfermedades repercuten en la función de las manos, de ahí el interés en realizar este estudio en pacientes con AR.

Las manos son un instrumento mecánico de extraordinaria eficiencia, cuya función principal es la prensión (palmar y digital) y son el principal órgano para la manipulación física del medio y fuente de información táctil. La función neurológica, el grado de afección o no de huesos, articulaciones, tendones y fascias nos permite evaluar la relación entre éstos y otros síntomas clínicos como el dolor y la función adecuada de las manos.

La afección de las manos es una condición frecuente en las enfermedades reumáticas; el dolor y la pérdida de función producen dificultad progresiva para realizar las actividades cotidianas, condicionando un impacto negativo en la calidad de vida de los pacientes. Los diversos tipos de afección se relacionan con la edad, sexo, mano dominante, ocupación, actividades, deportes y enfermedades crónicas.

OBJETIVO GENERAL.

Determinar el impacto en la calidad de vida en pacientes con Diagnostico de Artritis Reumatoide del HGZ/UMF No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo mediante el cuestionario DASH.

HIPÓTESIS.

Se coloca la hipótesis con fines de enseñanza

HIPOTESIS

La calidad de vida es mala en pacientes portadores de Artritis Reumatoide del HGZ/UMF No 8.

HIPOTESIS NULA

H_0 – La calidad de vida no es mala en pacientes portadores de Artritis Reumatoide del HGZ/UMF No 8.

HIPOTESIS ALTERNA

H_1 – La calidad de vida es excelente en pacientes portadores de Artritis reumatoide del HGZ /UMF No 8.

MATERIALES Y MÉTODOS.

TIPO DE INVESTIGACIÓN:

a).- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información: PROSPECTIVO.

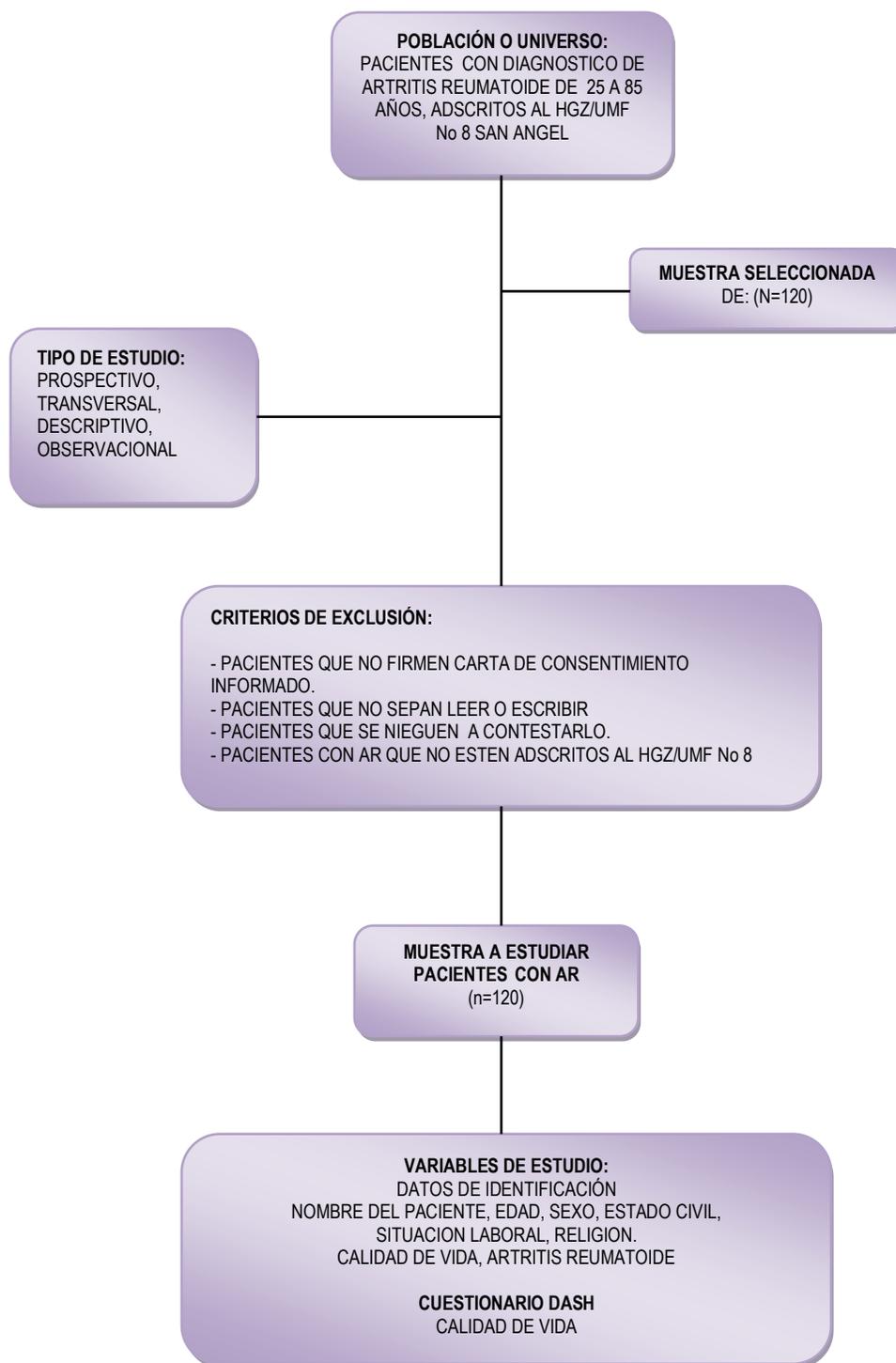
b).- Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio: TRANSVERSAL.

c).- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados: NO COMPARATIVO.

d).- Según el control del las variables o el análisis y alcance de los resultados: DESCRIPTIVO.

e).- Según la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza: OBSERVACIONAL

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.



Elaboro: Dra. Elizabeth Alva Gopar R3MF

POBLACIÓN Ó UNIVERSO.

El estudio se realizó en pacientes portadores de Artritis Reumatoide, de ambos sexos de entre 25 a 85 años, derechohabientes de la consulta externa del HGZ/UMF No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social. Esta es una población urbana.

UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN.

La investigación se efectuó en los pacientes con diagnostico de AR, que acudieron a la consulta externa de Reumatología del HGZ/UMF No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo IMSS, ubicado en la colonia Tizapan La Hormiga, Delegación Álvaro Obregón, Distrito Federal México. Es una población urbana. Se realizo de Marzo de 2012 a Enero de 2013.

MUESTRA.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo, de una variable dicotómica para una población finita necesaria fue de 120 pacientes con un intervalo de confianza del 95%. Con una proporción esperada del 0.01. Con amplitud total del intervalo de confianza de 0.10.

DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA TIPO CUALITATIVO:

Donde se conoce el total de unidades de observación que la integran.

$$n = \frac{NZ^2pq}{d^2(N-1) + Z^2pq}$$

Donde:

n = Tamaño de la muestra

N = Tamaño de la población

Z= valor de Z crítico calculado en las tablas del área de la curva normal. Llamando también nivel de confianza. Se trata del ancho de la curva normal que se requiere cubrir con la muestra. Generalmente usamos solo 3 valores. El valor corresponde al cálculo del área realizada por los matemáticos y que aparece en las tablas de Z de cualquier libro de estadística.

d= También se puede encontrar como (i) o (E) = a precisión absoluta con que se generalizan los datos. Es la distancia máxima de error que el investigador está dispuesto a aceptar con respecto a la media verdadera de la población.

p = Proporción aproximada de fenómeno en estudio en la población de referencia.

q= Proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1-p) la suma de la p y la q siempre debe dar 1. Por ejemplo si p= 0.8 q=0.2.

CRITERIOS DE INCLUSION

- Mujeres y Hombres de entre 25 a 85 años de edad con Diagnostico de Artritis Reumatoide.
- Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que asistieron a consulta externa de Reumatología en el HGZ/UMF No 8.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes que no firmaron el consentimiento informado,
- Pacientes que no supieron leer y escribir,
- Pacientes que se negaron a contestar el cuestionario DASH
- Pacientes con AR que no estaban adscritos al HGZ/UMF No 8.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- A todos aquellos pacientes que contestaron menos del 90% del cuestionario.
- Que no sea legible los datos del cuestionario
- Por fallecimiento del paciente
- Que no desee participar en el estudio.

VARIABLES.

DATOS DE IDENTIFICACION

- 1.- Edad.
- 2.- Sexo.
- 3.- Estado laboral actual
- 4.- Escolaridad
- 5.- Estado civil.
- 6.- Religión

VARIABLES DE LA PATOLOGIA

VARIABLE DEPENDIENTE

- Calidad de Vida

VARIABLE INDEPENDIENTE

- Artritis Reumatoide

VARIABLES DEL CUESTIONARIO DASH

- Calidad de vida

DEFINICIONES CONCEPTUALES

VARIABLES DEMOGRAFICAS

- **EDAD:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de realizar la encuesta.
- **SEXO:** Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.
- **ESTADO LABORAL.** Situación de trabajo en que se encuentra actualmente. Empleado o desempleado.
- **ESTADO CIVIL:** Condición jurídica de cada persona, desde el punto de vista de derechos y deberes civiles de carácter individual y familiar.
- **RELIGION.** Es una actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural. El término hace referencia tanto a las creencias y prácticas personales como a ritos y enseñanzas colectivas.
- **ESCOLARIDAD:** Años de estudio cursados y aprobados dentro del sistema formal escolarizado.

VARIABLE DEPENDIENTE

- **CALIDAD DE VIDA:** Según la OMS la calidad de vida se define como *“La percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.*

VARIABLE INDEPENDIENTE

- **ARTRITIS REUMATOIDE:** La Artritis Reumatoide es una enfermedad crónica y multisistémica de etiología desconocida. La alteración característica de la AR es una sinovitis inflamatoria persistente que habitualmente afecta a las articulaciones periféricas con una distribución simétrica. El signo esencial de la enfermedad es la capacidad de la inflamación sinovial para producir una destrucción del cartílago con erosiones óseas y deformidades articulares en fases posteriores.

DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

NOMBRE DE VARIABLES	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
EDAD	CUANTITATIVA	CONTINUA	NÚMEROS ENTEROS
SEXO	CUALITATIVA	NOMINAL	1=FEMENINO 2=MASCULINO
ESTADO LABORAL	CUALITATIVA	NOMINAL	1= EMPLEADO 2= DESEMPLEADO
ESTADO CIVIL	CUALITATIVA	NOMINAL	1=SOLTERO 2=CASADO 3=DIVORCIADO 4=VIUDO 5=UNION LIBRE
RELIGION	CUALITATIVA	NOMINAL	1=CATOLICA 2=CRISTIANA 3=OTRA
ESCOLARIDAD	CUALITATIVA	NOMINAL	1=NINGUNA 2=PRIMARIA 3=SECUNDARIA 4=UNIVERSIDAD 5=POSGRADO

CUESTIONARIO DE SALUD DASH

NOMBRE DE VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	ESCALA DE MEDICIÓN	VALORES DE LAS VARIABLES
CALIDAD DE VIDA	CUALITATIVA	ORDINAL	1) MEJOR CALIDAD DE VIDA (0-50%) 2) PEOR CALIDAD DE VIDA (51-100%)

DISEÑO ESTADÍSTICO.

El análisis estadístico se llevo a cabo a través del programa SPSS versión 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias, proporciones con intervalos de confianza (IC) del 95%, frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra es representativa y se calculo de acuerdo a la prevalencia de una población finita. Se conto con una muestra de 120 pacientes.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN.

El cuestionario DASH (**Disabilities of the Arm, Shoulder and Hand**) es un instrumento específico de medición de la calidad de vida relacionada con los problemas del miembro superior. Es el más empleado para la valoración global de la extremidad superior, desarrollado conjuntamente por el Institute for Work and Health y la American Academy of Orthopedic Surgeons (AAOS). Está validado en castellano y consta de 30 preguntas. Además, existen dos módulos opcionales, cada uno de ellos de cuatro cuestiones, que se emplean para valorar los síntomas y función de deportistas, artistas y otros trabajadores cuyas demandas funcionales exceden las valoradas por el cuestionario DASH.

Este cuestionario ya fue validado y se realizo una adaptación transcultural en nuestro medio. De lo cual se hace referencia en el artículo: *Evaluación de la función de la mano en las enfermedades reumáticas. Validación y utilidad de los cuestionarios AUSCAN, m-SACRAH, DASH y Cochin en español*, publicado en 2012 por el Hospital General de México y en donde el resultado obtenido es: El alfa de Cronbach para los cuatro cuestionarios fue mayor de 0.90; el tiempo promedio para responderlos fue de 2.7 min (DS, 0.7). El cuestionario DASH presenta una excelente reproductibilidad y una elevada sensibilidad, detectando pequeños cambios.

El DASH es un cuestionario autoadministrado, que consta de un cuerpo central de 30 ítems y 2 módulos opcionales, con 4 ítems cada uno, destinados a medir el impacto de la lesión de miembro superior al tocar instrumentos musicales y al realizar deporte o trabajar. Cada ítem se puntúa de 1 a 5, con valores crecientes en función de la intensidad de los síntomas.

La puntuación de los ítems se suma para obtener una puntuación total, que puede oscilar entre 30 y 150 puntos y que se transforma en una escala de 0 (mejor puntuación posible) a 100 (peor puntuación posible). Los módulos opcionales, en su caso, se puntúan por separado siguiendo el mismo método. El DASH permite valorar la discapacidad percibida por el enfermo para realizar diversas actividades, incluidas actividades de la vida diaria y síntomas como el dolor, la rigidez o la pérdida de fuerza.

Puntuación

La puntuación del DASH tiene dos componentes: las preguntas de discapacidad/síntomas (30 preguntas, puntuación del 1-5).

Para poder calcular la puntuación de discapacidad/síntomas hay que completar al menos 27 de las 30 preguntas (90 % del cuestionario).

Se suman los valores asignados a cada una de las respuestas completadas y se halla el promedio, obteniendo así una puntuación del uno al cinco. Para expresar esta puntuación en por cientos, se le resta 1 y se multiplica por 25. A mayor puntuación, mayor discapacidad. Por lo que puntuaciones que van del 0 al 50% se consideran mejor calidad de vida y del 51 al 100% peor calidad de vida.

$$\text{Puntuación de DASH de discapacidad/síntoma} = \frac{\text{suma de n respuestas}}{n} - 1 \times 25;$$

Donde **n** es igual al número de las respuestas completadas.

MÉTODO DE RECOLECCIÓN.

Se contactaron a los pacientes que reúnan los criterios de inclusión durante el tiempo de espera para su consulta en Reumatología del HGZ/UMF No 8. Se informó brevemente sobre la intención de la investigación, el concepto de Artritis Reumatoide y calidad de vida, para posteriormente entregarles la carta de consentimiento informado y el cuestionario DASH. Garantizando la confidencialidad de sus respuestas, dando instrucciones tanto verbales como escritas de cómo realizar el cuestionario. Dando un tiempo máximo de 15 minutos para concluir. Esta recolección se llevó a cabo entre los meses de abril y agosto de 2012.

MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.

Se realizó la encuesta de manera individual para evitar que se comentaran las respuestas entre los participantes del estudio. Se explico verbalmente y con instrucciones por escrito para evitar confusiones así como se aclaro todas las dudas que se presentaron tratando de que con las respuestas que se dieron no se influya con los resultados de la encuesta. Durante la encuesta el investigador no hablo con los participantes para evitar distracciones y no influir en las respuestas. El examinador reviso el cuestionario, para asegurarse que todas las preguntas estén contestadas y que solo una de las respuestas alternativas fue señalada para cada pregunta.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUR DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

PROTOCOLO DE INVESTIGACION:
“IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE DEL
HGZ/UMF No 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO EN BASE AL CUESTIONARIO DASH”

2012-2014

ETAPAS DEL PROTOCOLO / MES	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB 2014
ELECCION DEL TEMA	X											
MARCO TEORICO	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
JUSTIFICACION	X											
OBJETIVOS	X											
HIPOTESIS	X											
MATERIALES Y METODOS		X										
VARIABLES		X										
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION		X										
METODO DE RECOLECCION		X										
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS		X										
PROCEDIMIENTOS ESTADISTICOS		X										
CRONOGRAMAS		X										
RECURSOS HUMANOS		X										
MATERIALES FISICOS Y FINANCIAMIENTO		X										
CONSIDERACIONES ETICAS		X										
BIBLIOGRAFIA		X										
ETAPA EJECUCION PROYECTO		X										
RECOLECCION DE DATOS		X	X	X	X	X						
ALMACENAMIENTO DE DATOS							X					
ANALISIS DE DATOS							X					
DESCRIPCION DE DATOS							X					
DISCUSION DE DATOS							X					
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO							X	X				
INTEGRACION Y REVISION FINAL									X			
REPORTE FINAL										X		
AUTORIZACIONES										X		
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACION												X

RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.

Se contó para la realización de este proyecto de investigación con recursos humanos a base de un investigador. Dentro de los recursos materiales se utilizaron cuestionarios suficientes para la muestra, lápices y borradores. Para la recolección y el análisis de los resultados, se utilizó un equipo de cómputo SONY VAIO con WINDOWS VISTA, con memoria USB de 16 GB para almacenar los datos y análisis de resultados como respaldo. Como recursos físicos contamos con El HGZ/UMF No 8, sala de cómputo y biblioteca de la misma. Los gastos de esta investigación corrieron por cuenta del investigador medico Dra. Elizabeth Alva Gopar.

CONSIDERACIONES ÉTICAS.

El presente estudio no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1975), por la 18va Asamblea Medica Mundial y la modificada en la 52va, en Edimburgo, Escocia en Octubre del 2000 y sus posteriores modificaciones, así como en la Ley General de Salud de los Estados Unidos Mexicanos.

Reglamento de la Ley General de Salud, de los aspectos éticos de la investigación en seres Humanos.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

El presente trabajo se clasifica como categoría uno, con base en el título segundo del artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación ó en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación ó en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan observarse.

- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- La carta de consentimiento informado se encuentra en anexos.

RESULTADOS

- Se estudiaron 120 pacientes, se encontró un predominio de sexo femenino 101 (84.2%), sexo masculino 19 (15.8%). (Ver cuadro y grafica 1)
- La media de edad fue de 54.48 años, edad mínima de 25 años y edad máxima de 85 años, moda de 49 años, mediana de 54 años y desviación estándar de 12.5 años.
- En cuanto a la edad se observo del rango de 25-45 años 24 (20%), de 46-65 años 75 (62.5%) y de 66-85 años 21 (17.5%). (Ver cuadro y grafica 2)
- En el apartado de años de diagnostico de AR se observo en el rubro de 0-5 años 33 (44.2%), de 6-10 años 19 (15.8%), de 11-15 años 18 (15%), de 16-20 años 11 (9.2%) y más de 21 años 19 (15.8%). (Ver cuadro y grafica 3)
- En cuanto al estado laboral se observó: empleados 49 (40.8%) y desempleados 71 (59.2%) (Ver cuadro y grafica 4)
- Con referencia a la escolaridad se encontró: sin escolaridad 10 (8.3%), primaria 43 (35.8%), secundaria 49 (40.8 %), Universidad 14 (11.7%), Posgrado 4 (3.3%). (Ver cuadro y grafica 5)
- En el apartado de Estado Civil se observo: soltero 20 (16.7%), Casado 72 (60%), divorciado 7 (5.8%), viudo 14 (11.7%), unión libre 7 (5.8%). (Ver cuadro y grafica 6)
- En cuanto a la religión predomino la Católica 106 (88.3%), cristiana 8 (6.7%), y otra 6 (5%) (Ver cuadro y grafica 7)
- En el rubro correspondiente a la calidad de vida, se encontró mejor calidad de vida 69 (57.5%) y peor calidad de vida 51 (42.5 %). (Ver cuadro y grafica 8).

- En cuanto a la calidad de vida y sexo, se observo el sexo femenino con mejor calidad de vida 55 (45.8%) y con peor calidad de vida 46 (38.3%), sexo masculino con mejor calidad de vida 14 (11.7%) y con peor calidad de vida 5 (4.2%). (Ver cuadro y grafica 9).

- En cuanto a la calidad de vida y rango de edad, se encontró en el rango de 25-45 años con mejor calidad de vida 16 (13.3%), con peor calidad de vida 8 (6.7%), rango de 46-65 años con mejor calidad de vida 44 (36.7%), con peor calidad de vida 31 (25.8%) y el rango de 66-85 años con mejor calidad de vida 9 (7.5%) y con peor calidad de vida 12 (10%). (Ver cuadro y grafica 10)

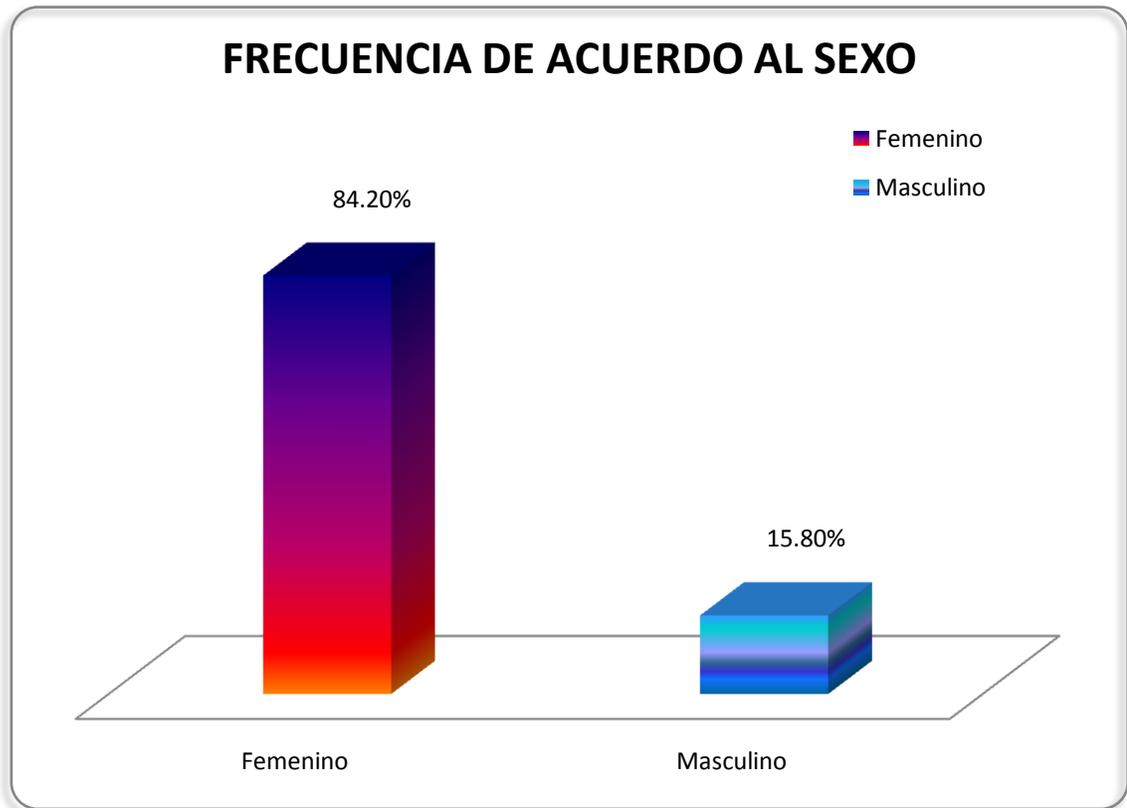
- El rubro de calidad de vida y años de diagnostico, se encontró del rango de 0-5 años con mejor calidad de vida 33 (27.5%) y con peor calidad de vida 20 (16.7%), de 6-10 años con mejor calidad de vida 12 (10%), y con peor calidad de vida 7 (5.8%), de 11-15 años con mejor calidad de vida 7 (5.8%), y con peor calidad de vida 11 (9.2%), de 16-20 años con mejor calidad de vida 5 (4.2%) y con peor calidad de vida 6 (5%) y en el rubro de más de 21 años de diagnostico: con mejor calidad de vida 12 (10%) y con peor calidad de vida 7 (5.8%). (Ver cuadro y grafica 11).

- Con respecto a la calidad de vida y al estado laboral se encontró empleados con mejor calidad de vida 32 (26.7%) y con peor calidad de vida 17 (14.2%); así como desempleado con mejor calidad de vida 37 (30.8%) y con peor calidad de vida 34 (28.3 %). (Ver cuadro y grafica 12).

- El apartado de calidad de vida y escolaridad, se observo sin escolaridad con mejor calidad de vida 4 (3.3%) y con peor calidad de vida 6 (5%), con primaria y mejor calidad de vida 23 (19.2%), con primaria y peor calidad de vida 20 (16.7%), con secundaria y mejor calidad de vida 30 (25%), con secundaria y peor calidad de vida 19 (15.8%), con universidad y mejor calidad de vida 9 (7.5%), con universidad y peor calidad de vida 5 (4.2%), con posgrado y mejor calidad de vida 3 (2.5%), con posgrado y peor calidad de vida 1 (0.8%). (Ver cuadro y grafica 13).

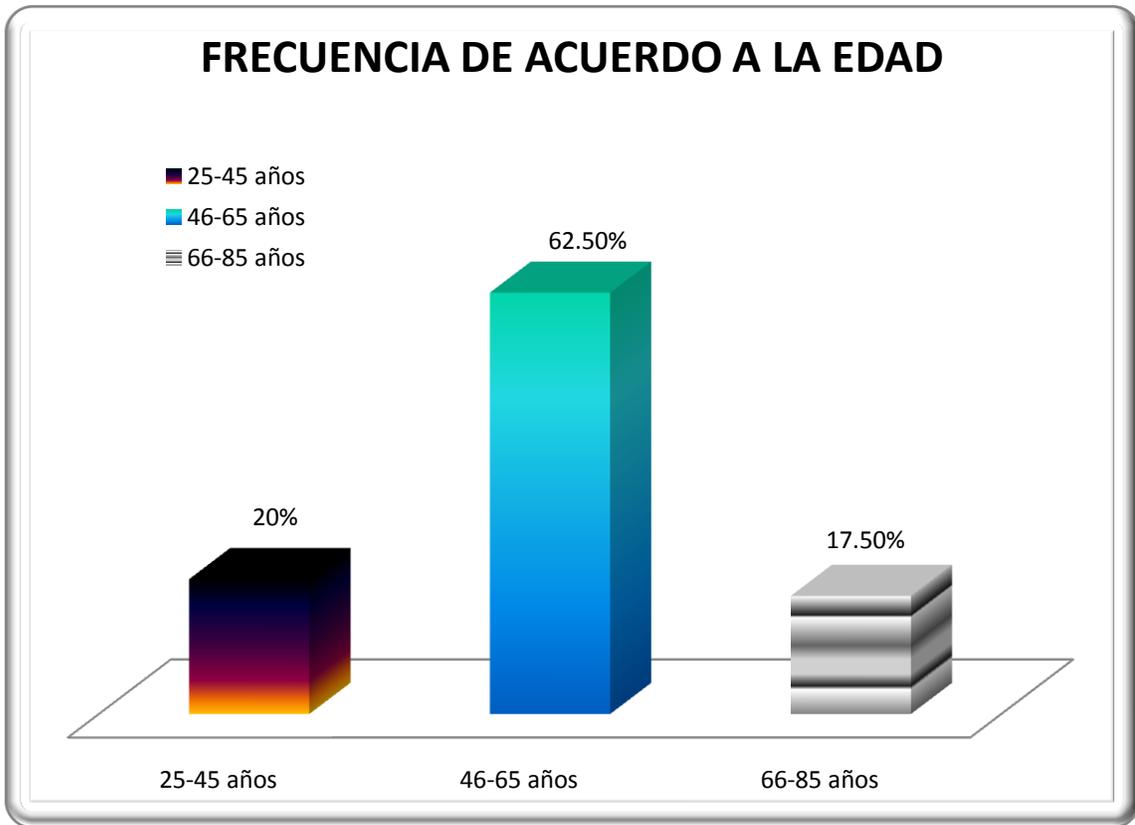
- El rubro de calidad de vida y estado civil, se observo solteros con mejor calidad de vida 15 (12.5%), solteros con peor calidad de vida 5 (4.2%), casados con mejor calidad de vida 42 (35%), casados con peor calidad de vida 30 (25%), divorciados con mejor calidad de vida 2 (1.7%), divorciados con peor calidad de vida 5 (4.2%), viudos con mejor calidad de vida 4 (3.3%), con peor calidad de vida, 10 (8.3%), en unión libre con mejor calidad de vida 6 (5%) y en unión libre con peor calidad de vida 1 (0.8%). (Ver cuadro y grafica 14).

FRECUENCIA DE ACUERDO AL SEXO		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	101	84.2%
Masculino	19	15.8%
Total	120	100 %



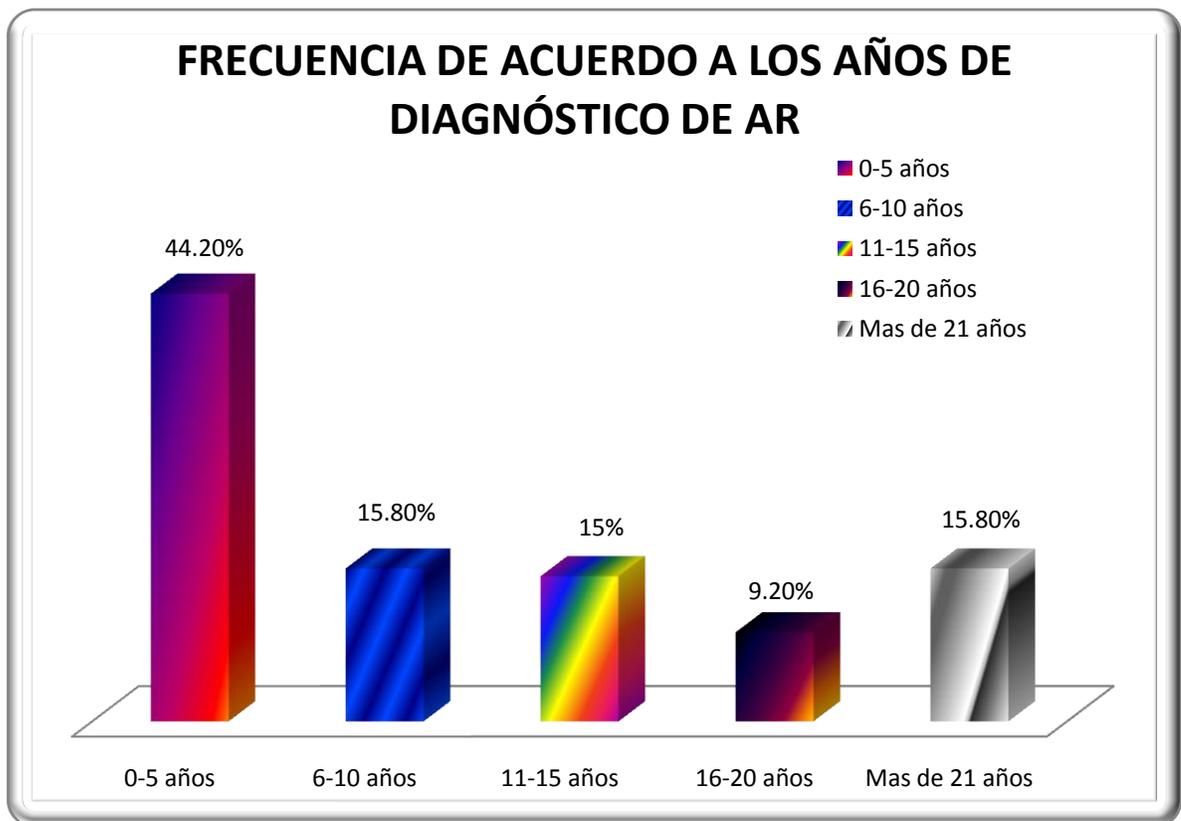
1. Cuadro y grafica 1

FRECUENCIA DE ACUERDO A LA EDAD		
Edad	Frecuencia	Porcentaje
25-45	24	20%
46-65	75	62.5%
66-85	21	17.5%
Total	120	100



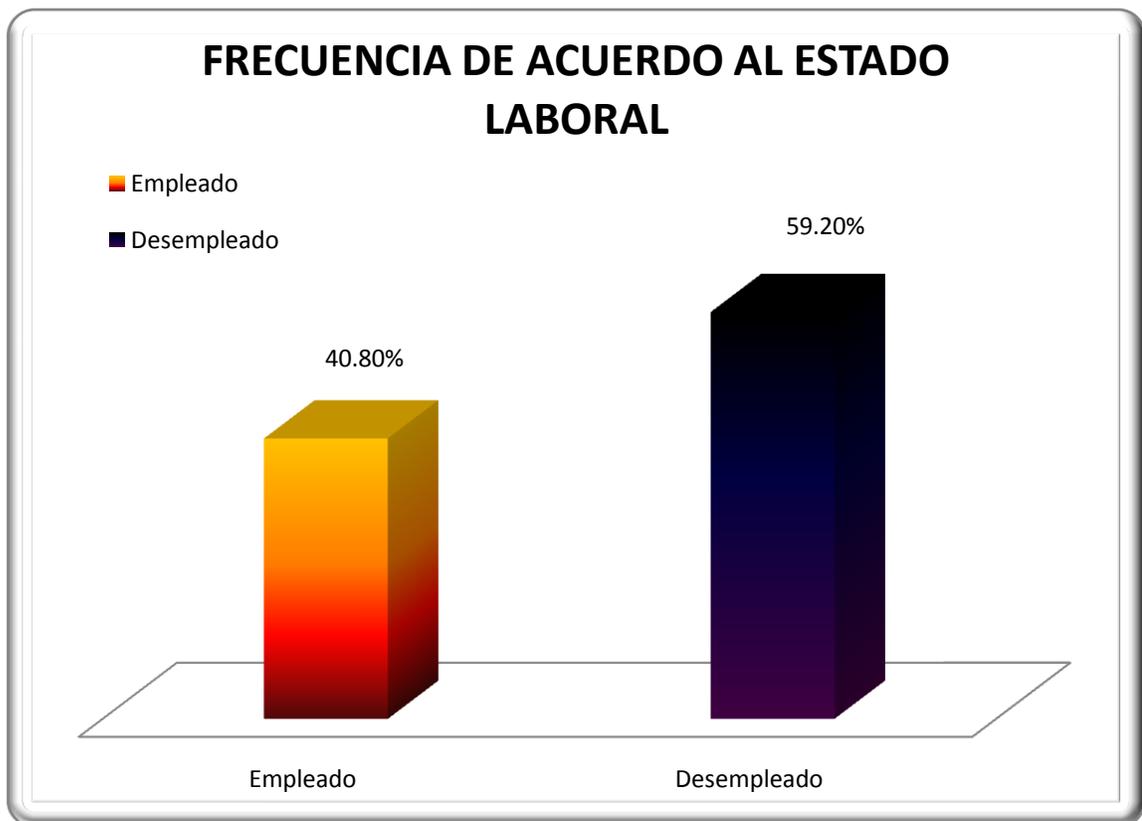
2. Cuadro y grafica 2

FRECUENCIA DE ACUERDO A LOS AÑOS DE DIAGNÓSTICO		
AÑOS DE DIAGNOSTICO	Frecuencia	Porcentaje (%)
0-5 años	53	44.2%
6-10 años	19	15.8%
11-15 años	18	15%
16-20 años	11	9.2%
Mas de 21 años	19	15.8%
Total	120	100 %



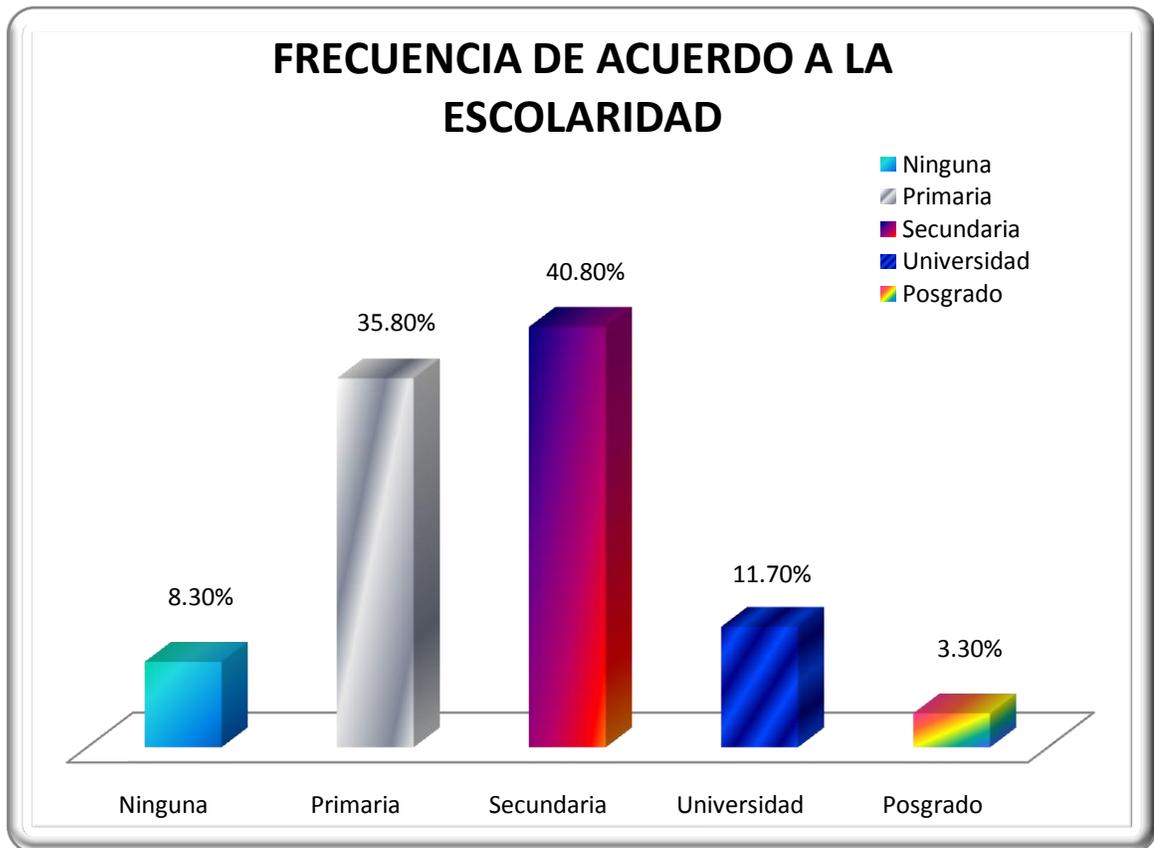
3. Cuadro y grafica 3

FRECUENCIA DE ACUERDO AL ESTADO LABORAL		
ESTADO LABORAL	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	49	40.8%
Desempleado	71	59.2%
Total	120	100 %



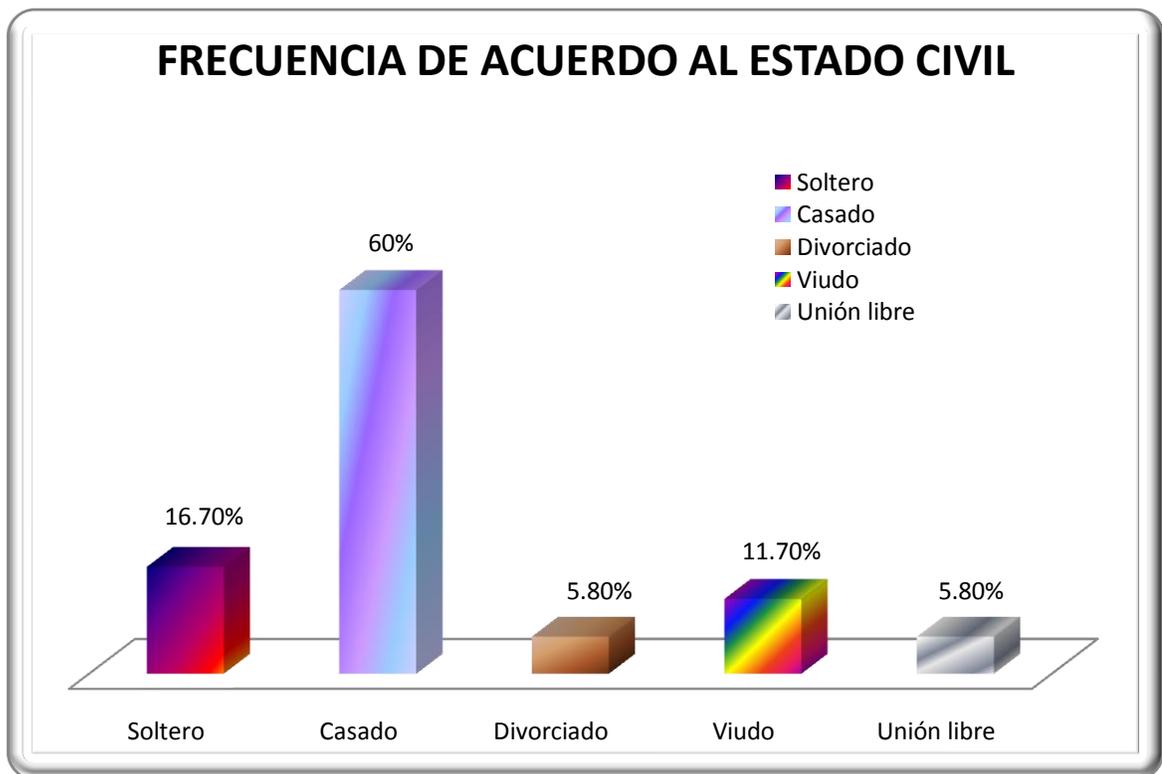
4. Cuadro y grafica 4

FRECUENCIA DE ACUERDO AL NIVEL DE ESCOLARIDAD		
ESCOLARIDAD	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ninguna	10	8.3 %
Primaria	43	35.8%
Secundaria	49	40.8%
Universidad	14	11.7%
Posgrado	4	3.3%
Total	120	100 %



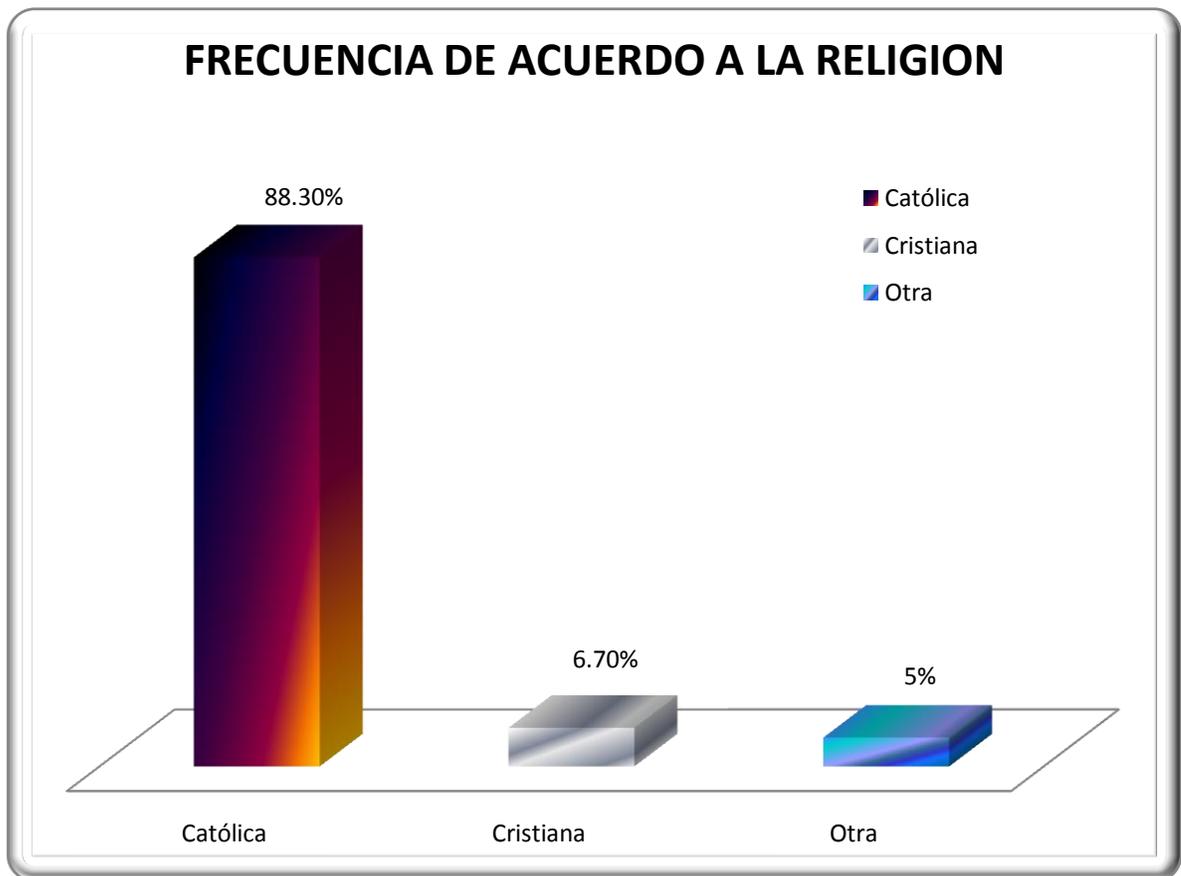
5. Cuadro y grafica 5

FRECUENCIA DE ACUERDO AL ESTADO CIVIL		
Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	20	16.7%
Casado	72	60%
Divorciado	7	5.8%
Viudo	14	11.7%
Unión libre	7	5.8%
Total	120	100 %



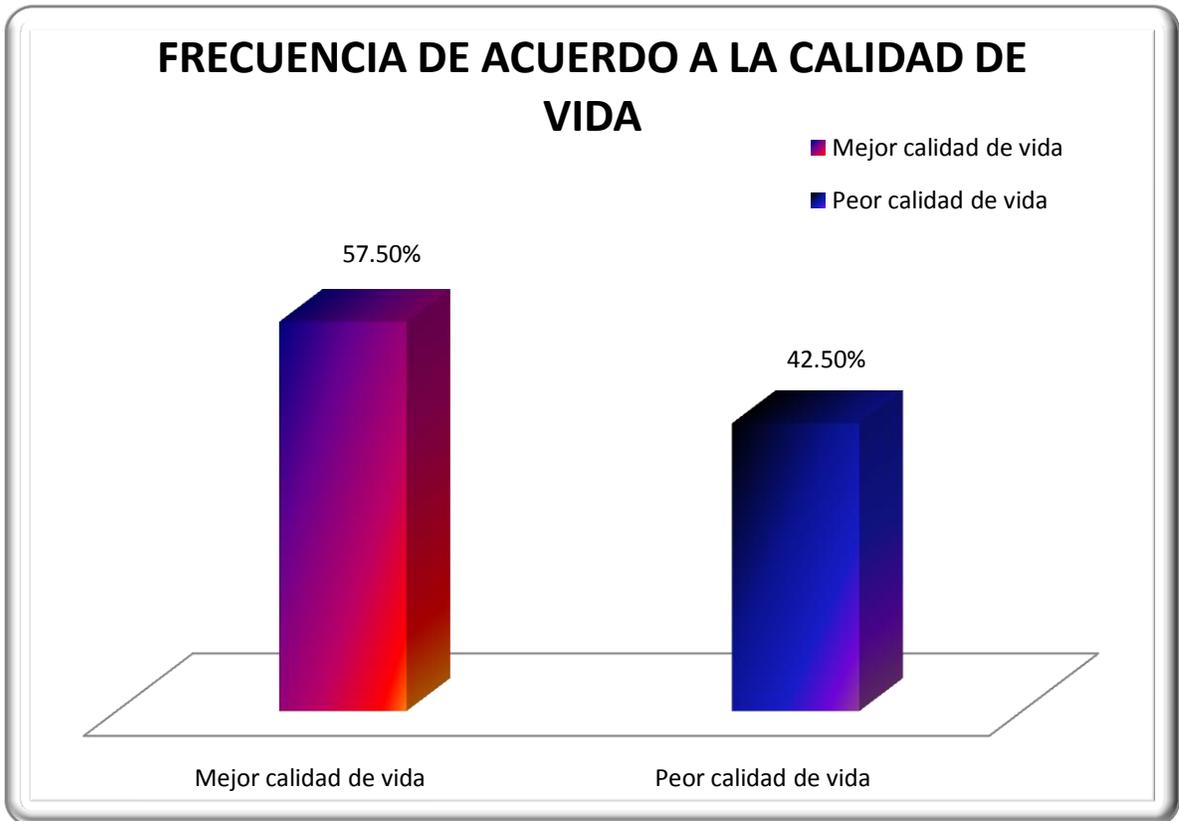
6. Cuadro y grafica 6

FRECUENCIA DE ACUERDO A LA RELIGION		
RELIGION	Frecuencia	Porcentaje (%)
Católica	106	88.3%
Cristina	8	6.7%
Otra	6	5%
Total	120	100 %



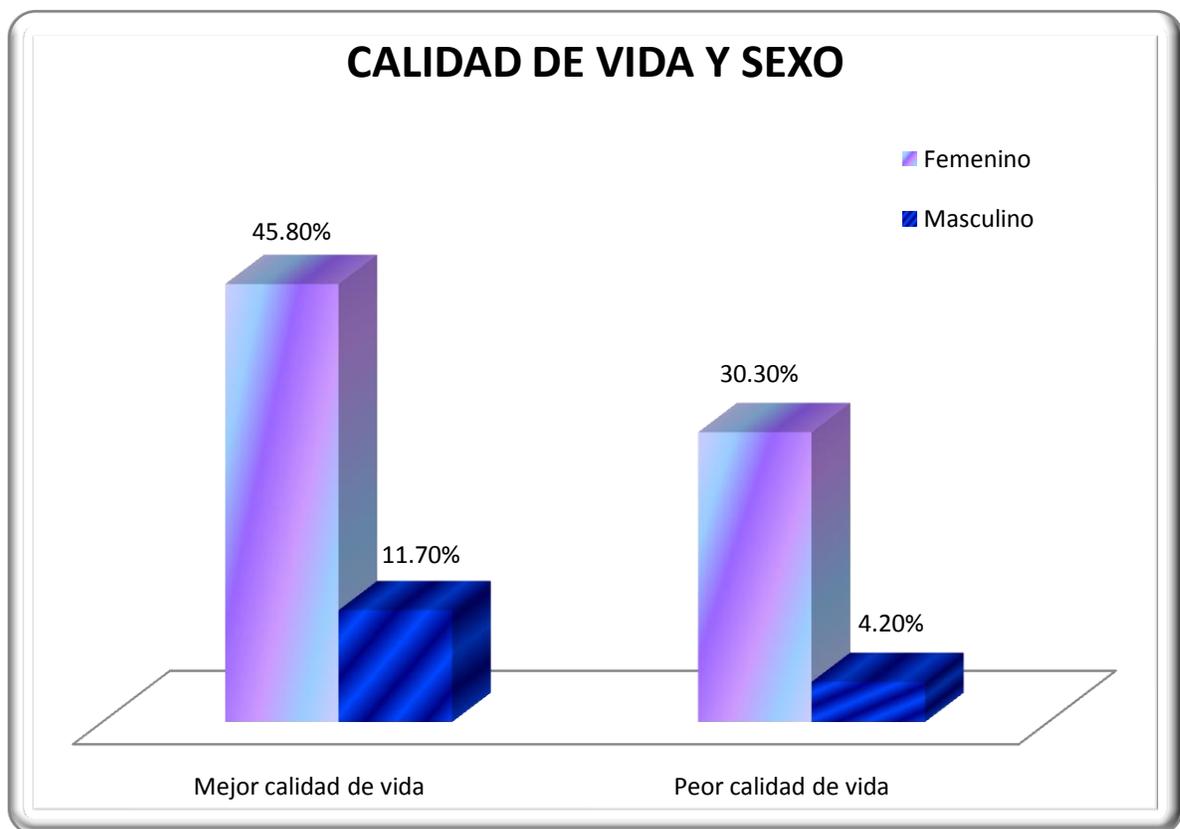
7. Cuadro y grafica 7

FRECUENCIA DE ACUERDO A LA CALIDAD DE VIDA		
Rubro	Frecuencia	Porcentaje (%)
Mejor calidad de vida	69	57.5%
Peor calidad de vida	51	42.5%
Total	120	100 %



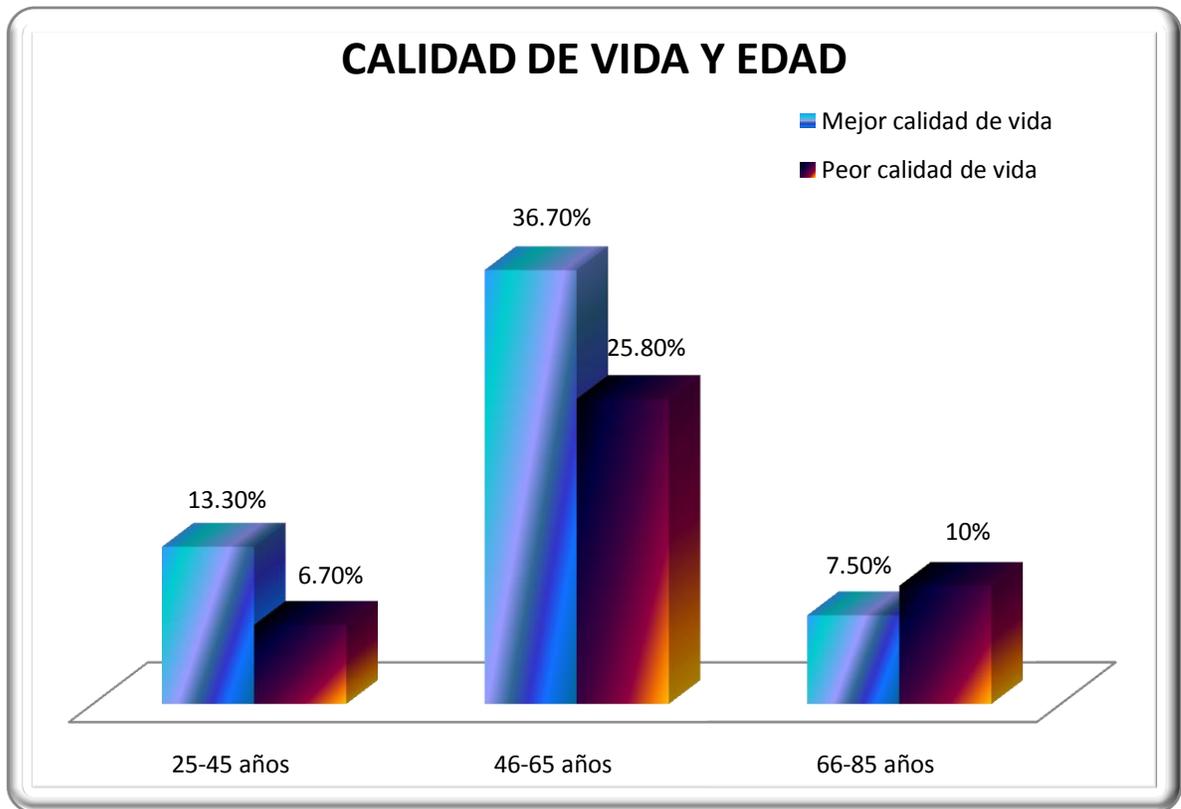
8. Cuadro y grafica 8

CALIDAD DE VIDA Y SEXO						
Sexo	Mejor calidad de vida		Peor calidad de vida		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
Femenino	55	45.8%	46	38.3%	101	84.2%
Masculino	14	11.7%	5	4.2%	19	15.8%
Total	69	57.5%	49	42.5%	120	100%



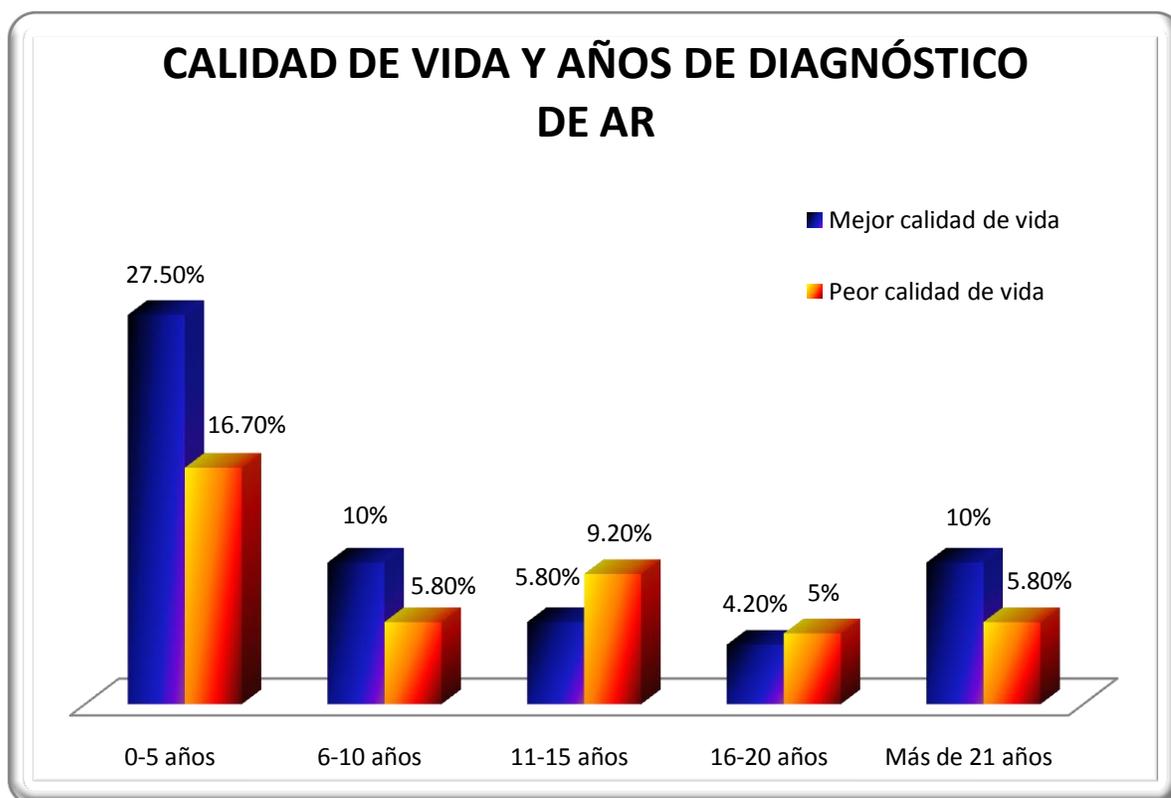
9. Cuadro y grafica 9

CALIDAD DE VIDA Y EDAD						
AÑOS	Mejor calidad de vida		Peor calidad de vida		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
25-45 años	16	13.3%	8	6.7%	24	20%
46-65 años	44	36.7%	31	25.8%	75	62.5%
66-85 años	9	7.5%	12	10%	21	17.5%
Total	69	57.5%	51	42.5%	120	100%



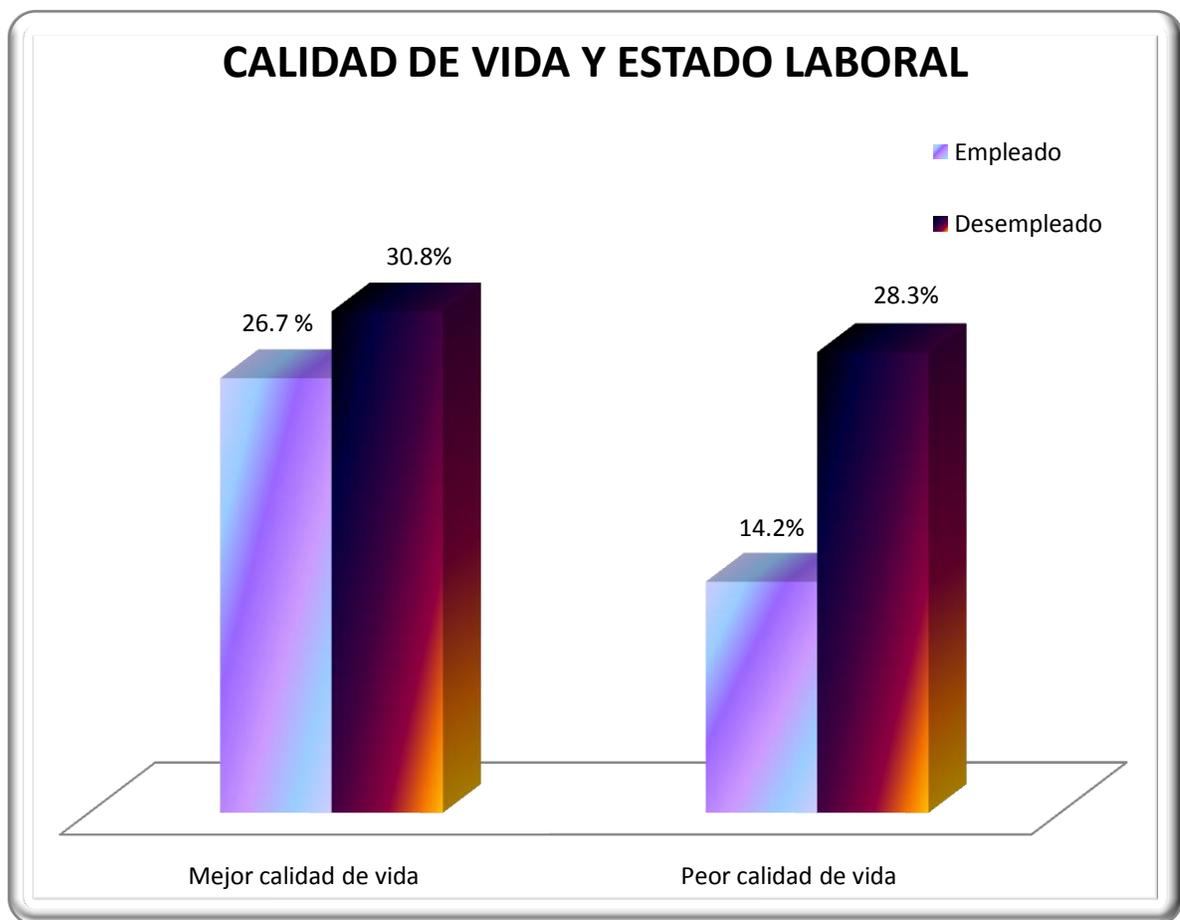
10. Cuadro y grafica 10

CALIDAD DE VIDA Y AÑOS DE DIAGNÓSTICO DE AR						
AÑOS DE DX	Mejor calidad de vida		Peor calidad de vida		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
0-5 años	33	27.5%	20	16.7%	53	44.2%
6-10 años	12	10%	7	5.8%	19	15.8%
11-15 años	7	5.8%	11	9.2%	18	15%
16-20 años	5	4.2%	6	5%	11	9.2%
Más de 21 años	12	10%	7	5.8%	19	15.8%
Total	69	57.5%	51	42.5%	120	100%



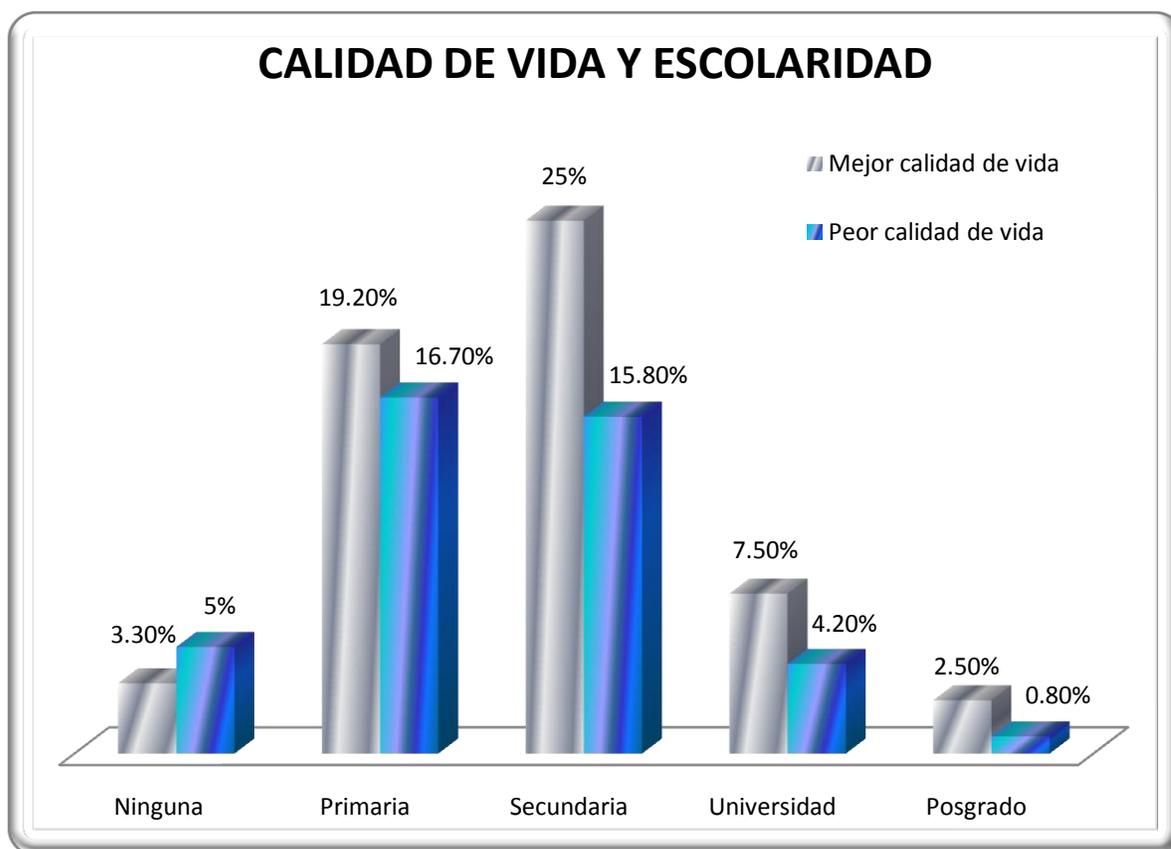
11. Cuadro y grafica 11

CALIDAD DE VIDA Y ESTADO LABORAL						
ESTADO LABORAL	Mejor calidad de vida		Peor calidad de vida		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
Empleado	32	26.7	17	14.2	49	40.9
Desempleado	37	30.8	34	28.3	71	59.1
Total	69	57.5	51	42.5	120	100



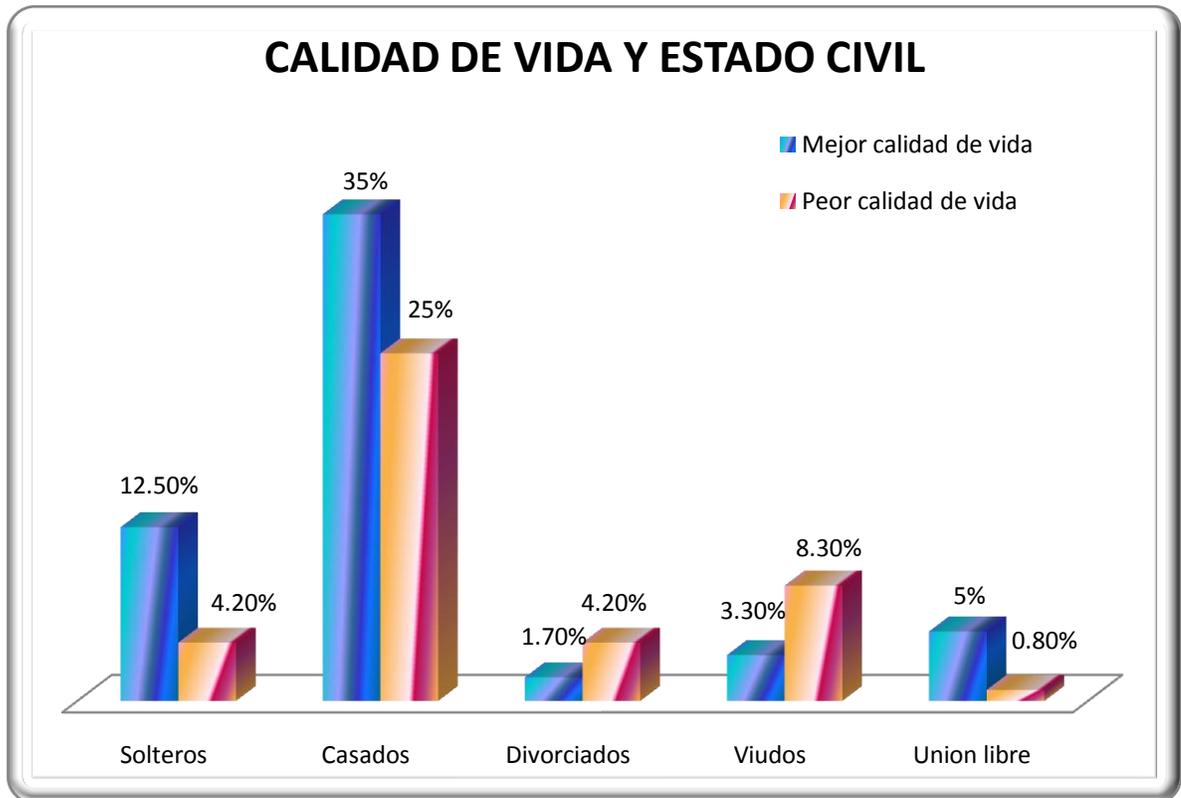
12. Cuadro y grafica 12

CALIDAD DE VIDA Y ESCOLARIDAD						
ESCOLARIDAD	Mejor calidad de vida		Peor calidad de vida		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
Ninguna	4	3.3	6	5	10	8.3
Primaria	23	19.2	20	16.7	43	35.9
Secundaria	30	25	19	15.8	59	40.8
Universidad	9	7.5	5	4.2	14	11.7
Posgrado	3	2.5	1	0.8	4	3.3
Total	69	57.5	51	42.5	120	100%



13. Cuadro y grafica 13

CALIDAD DE VIDA Y ESTADO CIVIL						
ESTADO CIVIL	Mejor calidad de vida		Peor calidad de vida		Total	
	Frecuencia	(%)	Frecuencia	%	Frecuencia	(%)
Solteros	15	12.5%	5	4.2%	20	16.7%
Casados	42	35%	30	25%	72	60%
Divorciados	2	1.7%	5	4.2%	7	5.8%
Viudos	4	3.3%	10	8.3%	14	11.7%
Union libre	6	5%	1	0.8%	7	5.8%
Total	69	57.5	51	42.5	120	100%



14. Cuadro y grafica 14

DISCUSION

Según Ballina y Rodríguez 2000, la Artritis Reumatoide Predomina en la mujer en una proporción de 3:1. Como se puede apreciar en nuestros resultados, se encontró un predominio del sexo femenino (84.2%) contra del sexo masculino (15.8%), por lo que es similar a la literatura que dice que es un padecimiento más frecuente en mujeres con una proporción 3:1. En este caso lo encontrado fue una proporción casi 4:1.

Este padecimiento puede presentarse a cualquier edad aunque su máxima incidencia se sitúa entre los 40 y 60 años (Anaya 2009). En el presente estudio se encontró una media de edad de 54.48 años. Ocupando el primer lugar el grupo etéreo de 46-65 años con un 62.5%, seguido del grupo de 25-45 años con 20% y por último el rango de 66-85 años con 17.5%. Acorde con la literatura.

Tobon et al 2004 hace referencia a la progresión de la enfermedad, que lleva a la destrucción articular, con consecuencias incapacitantes, lo que produce una reducción progresiva de la movilidad, además de manifestaciones extra articulares. Esta incapacidad creada por la artritis, se incrementa por lo general en los primeros años del diagnostico, para posteriormente volverse más lenta al final de la vida del paciente. Con respecto al rubro de calidad de vida y años de diagnostico lo encontrado en menos de 5 años de diagnostico fue el 27.5% con mejor calidad de vida y el 16.7% con peor calidad de vida, en lo que concierne a más de 21 años de diagnostico se observo mejor calidad de vida en el 10% y peor calidad de vida en el 5.8%. Por lo que existe una percepción de una mejor calidad de vida tanto en los primeros años como en los últimos años de diagnostico, lo cual no es acorde con la literatura, que hace referencia a una peor calidad de vida en estos rubros. Esto nos permite deducir que el tiempo de evolución de la enfermedad en los pacientes no es directamente proporcional al grado de discapacidad, tal vez estos resultados sean debido a que los pacientes del HGZ/UMF No 8 reciben una mejor atención médica, tanto en orientación de su enfermedad como un seguimiento adecuado en su tratamiento.

Ballina et al 2002, dice que la Artritis Reumatoide implica un cambio importante en la calidad de vida de las personas. Diversos estudios han demostrado que los pacientes que la sufren tienen peor calidad de vida en todas las dimensiones que la población general. En cuanto a este rubro se observo una mejor calidad de vida correspondiente al 57.5% contra una peor calidad de vida del 42.5%. Por lo que no se cumple con lo referido en la literatura, ya que encontramos una mejor calidad de vida en nuestra población.

La ocupación juega un rol importante en la vida del hombre influyendo en el estado de salud de cada persona. De Cellis y Col (2001) señala que existen 3 áreas ocupacionales que interactúan constantemente: actividades de la vida diaria, trabajo y tiempo libre; Concluyeron que las mujeres dedican más tiempo al descanso y en segundo lugar al área de trabajo, posiblemente a la necesidad de reposo más que por elección. Ellos enfatizaron que no sólo es importante la cantidad de tiempo dedicada a estas actividades, sino la forma en que las mismas son efectuadas, y que su realización inadecuada tiende a aumentar el dolor, la fatiga, la inflamación y la deformidad articular, lo que condiciona una peor calidad de vida. Lo encontrado en nuestro estudio en cuanto al estado laboral

fue un predominio de pacientes desempleados en los que se incluyen pensionados o jubilados con un 59.2% contra un 40.8% de empleados, de estos pacientes se observo una mejor calidad de vida en pacientes desempleados con el 30.8 %, contra un 26.7% en pacientes empleados. Lo que nos indica que el hecho del estado laboral si influye en la calidad de vida, siendo esta mejor al no tener que realizar actividades que aumenten el dolor, la fatiga, la inflamación y la deformidad articular.

El nivel educativo que presenta cada paciente es esencial para el manejo y tratamiento de la enfermedad. Un estudio realizado por Werner y col (2006) plantearon que un adecuado conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, permite un cambio en la conducta de este respecto de su enfermedad, cooperación y adherencia a tratamientos. Leigh JP y Fires también encuentran que el nivel de instrucción juega un papel importante en el pronóstico del desarrollo de discapacidad en el paciente con AR de acuerdo a los resultados obtenidos en su estudio multicentrico realizado con 2006 pacientes. Así como Callahan LF y Pincus T. descubrieron que el nivel de escolaridad se asocia con la severidad de la enfermedad. En cuanto al nivel de instrucción en este estudio encontramos un predominio de escolaridad secundaria con 40.5%. En este rubro observamos el porcentaje más alto con mejor calidad de vida, correspondiente al 25%. Con estos resultados se corrobora que el tener un nivel de instrucción mínimo de secundaria se percibe una mejor calidad de vida, ya que este nivel permite un entendimiento acerca de su enfermedad así como de su tratamiento.

CONCLUSIONES

Se evaluó el impacto en la calidad de vida de los pacientes portadores de Artritis Reumatoide, en el se encontró que existe una mejor calidad de vida en el 57.5% de los casos.

Con los resultados obtenidos se pudo comprobar la hipótesis nula, concluyéndose que los pacientes portadores de AR del HGZ/UMF No 8 tienen una mejor calidad de vida de la esperada en base a algunos autores.

Se encontró que la AR es más frecuente en el sexo femenino en un 84.2%, con una proporción de 4:1 con respecto al sexo masculino. El grupo etéreo principalmente afectado se ubica entre los 46 y 65 años en un 62.5%, el 60% eran casados, con un nivel escolar predominante de secundaria equivalente al 40.8% y la mayoría ellos desempleados en un 59.2%.

Pudimos observar que los pacientes con diagnostico menor a 5 años presentaron una mejor calidad de vida equivalente a un 27.5%, aunque también en este rubro se encontró la frecuencia más alta de peor calidad de vida con un 16.7%; esto puede explicarse porque fue el rango de edad con mayor frecuencia. Este resultado pudiera deberse a que al inicio del diagnostico de la enfermedad no presentan deformidad de las manos así como la discapacidad es menor, he de ahí la importancia de un diagnostico temprano y un tratamiento oportuno.

Se identifico en el sexo femenino una mejor calidad de vida correspondiente al 45.8%, pero también se observo una peor calidad de vida en un alto porcentaje equivalente al 38.3% en este rubro. Esto pudiera explicarse ya que al tratarse de una enfermedad más común en el sexo femenino su frecuencia es más alta.

Con respecto a los pacientes casados, predomino una mejor calidad de vida equivalente al 35%, contra una peor calidad de vida en un 25%, esto se podría explicar ya que la calidad de vida está dada por una serie de dimensiones (psicológica y social) en donde el individuo siente la necesidad de un apoyo de su entorno, en particular familiar y el hecho de estar con una persona que los apoye, pudiera brindarles bienestar, felicidad o satisfacción por lo que se traduce en una percepción favorable.

Se puede concluir que la percepción de la mayoría de los pacientes sobre su calidad de vida fue buena, catalogándola como mejor calidad de vida; sin embargo los resultados obtenidos en este estudio no pueden ser aplicados al resto de la población ya que solo se aplico en una sede Hospitalaria, en un tiempo breve y a pacientes que recibieron la misma atención de un solo médico reumatólogo, por lo que esta percepción podría estar influida por el tipo de atención recibida, la orientación hacia su enfermedad y el manejo farmacológico a cada paciente, haciendo con esto una diferencia entre los pacientes de otros hospitales.

Sería interesante realizar un estudio multicentrico en donde se incluyan a varias sedes Hospitalarias que cuenten con servicio de Reumatología y se haga un estudio comparativo.

Es importante señalar que la orientación acerca de su enfermedad y tratamiento por parte del médico tratante pueden mejorar su pronóstico de discapacidad y por ende su calidad de vida, así también el apoyo emocional que le pueda brindar su familia o conyugue, para así favorecer su estado de salud.

Como recomendación se puede Incentivar al personal médico ya sea reumatólogo o médico familiar que labora a proporcionar información adecuada al paciente con respecto a su enfermedad, ya que al tener conocimiento de la misma pueden comprenderla y aceptarla, llevando un adecuado apego a tratamiento y por consiguiente mejorar su calidad de vida.

Tomar en cuenta la importancia de las variables sociodemograficas como estado civil, nivel socioeconómico, nivel de estudios, etc. Como predictores subjetivos fundamentales del estado de salud en pacientes con AR y por ende de una percepción buena de su calidad de vida.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Isselbacher K.J. Braunwald E, Wilson J. Harrison, Principios de Medicina Interna, Mc Graw Hill. 15ª edición, Vol. II: 2255-2264.
- 2) Anaya J. M. Genes y Artritis Reumatoide. Revista Colombiana de Reumatología 2009; 6: 240-250.
- 3) Robbins, Cotran. Patología estructural y Funcional. Elsevier. Mexico. Séptima Edición; 26:1309-1317.
- 4) Leight J. Frics J. Parkh N. Severity of disability in the rheumatology arthritis. Journal of Rheumatology, 19: 1906-1911.
- 5) Farreras, Rozman. Medicina Interna. Elsevier. Madrid. Decimosexta edición; 1, 7: 1009-1016.
- 6) Gómez A. Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide. Reumatología clínica, Elsever 2011;292:1-5.
- 7) Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham 3rd CO, et al. 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Ann Rheum Dis. 2010;69:1580–8. 2.
- 8) Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham 3rd CO, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Arthritis Rheum. 2010;62:2569–81.
- 9) Combe B, Landewe R, Lukas C, Bolosiu HD, Breedveld F, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of atask force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). Ann Rheum Dis. 2007;66:34–45.
- 10) Van der Heide A, Jacobs JWJ, Bijlsma JWJ. The effectiveness of early treatment with second line anthreumatic drugs. Ann Intern Med. 1996; 124: 699-707.
- 11) American College of Rheumatology Ad Hoc. Committee on Clinical Guideline. Guideline for monitoring drug therapy in rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 1996;39(5)723-3.
- 12) Williams H. Wilkens RF, Samuelson CO Jr. Comparison of low-dose oral pulse methotrexete and placebo in the treatment of Rheumatoid Arthritis: A controlled clinical trial. Arthritis Rheum. 1985;28: 721-730.

- 13) Wolfe F, Hawley D, Cathey MA. Termination of slow acting anti rheumatic drugs in RA: a 14 years prospective evaluation of 1017 starts. *J Rheumatol* 1990;17:994-1002.
- 14) American College of Rheumatology. Guidelines of Rheumatoid Arthritis 2002 Update. *Arthritis Rheum.* 2002; 46: 328-346.
- 15) Williams RO, Feldmann M, Maini RN, Anti-tumor necrosis factor ameliorates Joint disease in murine collagen-induced arthritis. *Proc Natl Acad Sci USA.* 1992;89:97-85
- 16) Lopez B., Rincon H, Castellanos J, Gonzalez H. El perfil de minusvalía como la medida de calidad en pacientes reumáticos. *Revista colombiana de Reumatología* 1993;1:91.
- 17) Cadena J, Cadavid M, Ocampo M, Velez MC, Anaya JM. Depresion y familia en pacientes con AR. *Revista colombiana de Reumatología* 2002;9:184-191.
- 18) Vander Cruyssen B, Van Looly S, Wyns B, Westhovens R, Durez P, Van den Bosch F, et al. Four-year follow-up of infliximab therapy in rheumatoid arthritis patients with long-standing refractory disease: attrition and long-term evolution of disease activity. *Arthritis Res Ther.* 2006;8: R112.
- 19) Bogner, G. (2005). The concept of quality of life. *Social and Practice*,31, 561-580.
- 20) Hunt SM. The problem of quality of life. *Qual Life Res.* 1997;6:205-12.
- 21) Wood-Dauphinee S. Assessing quality of life in clinical research: from where have we come and where are we going? *J Clin Epidemiol* 1999;52:355-63.
- 22) Guyatt GH, Van Zanten SJOV, Feeney DH, Patrick DL. Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review. *Can Med Assoc J* 1989;140:1441-8
- 23) Fitzpatrick, R. The measurement of health status and quality of life in rheumatological disorders. *Belliere Clinical Rheumatology*, 7:297-317.
- 24) Abello-Banfi, M, Cardiel, M.H., Ruiz-Mercado, R. y Alarcon, D. (1994). Quality of life in rheumatoid arthritis. *Journal of Rheumatology*, 21:1250-1255.
- 25) Arreguín R, López O. , Álvarez Hernández, Medrano Ramírez, Montes Castillo b y Vázquez-Mellado. Evaluación de la función de la mano en las enfermedades reumáticas. Validación y utilidad de los cuestionarios AUSCAN, m-SACRAH, DASH y Cochin en Español. *Reumatología clínica.* Elsevier 2012;8(5):250–254
- 26) María Teresa Hervás, María José Navarro Colladoa, Salvador Peiró b, José Luis Rodrigo Pérez, Pedro López Matéua e Isabel Martínez Tello. Versión española del cuestionario DASH. Adaptación transcultural, fiabilidad, validez y sensibilidad a los cambios, *Med Clin (Barc).* 2006;127(12):441-7

- 27) Rosales RS, Delgado EB, Díez de la Lastra-Bosch I. Evaluation of the Spanish Version of the DASH and Carpal Tunnel Syndrome Health-Related Quality of life Instruments: cross-cultural adaptation process and reliability, *J Hand Surg (Am)*. 2002;27:334-43.

ANEXOS

CRITERIOS DE CLASIFICACION DE LA AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY (ACR) PARA LA AR (1985)

1. Rigidez matutina. Rigidez matutina en y alrededor de las articulaciones de al menos una hora de duración antes de su mejoría máxima.
2. Artritis de 3 o más áreas articulares. Al menos 3 de ellas tienen que presentar simultáneamente hinchazón de tejidos blandos o líquido sinovial (no sólo crecimiento óseo) observados por un médico, las 14 posibles áreas son las interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF), muñecas, codos, rodillas, tobillos y metatarsofalángicas (MTF).
3. Artritis de las articulaciones de las manos. Manifestada por hinchazón en al menos una de las siguientes áreas: muñeca, metacarpofalángicas (MCF) o interfalángicas proximales IFP).
4. Artritis sistémica: Compromiso simultáneo de las mismas áreas articulares (como se exige en 2) en ambos lados del cuerpo (se acepta la afección bilateral de interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF) o metatarsofalángicas (MTF) aunque la simetría no sea absoluta.
5. Nódulos reumatoideos. Nódulos subcutáneos, sobre prominencias óseas o en superficies extensoras o en regiones yuxtaarticulares, observados por un médico.
6. Factor reumatoide sérico: Demostración de "Factor Reumatoide" sérico positivo por cualquier método.
7. Alteraciones Radiográficas: Alteraciones típicas de AR en las radiografías PA de las manos y de las muñecas, que pueden incluir erosiones o descalcificación ósea indiscutible localizada o más intensa junto a las articulaciones afectas (la presencia única de alteraciones artrósicas no sirve como criterio).

Un paciente tiene AR si presenta al menos 4 de los 7 criterios mencionados.

Los criterios del 1 al 4 deben estar presentes por al menos 6 semanas.

Los pacientes con 2 criterios no deben ser excluidos.

NUEVOS CRITERIOS ACR/EULAR PARA AR (2010)

<i>Afectación articular</i>	Puntuación
1 articulación grande	0
2-10 articulaciones grandes	1
1-3 articulaciones pequeñas (con o sin afectación de articulaciones grandes)	2
4-10 articulaciones pequeñas (con o sin afectación de articulaciones grandes)	3
Más de 10 articulaciones (al menos una articulación pequeña)	5
<i>Serología</i>	
(Se necesita al menos 1 resultado para la clasificación)	
FR negativo y anti-CCP negativo	0
FR positivo-bajo o Anti-CCP positivo-bajo	2
FR positivo-alto o Anti-CCP positivo-alto	3
<i>Reactantes de la fase aguda</i>	
(Se necesita al menos 1 resultado para la clasificación)	
PCR normal y VSG normal	0
PCR anormal o VSG anormal	1
<i>Duración de los síntomas</i>	
Menor a 6 semanas	0
Mayor o igual a 6 semanas	1

La población objetivo son los pacientes que:

1. Tengan al menos una articulación con sinovitis clínicamente definida (inflamación)
2. Con sinovitis que no se explique mejor por otra enfermedad.

Se necesita una puntuación de 6 o más para clasificar a un paciente como persona con AR definida.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLÍTICAS DE SALUD
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO
(ADULTOS)

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	"IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE DEL HGZ/UMF No8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO EN BASE AL CUESTIONARIO DASH."						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	México D.F. a Enero de 2013						
Número de registro:	En tramite						
Justificación y objetivo del estudio:	La justificación del estudio es que la Artritis Reumatoide afecta del 0.5 a 1% de la población mundial, afecta de forma simétrica las articulaciones interfalángicas proximales, metacarpofalángicas y muñecas; en un 25% de los pacientes, la afección de las manos se presenta de manera inicial; la rigidez, debilidad, dolor e inflamación matutina son frecuentes y prácticamente el 100% tienen afección a este nivel. Por lo que este padecimiento provoca limitación funcional de la mano, que es el principal instrumento de trabajo del ser humano y repercute en las actividades de la vida diaria del paciente afectando su calidad de vida. El objetivo de este estudio es Determinar el impacto en la calidad de vida en pacientes con Diagnostico de Artritis Reumatoide del HGZ/UMF No 8 mediante el cuestionario DASH.						
Procedimientos:	Se realizara una entrevista individual a los pacientes portadores de Artritis reumatoide que acudan a consulta ext						
Posibles riesgos y molestias:	El presente estudio es descriptivo por lo que no existen riesgos						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer el impacto en la calidad de vida debido a su enfermedad						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto solo se informara solo en caso de datos relevantes.						
Participación o retiro:	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.						
Privacidad y confidencialidad:	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.						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>No autoriza que se tome la muestra.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	_____						
Beneficios al término del estudio:	_____						
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dr. Gilberto Espinoza Anrubio						
Colaboradores:	Dr. Eduardo Vilchis Chaparro, Dr. Ricardo Alexis Solórzano Acosta						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx							

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio

Clave: 2810-009-013

ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
HGZ / UMF 8
CUESTIONARIO DASHe

NOMBRE: _____

EDAD: _____

SEXO: 1 () MASCULINO 2 () FEMENINO

ESTADO LABORAL ACTUAL: 1 () EMPLEADO 2 () DESEMPLEADO

OCUPACION: _____

ESCOLARIDAD: 1 () NINGUNA 2 () PRIMARIA 3 () SECUNDARIA 4 ()
UNIVERSIDAD 5 () POSGRADO

ESTADO CIVIL: 1 () SOLTERO 2 () CASADO 3 () DIVORCIADO 4 () VIUDO 5 ()
UNIÓN LIBRE

RELIGIÓN: 1 () CATÓLICA 2 () CRISTIANA 3 () OTRA: **CUAL** _____

VIVE SOLO: SI () NO ()

ANTECEDENTES FAMILIARES DE ARTRITIS REUMATOIDE: SI () NO ()

FECHA DE DIAGNOSTICO DE LA ENFERMEDAD: _____

FARMACOS QUE UTILIZA PARA EL TRATAMIENTO: _____

CUESTIONARIO DASH

Este cuestionario contiene preguntas acerca de sus síntomas y de su capacidad para llevar a cabo ciertas actividades de la vida diaria.

Por favor **CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS** haciendo un **CIRCULO** alrededor del número que mejor describe su condición **DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA**.

Conteste sin importar con que mano o brazo lo hizo, ni como lo hizo.

¿DURANTE LA ÚLTIMA SEMANA USTED PUDO.....?	Sin dificultad	Dificultad leve	Dificultad moderada	Dificultad severa	Incapaz
1. Abrir un bote apretado o nuevo	1	2	3	4	5
2. Escribir	1	2	3	4	5
3. Girar una llave	1	2	3	4	5
4. Preparar una comida	1	2	3	4	5
5. Empujar una puerta pesada para abrirla	1	2	3	4	5
6. Colocar un objeto en un estante por encima de la cabeza	1	2	3	4	5
7. Realizar tareas domésticas pesadas	1	2	3	4	5
8. Cuidar plantas en el jardín o la terraza	1	2	3	4	5
9. Hacer una cama	1	2	3	4	5
10. Llevar una bolsa de la compra o una cartera	1	2	3	4	5
11. Llevar un objeto pesado	1	2	3	4	5
12. Cambiar una bombilla que esté por encima de la cabeza	1	2	3	4	5
13. Lavarse o secarse el pelo	1	2	3	4	5
14. Lavarse la espalda	1	2	3	4	5
15. Ponerse un jersey	1	2	3	4	5
16. Usar un cuchillo para cortar alimentos	1	2	3	4	5
17. Actividades recreativas que requieren poco esfuerzo (ej. Jugar a las cartas, hacer punto)	1	2	3	4	5
18. Actividades recreativas en las que realice alguna fuerza o se soporte algún impacto en el brazo, el hombro o la mano (ej. Jugar golf, tenis, dar martillazos)	1	2	3	4	5
19. Actividades recreativas en las que mueva libremente el brazo, el hombro o la mano (ej. Jugar ping-pong, lanzar una pelota)	1	2	3	4	5
20. Posibilidad de utilizar transportes (ir de un sitio a otro)	1	2	3	4	5
21. Actividades sexuales	1	2	3	4	5
22. Durante la semana pasada ¿En qué medida el problema de su brazo, hombro o mano, interfirió en sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?	Nada 1	Ligeramente 2	Moderadamente 3	Mucho 4	Extremadamente 5
23. Durante la semana pasada ¿El problema de su brazo, hombro o mano, LIMITÓ sus actividades laborales u otras actividades de la vida diaria?	Nada limitado 1	Ligeramente Limitado 2	Moderadamente limitado 3	Muy limitado 4	Incapaz 5
Valore la GRAVEDAD de los siguientes síntomas durante la semana pasada (marque con un CIRCULO)	Nula	Leve	Moderada	Severa	Extrema
24. Dolor en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
25. Dolor en el brazo, hombro o mano cuando realiza una actividad concreta.	1	2	3	4	5
26. Sensación punzante u hormigueo en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
27. Debilidad en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
28. Rigidez en el brazo, hombro o mano	1	2	3	4	5
29. Durante la semana pasada ¿Cuánta dificultad tubo para dormir a causa del dolor en el brazo, hombro o mano?	Ninguna dificultad 1	Dificultad leve 2	Dificultad moderada 3	Dificultad severa 4	Tanta dificultad que no pude dormir 5
30. Me siento menos capaz, con menos confianza y menos útil, a causa del problema en el brazo, hombro o mano:	Totalmente en desacuerdo 1	En desacuerdo 2	Ni de acuerdo Ni en desacuerdo 3	De acuerdo 4	Totalmente de acuerdo 5



CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO
DELEGACIÓN No. 3 SUROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8
EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA.

TÍTULO DEL PROYECTO:

**“IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE DEL
HGZ/UMF No 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO EN BASE AL CUESTIONARIO DASH”**

2012-2014

ETAPAS DEL PROTOCOLO / MES	MAR 2012	ABR 2012	MAY 2012	JUN 2012	JUL 2012	AGO 2012	SEP 2012	OCT 2012	NOV 2012	DIC 2012	ENE 2013	FEB 2014
ELECCION DEL TEMA	X											
MARCO TEORICO	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
JUSTIFICACION	X											
OBJETIVOS	X											
HIPOTESIS	X											
MATERIALES Y METODOS		X										
VARIABLES		X										
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION		X										
METODO DE RECOLECCION		X										
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS		X										
PROCEDIMIENTOS ESTADISTICOS		X										
CRONOGRAMAS		X										
RECURSOS HUMANOS		X										
MATERIALES FISICOS Y FINANCIAMIENTO		X										
CONSIDERACIONES ETICAS		X										
BIBLIOGRAFIA		X										
ETAPA EJECUCION PROYECTO		X										
RECOLECCION DE DATOS		X	X	X	X	X						
ALMACENAMIENTO DE DATOS							X					
ANALISIS DE DATOS							X					
DESCRIPCION DE DATOS							X					
DISCUSION DE DATOS							X					
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO							X	X				
INTEGRACION Y REVISION FINAL									X			
REPORTE FINAL										X		
AUTORIZACIONES										X		
IMPRESIÓN DEL TRABAJO											X	
PUBLICACION												X