



# **UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

## **FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 20**

**“FUNCIÓN FÍSICA, ACTIVIDAD INFLAMATORIA Y GRADO DE DOLOR  
EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DESPUÉS DE UNA  
ESTRATEGIA EDUCATIVA”.**

**TESIS**

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**DRA. LORENA NOHEMÍ GUDIÑO MIRANDA**

**TUTORA:**

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA**

**ASESORAS CLÍNICAS:**

**DRA. MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ QUIROZ**

**LIC. WENDY ROSEY PORTILLO**

**GENERACIÓN 2012-2015**

**MÉXICO D.F. 2014**





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.

Dormí y soñé que la vida era alegría; desperté y vi que la vida era servicio. Serví y descubrí que en el servicio se encuentra la alegría.

**Rabindranath Tagore**

Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa.

**Mahatma Gandhi**

## **TUTORA**

---

**DRA. MARÍA DEL CARMEN AGUIRRE GARCÍA  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
MAESTRA EN TERAPIA FAMILIAR  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
UMF No. 20**

**ASESORA CLÍNICA**

---

DRA. MARÍA DEL CARMEN HERNÁNDEZ QUIROZ  
MÉDICO REUMATÓLOGO DEL CENTRO MÉDICO NACIONAL LA RAZA

**ASESORA CLÍNICA**

---

LIC.WENDY ROSEY PORTILLO  
LICENCIADA EN TERAPIA OCUPACIONAL  
COORDINADORA DE CURSOS TÉCNICOS DE TERAPIA OCUPACIONAL

**Vo. Bo.**

---

DRA. SANTA VEGA MENDOZA  
MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
MAESTRA EN CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN  
PROFESORA ADJUNTA DEL CURSO DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR  
UMF No. 20

**Vo. Bo.**

---

DR. MÁXIMO ALEJANDRO GARCÍA FLORES  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN  
UMF No.20

## DEDICATORIA

Dedico este trabajo principalmente a Mi Padre Celestial, por haberme dado la vida y permitirme el haber llegado hasta este momento tan importante de mi formación profesional.

A Mi alma y corazón completo mi madre, por ser el pilar más importante, la mejor médico familiar y por demostrarme siempre su amor y apoyo incondicional. Dándome un ejemplo digno de superación ,nobleza y entrega,TE AMO.

A mi Abuelita Judith, a quien quiero como a una madre, por compartir momentos significativos conmigo y por siempre estar dispuesta a escucharme y ayudarme en cualquier momento.

A mis tíos Rosalía, Lorena, Araceli, José Luis y Antonio por estar siempre presentes, acompañándome en todo momento. Gracias por haber fomentado en mí el deseo de superación y el anhelo de triunfo en la vida.

A Auhi, porque te amo infinitamente hermanito, siendo el ejemplo más grande en mi vida.

A mis hermanos Shantale, Belém, Meztli, Ronnie y Tabata porque creyeron en mí , Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor.

A mis sobrinos Alfredo y Miguel, por la bendición de estar a mi lado y hacerme feliz.

A mi Abuelito Ignacio, que aunque ya hace varios años está junto a MPC, sé que se sentiría muy orgulloso de mí.

A toda mi familia no bastarían para agradecerles su apoyo, su comprensión y sus consejos en los momentos difíciles, porque en gran parte gracias a ustedes, hoy puedo ver alcanzada mi meta, ya que siempre estuvieron impulsándome en los momentos más difíciles de mi especialidad, y porque el orgullo que sienten por mí, fue lo que me hizo ir hasta el final. Va por ustedes, por lo que valen, porque admiro su fortaleza y por lo que han hecho de mí, LOS AMO MI FAMILIA ETERNA.

## AGRADECIMIENTOS

Doy gracias a quienes siempre me apoyaron en este camino:

- ❖ Dra. Carmen Aguirre, Dra. Carmen Hernández por sus conocimientos ,dedicación, comprensión, motivación y gran apoyo para la elaboración y culminación de esta tesis. Dra. Santa Vega por su apoyo ofrecido en este trabajo, siendo una combinación de saberes y disposiciones; Dr. Máximo García por su tiempo compartido y por impulsar el desarrollo de mi formación como especialista, Dr.Humberto Pedraza quien me enseñó cuál es el sentido de la labor.

Doctores gracias por el rigor, la inspiración , el ejemplo intelectual, la guía espiritual y la comprensión en todas las esperas de la vida,por apoyarme cuando lo necesite y marcar esta etapa en mi camino, para así poder llamarme con orgullo, MÉDICO FAMILIAR.

- ❖ A mis amigos de la residencia

Con los que compartí momentos muy especiales y a los que nunca podría olvidar, llevándolos a cada uno en mi corazón:

Elías, Susana, Isabel, Alejandro, Diana, Verónica. Pero en especial a dos grandes personas y ahora amigas Sayuri y Faby a los cuales agradezco por todo su apoyo, cariño y desvelos.

- ❖ A mis amigos.

Que nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional y ahora como especialistas ,compartiendo momentos tristes, alegres y enojos y que hasta ahora seguimos siendo amigos: Rosario(Charo), Jesús (Chucho), Umaña. Los quiero.

- ❖ A Eve, Gracias por tu cariño y platicas interminables.

# ÍNDICE

## PÁGINA

RESUMEN

INTRODUCCIÓN .....	1
MARCO TEÓRICO .....	3
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	11
HIPÓTESIS .....	12
OBJETIVOS .....	13
MATERIAL Y MÉTODOS .....	14
RESULTADOS .....	20
DISCUSIÓN .....	24
CONCLUSIONES .....	29
RECOMENDACIONES .....	30
BIBLIOGRAFÍA .....	31
ANEXOS .....	35

**FUNCIÓN FÍSICA, ACTIVIDAD  
INFLAMATORIA Y GRADO DE DOLOR  
EN PACIENTES CON ARTRITIS  
REUMATOIDE DESPUÉS DE UNA  
ESTRATEGIA EDUCATIVA.**

## **FUNCIÓN FÍSICA, ACTIVIDAD INFLAMATORIA Y GRADO DE DOLOR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DESPUÉS DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA.**

**GUDIÑO MIRANDA LORENA NOHEMÍ**<sup>1</sup>. AGUIRRE GARCÍA MARÍA DEL CARMEN<sup>2</sup>.  
HERNÁNDEZ QUIROZ MARÍA DEL CARMEN<sup>3</sup>. ROSEY PORTILLO WENDY<sup>4</sup>.

1. Médica Residente UMF 20 2- Profa. titular UMF 20 3. Médica Reumatóloga CMNR 4. Licenciada en Terapia Ocupacional UMFR Región centro.

La educación del paciente ha sido definida como un grupo de actividades diseñadas y planeadas para favorecer la adopción de conductas y conocimientos que conduzcan al bienestar biopsicosocial.

**Objetivo:** Determinar función física, actividad inflamatoria y grado de dolor después de una intervención educativa en pacientes con AR. **Material y métodos:** Estudio cuasiexperimental con pre/post a un grupo natural (n=12) de pacientes con AR de la UMF No. 20. Previo consentimiento informado se aplicó: EVA, DAS 28, HAQ DI. La intervención educativa fue de 2 sesiones (3 horas de duración) abordando el significado de su enfermedad, uso adecuado de medicamentos, apoyo psicológico, orientación en rehabilitación. Se realizó análisis estadístico con pruebas no paramétricas de grupos relacionados utilizando la prueba T de Wilcoxon. **Resultados:** 25% masculinos (n=3), 75% femenino (n=9). Media de edad 51.25±9.488. Función física: mediana de 29,5 pre/16 post, p de 0,005. Magnitud del dolor articular: mediana de 7 pre/post 5, mediante EVA, P no significativa de 0,064. Actividad de la AR: mediana de 6,32 pre/4.63 post, p de 0,006. **Conclusiones:** La educación del paciente mediante estrategias educativas modifica la función física y actividad inflamatoria obteniendo un mejor control de la enfermedad.

**Palabras clave:** Artritis Reumatoide, Actividad Inflamatoria, Estrategia Educativa, Calidad de Vida.

## PHYSICAL FUNCTION, INFLAMMATORY ACTIVITY, AND LEVEL OF PAIN IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AFTER AN EDUCATIONAL STRATEGY.

**GUDIÑO NOHEMÍ LORENA MIRANDA**<sup>1</sup>. AGUIRRE GARCÍA MARÍA DEL CARMEN<sup>2</sup>. HERNÁNDEZ QUIROZ MARÍA DEL CARMEN<sup>3</sup>. ROSEY PORTILLO WENDY<sup>4</sup>.

1. UMF 20 Medical Resident
- 2- Prof. holder UMF 20
3. Medical Rheumatologist CMNR
4. Bachelor of Occupational Therapy center UMFR Region.

Patient education has been defined as a group of planned activities designed to promote the adoption of behaviors and knowledge leading to the bio psychosocial well-being.

**Objective:** To determine physical function, inflammatory activity and degree of pain after an educational intervention in patients with RA. **Material and methods:** Quasi-experimental study with pre / post to a natural group (n = 12) of patients with RA of UMF No. 20 Prior informed consent was applied: EVA, DAS 28, HAQ DI. The educational intervention was 2 sessions (of 3 hours) addressing the meaning of their illness, proper use of medications, counseling, rehabilitation guidance. Statistical analysis was performed with nonparametric tests related groups using the Wilcoxon T test. **Results:** 25% male (n = 3), 75% female (n = 9). Mean age  $51.25 \pm 9.488$ . **Physical function:** median 29.5 pre/16 post, p 0.005. **Magnitude of joint pain:** median of 7 pre / post 5, using EVA, non-significant P 0.064. **RA activity:** median 6.32 pre/4.63 post, p 0.006. **Conclusions:** Patient education through educational strategies modifies physical function and inflammatory activity earning a better control of the disease.

Keywords: Rheumatoid Arthritis, Inflammatory Activity, Education Strategy, Quality of Life.

## INTRODUCCIÓN

El no realizar un diagnóstico temprano y oportuno para la AR tiene consecuencias perjudiciales tanto físicas, psicológicas como económicas por los altos costos generados, todo esto reflejado en el individuo. Algunos pacientes no reciben la orientación apropiada respecto al cuidado de su enfermedad dando como resultado entre otros la falta de apego al tratamiento y con ello una menor calidad de vida (1,2,3).

El pronóstico para el paciente con artritis reumatoide recién diagnosticada ha cambiado drásticamente en las últimas dos décadas. Si un paciente es diagnosticado y tratado tempranamente por un reumatólogo con el objetivo de la remisión o baja actividad de la enfermedad, la mitad de los pacientes pueden esperar lograr la remisión al tomar su fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (4, 2).

Existe fuerte evidencia de que el diagnóstico temprano, un adecuado manejo y diversas estrategias educativas alteran la historia natural de la artritis reumatoide (4, 2).

Si queremos mejorar la salud física y mental para conseguir una mejor calidad de vida, debemos ofrecer alternativas de tratamiento a los pacientes con AR activa que incluyan una adecuada orientación para el cuidado (1) y esta es la justificación para realizar el presente estudio.

El propósito de la educación es informar y motivar a la población a adoptar y mantener prácticas y estilos de vida saludables, además de propiciar cambios ambientales, dirigir la formación de recursos humanos y la investigación de su propio campo. Efectuando un razonamiento acerca de los estilos de vida saludables mediante la educación de grupos para reconocer desventajas y aciertos.

Los programas educativos se definen con frecuencia como intervenciones complejas en las que a menudo es difícil definir el “ingrediente activo”. El hecho de que un programa demuestre ser efectivo puede deberse a cualquier modelo teórico de combinación, en el que se utilicen las habilidades del educador, el lugar de reunión, la relación de comunicación de los participantes y demás elementos.

Es necesario desarrollar estrategias educativas que expliquen en qué consiste la AR y sus complicaciones a corto, mediano y largo plazo, con el propósito de incorporar la educación como parte de la prevención, tratamiento y control de esta enfermedad (5).

Si queremos mejorar la salud física y mental mediante una adecuada estrategia educativa buscando conseguir una mejor calidad de vida, debemos ofrecer alternativas de tratamiento a los pacientes con Artritis Reumatoide activa que incluyan una adecuada orientación para el cuidado y esta es la justificación para realizar el presente estudio.

## MARCO TEÓRICO

La historia de la Artritis Reumatoide (AR) es tan antigua como la humanidad. La primera descripción científica de la AR data de 1800 por el médico francés Landré-Beauvais(6).

La AR es una enfermedad inflamatoria crónica que afecta predominantemente a las articulaciones sinoviales, de evolución generalmente progresiva y de etiología desconocida. Afecta del 1 al 2% de la población general, se presenta más frecuentemente entre las mujeres que entre los hombres con una relación de 3:1. El inicio del padecimiento presenta una incidencia máxima entre los 25 y los 45 años, aunque puede comenzar a cualquier edad (7, 8, 9,10).

Aunque la etiología permanece sin conocerse, existen cada vez más pruebas en favor de factores inmunológicos. Diferentes estudios sobre el complejo mayor de histocompatibilidad han documentado una frecuencia significativamente superior al de la población general del haplotipo-DR4 o DR1 (10, 11,12).

Desde el punto de vista serológico, 80% de los pacientes tienen factor reumatoide clásico (IgM anti-IgG), grupo que representa la denominada artritis reumatoide seropositiva, el restante 20%, que carece de dicho marcador, constituye la artritis reumatoide seronegativa (6).

La AR implica un cambio importante en la calidad de vida de las personas (13,14).

Debemos aclarar que no existe una definición acertada de calidad de vida, distintos autores utilizan diferentes definiciones, Definiendo calidad de vida como un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona .Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos de la intimidad, la expresión emocional, la seguridad, la productividad personal y la salud. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad. (15).

Si bien el tema de la calidad de vida o de la “buena vida” está presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles), la instalación del concepto dentro del campo de la

salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90, que se mantiene en estos primeros años del siglo XXI (16).

Anualmente se publican en revistas médicas más de 2.000 artículos, poniendo de manifiesto tanto el gran interés como la amplia gama de acepciones del término. Se conoce que el estrés predispone a la enfermedad y deteriora la calidad de vida (16).

LA REAL ACADEMIA DE LA LENGUA ESPAÑOLA DEFINE CALIDAD DE VIDA COMO: Un Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida (17).

Desde comienzos de la última década del siglo pasado, el estudio de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) ha logrado captar la atención de muchos investigadores que intentan dar respuesta científica a la necesidad de incluir en las evaluaciones en salud la percepción de los usuarios respecto de su bienestar.

Éste supone atribuir igual importancia a la observación de la enfermedad (“disease”) hecha por el clínico, al reporte del paciente acerca de su padecimiento (“illness”) y a la percepción familiar de la sobrecarga (“burden”) que la situación implica (16).

La evaluación de calidad de vida en un paciente representa el impacto que una enfermedad y su consecuente tratamiento tienen sobre la percepción del paciente de su bienestar. Patrick y Erickson (1993) la definen como la medida en que se modifica el valor asignado a la duración de la vida en función de la percepción de limitaciones físicas, psicológicas, sociales y de disminución de oportunidades a causa de la enfermedad, sus secuelas, el tratamiento y/o las políticas de salud(16).

Para Schumaker & Naughton (1996) es la percepción subjetiva, influenciada por el estado de salud actual, de la capacidad para realizar aquellas actividades importantes para el individuo (16).

El cambio en la calidad de vida en pacientes con AR tiene explicación, por tratarse de una enfermedad cuyo mayor impacto resulta de la disminución de la supervivencia del paciente en términos generales, de periodos de discapacidad prolongados a que se ven sometidos. De hecho, las enfermedades reumáticas son la primera causa de discapacidad ya que conducen a una limitación de los movimientos y con el tiempo

daño estructural y su mayor impacto es precisamente que no permiten a los pacientes desarrollar sus actividades cotidianas. (13, 14,18).

Mediante diversos estudios realizados podemos darnos cuenta el grado de depresión que esta patología causa en los pacientes por las altas tasas de discapacidad así como un elevado costo médico y social con pérdidas económicas (9, 14, 19, 20, 21).

La AR induce en el paciente varios procesos que interactúan entre sí como la inflamación, dolor, pérdida de movimiento articular y daño estructural que producen discapacidad y pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria que pueden afectar en menor o mayor grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas que a su vez, afectan la independencia económica y los roles sociales de la persona (9, 20, 22,18, 1).

Al aparecer los primeros síntomas, la persona comienza un proceso de asimilación psicológica de la pérdida de su salud y un proceso de duelo anticipado por la amenaza de perdidas futuras. Lo anterior conduce a estudiar el importante factor cognitivo de la percepción de control sobre la situación, que está relacionado con una de las formas de adaptación a la AR, como es la desesperanza aprendida.

(Que es el estado psicológico que se produce cuando los acontecimientos se perciben como incontrolables y que no se puede hacer nada para cambiarlos).

Lo que produce un rápido deterioro que impide responder de forma adaptativa a una situación traumática o iniciar respuestas voluntarias para ejercer control sobre los acontecimientos y esto lleva a los pacientes a tomar conductas de pasividad y creer que nada de lo que hagan puede mejorar su situación, llevándolos a tener ansiedad y depresión, vergüenza, miedo, frustración, impotencia, irritabilidad, resentimiento, tristeza y preocupación entre otros (23,20, 21, 22, 18,24).

La discapacidad, se convierten en un predictor significativo del promedio de dolor diario, por lo que la AR deteriora progresivamente el funcionamiento global, siendo la evolución de la enfermedad más rápida y la calidad de vida disminuye aún más. (14, 20, 18,24).

Una forma de evaluar el dolor es a través de la escala visual análoga al dolor.

LA ESCALA VISUAL ANALOGA Para evaluar el dolor. Consiste en una escala de 10cm de longitud en la cual en un extremo se señala "0" sin dolor y el opuesto "10" dolor lo más intenso posible, indicándole al paciente que señale sobre la línea la intensidad de su dolor. (6, 9).



La evaluación de la función y del daño articular en la AR se ha medido a través de diversos instrumentos funcionales el más utilizado es el HAQ (Health Assessment Questionnaire- DisabilityIndex) ya validado en pacientes con AR de habla hispana como México.(SPANISH HAQ-DI).

Este cuestionario se responde en una escala ordinal que va desde sin dificultad=0, hasta "no puedo hacerlo"=3, cada respuesta es calificada de 0 a 3 y la suma de las respuestas se promedia para obtener la puntuación global, cuyo promedio va de 0 a 10, a mayor puntuación, mayor incapacidad funcional (6, 25).

Para medir la actividad de la AR se utilizan también diversos instrumentos el más utilizado es el DAS 28 (DiseaseActivity Score). Este índice incluye el número de articulaciones dolorosas, número de articulaciones inflamadas, velocidad de sedimentación aumentada (VSG) y escala visual análoga al dolor. Evalúa 28 articulaciones y mediante una fórmula ya establecida se considera si un paciente está activo o en remisión, cuando el paciente tiene un DAS 28 mayor o igual a 2.6 se encuentra con actividad leve, cuando es mayor o igual a 3.2 se considera actividad moderada y cuando es mayor a 5.1 es actividad severa (6,25).

Ahora bien, una vez diagnosticada la artritis reumatoide es obligatorio valorar la actividad y daño producido por la enfermedad para así poder prevenir en lo posible consecuencias futuras. Por lo que diversos estudios sugieren evaluar 3 aspectos: Proceso, Curso, Pronostico (6). Además que demuestran que una clara estrategia educativa ayuda en el proceso.

Las estrategias didácticas se definen como los procedimientos (métodos, técnicas, actividades) por los cuales el docente y los estudiantes, organizan las acciones de manera consciente para construir y lograr metas previstas e imprevistas en el proceso enseñanza y aprendizaje, adaptándose a las necesidades de los participantes de manera significativa. Existe una clasificación de estos procedimientos, según el agente que lo lleva a cabo, de la manera siguiente: estrategias de enseñanza; estrategias instruccional; estrategias de aprendizaje; y estrategias de evaluación (26).

El aprendizaje es un proceso interactivo; es el producto de una actividad en un ambiente específico que demuestra variaciones entre patrones, estilo y calidad (27).

Diversas asociaciones han recomendado en los últimos años la educación temprana del enfermo y su familia para un mejor cumplimiento, La OMS considera que la educación sanitaria es la parte fundamental en el tratamiento y la única eficaz para el control de la enfermedad y la prevención de sus complicaciones.

Educar al paciente es habilitarlo con los conocimientos y destrezas necesarios para afrontar las exigencias del tratamiento, así como promover en él las motivaciones y los sentimientos de seguridad y responsabilidad para cuidar diariamente de su control, sin afectar su autoestima y bienestar general (5).

La Artritis Reumatoide presenta un riesgo de invalidez elevado con altos costos para el enfermo y la sociedad. Sin tratamiento son esperables la incapacidad progresiva y la invalidez al cabo de un lapso que va de pocos meses a 20 años de evolución, dependiendo de la presencia de factores pronósticos. Muy importante para quienes la padecen es la pérdida de la capacidad laboral, en especial si se trata de trabajadores

manuales, pues muchos dejan de percibir ingresos ya en los dos primeros años de enfermedad (28).

La AR ha sido asociada con una alta tasa de discapacidad, depresión y otros trastornos psicológicos, disminución en la calidad de vida y percepción de impotencia, entre otros. El tratamiento farmacológico de los pacientes con AR se basa en el uso de analgésicos, antiinflamatorios y drogas modificadoras de la enfermedad (DME). Las DME son medicamentos que tienen un margen terapéutico estrecho y múltiples efectos secundarios; sin embargo, se ha demostrado que pueden modificar el curso de la enfermedad disminuyendo su progresión y la aparición de la discapacidad. La educación al paciente es una ayuda no farmacológica que puede aumentar la adherencia terapéutica de los pacientes (29,36,37).

Las claves para optimizar los resultados del tratamiento son los siguientes:

1. Realizar un diagnóstico temprano.
2. Iniciar tratamiento con DARMES tan pronto como sea posible (dentro de los 3 meses del comienzo de los síntomas).
3. Esforzarse por lograr la remisión en todos los pacientes.
4. Utilizar los corticosteroides como un puente para un tratamiento efectivo con DARMES
  - Evitar uso de corticosteroides sin DARMES
  - Minimizar la duración y la dosis disminuyendo gradualmente la dosis hasta encontrar la dosis más baja posible que logra controlar la enfermedad
  - Siempre considerar profilaxis para evitar la osteoporosis
5. Reconocer y tratar enfermedades concomitantes
6. Facilitar la comunicación entre el médico de atención primaria y el especialista
7. Todo lo anterior mediante una adecuada **intervención educativa** (29,35).

La educación del paciente ha sido definida como un grupo de actividades diseñadas y planeadas para favorecer la adopción de conductas y conocimientos que conduzcan al bienestar biopsicosocial. Se considera que la educación debe ser el primer paso en el

manejo del paciente con AR, porque le permite tomar parte activa en su proceso de recuperación y dar un consentimiento informado para el inicio del tratamiento (29).

La educación del paciente con AR y su familia es un componente importante del plan terapéutico para ayudar a todos los implicados a conocer el impacto potencial de la enfermedad y establecer las modificaciones más adecuadas en su estilo de vida, a fin de maximizar la satisfacción y minimizar la sobrecarga de las articulaciones (29).

El efecto de la educación en el estado de salud de los pacientes ha sido evaluado en múltiples estudios (29).

Diversas intervenciones pueden aliviar su curso y los pacientes establecen contacto con un gran número y variedad de profesionales de la salud. En muchos pacientes, el dolor, la discapacidad, la deformidad y la calidad de vida reducida persisten a pesar del tratamiento. Hay lugar para nuevos enfoques destinados a mejorar la efectividad actual del tratamiento. La educación del paciente es un enfoque que se considera beneficioso para ayudar a los pacientes a afrontar la enfermedad y cooperar con su complejo manejo (30).

Por otra parte, dado que se trata de una enfermedad crónica, las personas con artritis reumatoide deben hacer continuos ajustes en sus hábitos y estilo de vida, lo cual implica cambios no solo a nivel físico sino también psicológico y social con el objeto de hacer frente a su nueva condición. Dicha adaptación depende de una multiplicidad de factores y de la interrelación

entre ellos, entre los que se encuentran: aspectos sociodemográficos (como la edad del paciente), género, nivel educativo y social; y aspectos psicológicos como el apoyo social percibido, las creencias religiosas, los autoesquemas, patrones de personalidad, habilidades sociales y, por supuesto, estilos de afrontamiento (31).

El término afrontamiento denota intentos cognoscitivos y conductuales en constante cambio para manejar exigencias internas o externas que son consideradas como restrictivas o que rebasan los recursos de la persona comprende el manejo o control de estados emocionales y la planificación y solución del problema (31).

Se ha encontrado que cuando la persona posee buenos recursos de afrontamiento se facilita la percepción que ésta tiene de su enfermedad y por lo tanto el nivel de estrés disminuirá considerablemente (31).

Por lo tanto, todo el esfuerzo médico se centra en lograr la remisión de la enfermedad, es decir, en paliar o minimizar el deterioro y alcanzar la disminución de la inflamación por medio de diferentes fármacos . Entre tanto, el esfuerzo psicológico se ha centrado en desarrollar programas de autocontrol para el manejo de emociones negativas asociadas a la incapacidad y minusvalía causada por la enfermedad, especialmente la depresión/desesperanza aprendida, ansiedad, estrés, trastornos del sueño y el dolor, que son variables asociadas a los peores pronósticos de la enfermedad a nivel físico y mental (32).

La OMS considera que la educación sanitaria es la parte fundamental en el tratamiento de las enfermedades crónico-Degenerativas y la única eficaz para el control de la enfermedad y la prevención de sus complicaciones (38).

Educar al paciente es habilitarlo con los conocimientos y destrezas necesarios para afrontar las exigencias del tratamiento, así como promover en él las motivaciones y los sentimientos de seguridad y responsabilidad para cuidar diariamente de su control, sin afectar su autoestima y bienestar general (38).

En los programas educativos se definen con frecuencia como intervenciones complejas en las que a menudo es difícil definir el “ingrediente activo”. El hecho de que un programa demuestre ser efectivo puede deberse a cualquier modelo teórico de combinación, en el que se utilicen las habilidades del educador, el lugar de reunión, la relación de comunicación de los pacientes y demás elementos (38).

Es necesario desarrollar estrategias educativas que expliquen en qué consiste la AR y sus complicaciones a corto, mediano y largo plazo, con el propósito de incorporar la educación como parte de la prevención, tratamiento y control de esta enfermedad (29,30,31,32,33,38).

## **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La mayoría de pacientes con artritis reumatoide tienen un curso progresivo que conduce a destrucción articular y consecuentemente al deterioro funcional que disminuye la calidad de vida.

La educación en el paciente con artritis reumatoide conduce a un mayor apego al tratamiento dando como resultado una mejor calidad de vida, funcionalidad y actividad de la enfermedad.

Lo que se busca en el presente estudio es que a través de estrategias educativas se modifique la función física, actividad inflamatoria y grado de dolor en el paciente y así lograr llevar una vida sin dependencia ,plena y satisfactoria. Por lo cual nos planteamos la siguiente pregunta de investigación:

**¿CUAL ES LA FUNCIÓN FÍSICA, ACTIVIDAD INFLAMATORIA Y GRADO DE DOLOR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DESPUÉS DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA?**

## HIPÓTESIS

### HIPÓTESIS ALTERNA:

- ❖ Una estrategia educativa en pacientes que padecen Artritis reumatoide influye en la mejoría de la función física disminución de la actividad inflamatoria y la percepción del dolor.

### HIPÓTESIS NULA:

- ❖ Una estrategia educativa en pacientes que padecen Artritis reumatoide no influye en la mejoría de la función física disminución de la actividad inflamatoria y la percepción del dolor.

## OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Determinar la función física, actividad inflamatoria y grado de dolor en pacientes con artritis reumatoide después de una estrategia educativa.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❖ Describir la percepción de la función física antes y después de una estrategia educativa.
- ❖ Medir la actividad inflamatoria antes y después de una estrategia educativa en base a la funcionalidad para actividades de la vida diaria.
- ❖ Evaluar la escala análoga de dolor en los pacientes antes y después de una estrategia educativa.

## MATERIAL Y MÉTODOS

### 1. CARACTERÍSTICAS DEL LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL ESTUDIO

El estudio se realizó en derechohabientes adscritos a la UMF No 20. Esta unidad es un centro de primer nivel de atención ubicada en la zona Norte de la Ciudad de México, Calzada Vallejo Número 675, Delegación Gustavo A. Madero, cuenta con 30 consultorios los cuales se encargan de brindar servicios de consulta externa, odontología, enfermería materno infantil, prevenimss, medicina del trabajo, planificación familiar, así como servicios de laboratorio y Rx, farmacia, curaciones, medicina preventiva.

La unidad labora de lunes a viernes en 2 turnos, matutino y vespertino, con horario de 8:00-14:00 horas Y de 14:00-20:00 respectivamente.

### 2. DISEÑO DE ESTUDIO

Se realizara un estudio cuasiexperimental pre -post.

- a) **Tipo de estudio:** Cuasiexperimental.
- b) **Captación de la información:** Prospectivo
- c) **Medición del fenómeno en el tiempo:** Longitudinal

### 3. CRITERIOS DE SELECCIÓN

#### CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- ❖ Pacientes entre 18 y 70 años de edad.
- ❖ Pacientes portadores de Artritis Reumatoide con previa valoración por el servicio de reumatología adscritos a la UMF 20
- ❖ Pacientes con menos de 5 años de evolución.
- ❖ Que cumplan los criterios de ACR 1987 o EULAR 2010.
- ❖ Pacientes que acepten entrar al estudio.
- ❖ Que firmen consentimiento informado.
- ❖ Sin modificación de tratamiento de base desde hace 6 meses.

## **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- ❖ Pacientes con osteoartritis o fibromialgia.
- ❖ Pacientes que se encuentren en otras terapias alternativas (acupuntura, homeopatía, reiki, biomagnetismo, esencias florales, etc.)
- ❖ Pacientes con otra comorbilidad (HAS, DM, Fibromialgia, etc).

## **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- ❖ Pacientes que no terminen de contestar los cuestionarios iniciales o finales.
- ❖ Pacientes que no deseen continuar en el estudio
- ❖ Pacientes que no acudan a las sesiones o al menos al 80 %.

## 4. TAMAÑO DE LA MUESTRA

Recluta por conveniencia, captando a los pacientes en consulta externa durante 1 mes, que cumplieron los criterios de inclusión. Se tomo una cuota de aproximadamente N=12.

## DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES

### Independiente:

- ❖ Estrategia Educativa

### Dependiente:

- ❖ Intensidad de dolor
- ❖ Actividad inflamatoria
- ❖ Función Física

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN
ESTRATEGIA EDUCATIVA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. (INDEPENDIENTE).	Es una intervención educativa que se impartirá en el IMSS con el propósito de integrar un grupo de pacientes que padecen AR activa, basándose en esquemas de educación para adultos con enfoques biopsicosociales, de tal manera que se estimule la adopción de cambios en su estilo de vida.	La estrategia del grupo consta de 2 sesiones mensuales, con una duración aproximada de 3 horas, su desarrollo considera tiempos para apoyo psicológico, Hábitos dietéticos adecuados, orientación en rehabilitación y sobre el uso adecuado de los medicamentos en pacientes con artritis reumatoide activa. Se recolectaran los cuestionarios aplicados durante la primera y la última sesión.	Cualitativa Ordinal
INTENSIDAD DE DOLOR. (DEPENDIENTE)	Herramienta empleada para ayudar a una persona a evaluar la intensidad de ciertas sensaciones y sentimientos.	Se medirá a través de Escala Visual Análoga: Instrumento que consiste en una escala de 10cm de longitud en la cual en un extremo se señala "0" sin dolor y el opuesto "10" dolor lo más intenso posible, indicándole al paciente que señale sobre la línea la intensidad de su dolor.	Cualitativa Ordinal
ACTIVIDAD INFLAMATORIA (DEPENDIENTE)	Reacción defensiva local que se desencadena en una parte del organismo o en los tejidos de un órgano, caracterizada por hiperemia de la zona, aumento de su volumen, dolor, sensación de calor y trastornos funcionales.	Se medirá a través del instrumento DAS 28 (este instrumento evalúa 28 articulaciones, cifra de Velocidad de sedimentación "VSG" glomerular, EVA y mediante una fórmula ya establecida se considera si un paciente está activo o en remisión, cuando el paciente tiene un DAS 28 mayor o igual a 2.6 se encuentra con actividad leve, cuando es mayor o igual a 3.2 se considera actividad moderada y cuando es mayor a 5.1 es actividad severa.	Cualitativa Ordinal

<p><b>FUNCIÓN FÍSICA (DEPENDIENTE)</b></p>	<p>Son todas aquellas tareas y estrategias que llevamos a cabo diariamente encaminadas a favorecer la salud física, psíquica y social y que Realizamos de manera lo más autónoma posible.</p>	<p>Se medirá a través del Cuestionario HAQ-DI: Este cuestionario se responde en una escala ordinal que va desde sin dificultad=0, hasta “no puedo hacerlo”=3, cada respuesta es calificada de 0 a 3 y la suma de las respuestas se promedia para obtener la puntuación global, cuyo promedio va de 0 a 10, a mayor puntuación, mayor incapacidad funcional.</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>
--	---	---	--------------------------------

## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Previa presentación del trabajo y aprobación del proyecto por el comité de investigación, se hizo la presentación a las autoridades correspondientes de la UMF No. 20 para obtener la autorización y apoyo del personal para la realización del mismo.

Durante la consulta externa en la UMF No 20 se captaròn a pacientes con AR que cubrieron los criterios de inclusión y que quisieron participar en el estudio, El presente estudio se realizò mediante los siguientes instrumentos: Escala visual análoga del dolor (Instrumento que consiste en una escala de 10cm de longitud en la cual en un extremo se señala "0" sin dolor y el opuesto "10" dolor lo más intenso posible, indicándole al paciente que señale sobre la línea la intensidad de su dolor.) , HAQ-D-I (Este cuestionario se responde en una escala ordinal que va desde sin dificultad=0, hasta "no puedo hacerlo"=3, cada respuesta es calificada de 0 a 3 y la suma de las respuestas se promedia para obtener la puntuación global, cuyo promedio va de 0 a 10, a mayor puntuación, mayor incapacidad funcional.) y el DAS 28 (Este instrumento evalúa 28 articulaciones y mediante una fórmula ya establecida se considera si un paciente está activo o en remisión, cuando el paciente tiene un DAS 28 mayor o igual a 2.6 se encuentra con actividad leve, cuando es mayor o igual a 3.2 se considera actividad moderada y cuando es mayor a 5.1 es actividad severa.) aplicados a un grupo de pacientes derechohabientes al inicio y al final de una estrategia educativa que se llevó a cabo mediante 2 sesiones mensuales en la UMF No 20 con duración de 3 horas cada una, estableciendo un horario de 11 am a 2 pm ,Donde se abordaron aspectos sobre el significado de su enfermedad, uso adecuado de los medicamentos, apoyo psicológico, hábitos alimenticios adecuados y orientación en rehabilitación. Mediante proyección de diapositivas y videos, tarjetas representativas, realización de ejercicios que permitieron desarrollar actitudes, habilidades y destrezas para el conocimiento del contenido. Por medio de los resultados obtenidos a través de estos instrumentos y el análisis estadístico correspondiente se valoro si existe un cambio significativo en estos pacientes en cuanto a función física, actividad inflamatoria y grado de dolor.

Una vez que se realizo la intervención se aplicaron a las 4 semanas las escalas.

Los resultados de las escalas fueron codificados y capturados en el programa estadístico SPSS para su análisis.

Se emitieron tablas de salida con la evaluación pre y post y se realizó la descripción de los resultados con el análisis del mismo.

Una vez concluido el análisis se realizó el escrito final para su impresión el cual será difundido en próximo foro delegacional.

### **ANÁLISIS DE DATOS**

Se utilizó el programa estadístico SPSS V.20 para realizar estadística descriptiva con frecuencias y porcentajes para las variables cualitativa y media y DE para las cuantitativas. Además de la prueba T de Wilcoxon para grupos relacionados para comparar diferencias del pre y post en las escalas utilizadas.

## RESULTADOS

Se conformó un grupo natural de 12 pacientes 25% masculinos (n=3), 75% femenino (n=9). Con media de edad  $51.25 \pm 9.488$  Rango 36-67.

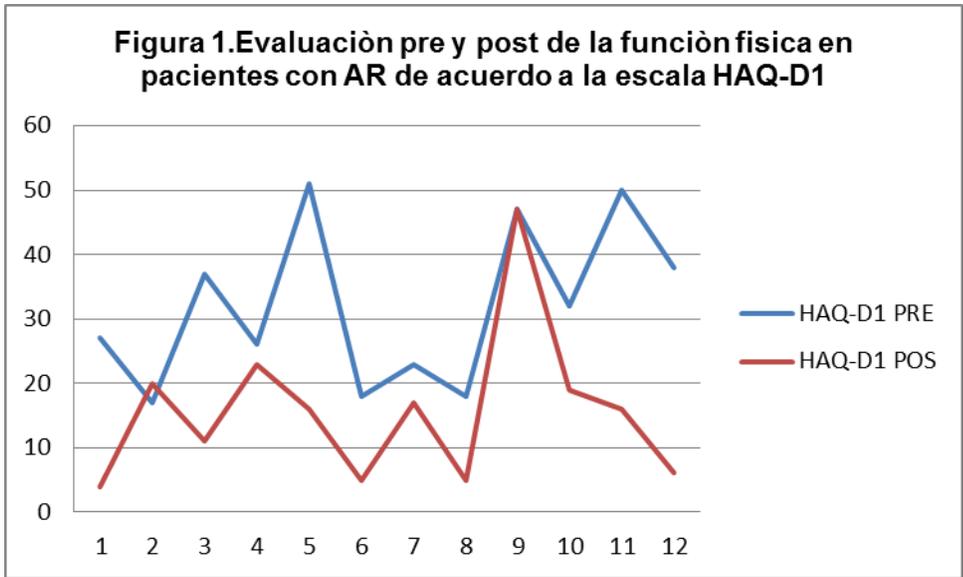
A los cuales se les realizo una intervención educativa con mediciones pre y post con un intervalo de cuatro semanas.

La Función física se evaluó con una mediana de 29,5 pre y 16 post, mediante el instrumento HAQ-D1 que consta de diversas dimensiones inmersas en las actividades básicas de la vida diaria, como son: vestirse, asearse, levantarse, comer, caminar, higiene, alcance, prensión y actividades, Obteniendo una P de 0,005 siendo significativa.

Cuadro 1. Evaluación pre y post de la Función física en pacientes con artritis de acuerdo a la escala de HAQ-D1

PACIENTE	HAQ-D1 PRE	HAQ-D1 POS	P
1	27	4	
2	17	20	
3	37	11	
4	26	23	
5	51	16	
6	18	5	
7	23	17	0,005
8	18	5	
9	47	47	
10	32	19	
11	50	16	
12	38	6	
<b>MEDIANA</b>	<b>29,5</b>	<b>16</b>	

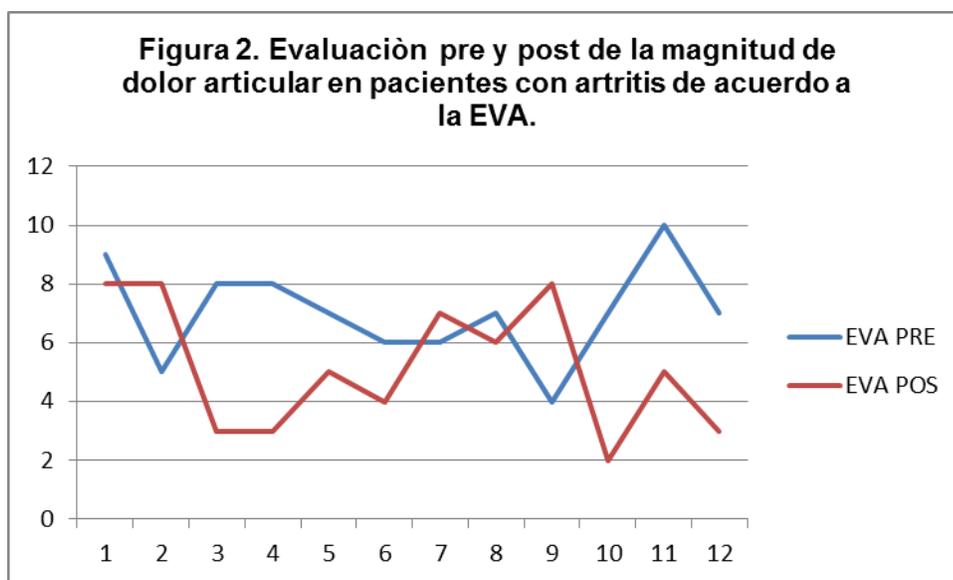
Fuente Encuestas en pacientes derechohabientes.



La magnitud del dolor articular se evaluó con una mediana de 7 pre y post de 5, en la escala visual analógica, en donde el paciente identifica la intensidad de su dolor en ese momento, Obteniendo una P de 0,064 no siendo significativa.

Cuadro 2. Evaluación pre y post de la magnitud de dolor articular en pacientes con artritis de acuerdo a la escala visual analógica EVA.

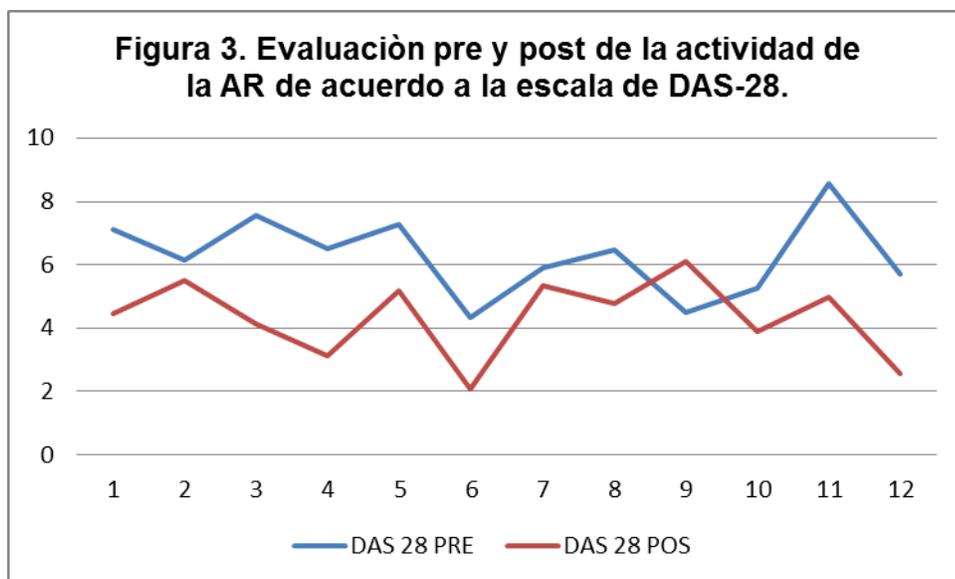
PACIENTE	EVA PRE	EVA POS	P
1	9	8	0,064
2	5	8	
3	8	3	
4	8	3	
5	7	5	
6	6	4	
7	6	7	
8	7	6	
9	4	8	
10	7	2	
11	10	5	
12	7	3	
<b>MEDIANA</b>	<b>7</b>	<b>5</b>	



La actividad de la Artritis Reumatoide se evaluó con una mediana de 6,32 pre 4.63 post, mediante el instrumento DAS-28 herramienta usada en evaluaciones terapéuticas que sirve para guiar decisiones del tratamiento y describir la actividad de la enfermedad, Obteniendo una P de 0,006 siendo significativa.

Cuadro 3. Evaluación pre y post de la actividad de la artritis Reumatoide de acuerdo a la escala de DAS-28.

PACIENTE	DAS 28 PRE	DAS 28 POS	P
1	7.11	4.47	0,006
2	6.16	5.49	
3	7.55	4.12	
4	6.52	3.11	
5	7.26	5.17	
6	4.34	2.09	
7	5.92	5.36	
8	6.48	4.79	
9	4.48	6.10	
10	5.26	3.91	
11	8.55	4.98	
12	5.71	2.55	
<b>MEDIANA</b>	<b>6.32</b>	<b>4.63</b>	



## DISCUSIÓN

A través del presente estudio se observó que los pacientes posterior a una intervención educativa refirieron modificaciones en cuanto a mejorar la realización de las actividades de la vida diaria, pero sobre todo en la disminución de la actividad inflamatoria de las articulaciones no tanto así en la percepción del dolor aunque si existió dos puntos porcentuales de disminución no fueron estadísticamente significativos.

**Escorcía y Cols (29).** En su estudio cuasi experimental evaluaron la Efectividad de una Intervención Educativa en Pacientes con Artritis Reumatoide. La población de estudio fue de 19 pacientes que asistieron a la consulta reumatológica del Hospital Universidad del Norte (HUN) de la ciudad de Barranquilla y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. La intervención tuvo una duración total de nueve horas y en ella se manejaron aspectos relevantes sobre la enfermedad, haciendo énfasis en el automanejo. La información fue recolectada antes de la intervención y después de esta, mediante la aplicación de test autoaplicables destinados a medir cada una de las variables de estudio, tales como: 1) Cuestionario de conocimiento sobre artritis reumatoide; 2) Cuestionario sobre calidad de vida relacionada con la salud (SF-36); 3) Escala visual análoga de dolor y estado general de salud (VAS); 4) Cuestionario sobre estado funcional (Health Assesment Questionnaire HAQ) y 5) Cuestionario para la evaluación de la intervención educativa. Los resultados obtenidos fueron: El 89,5% de los pacientes eran mujeres, con una media de edad de 53,11 años  $\pm$  18,21. La duración de la artritis fue de 4,68 años  $\pm$  3,36. Se encontró asociación significativa entre la intervención educativa y mejoría en el conocimiento acerca de la enfermedad ( $p = 0,00$ ), función física ( $p = 0,05$ ) y rol físico ( $p = 0,018$ ). No se encontró asociación significativa entre la intervención y la mejoría del dolor, estado general de salud y estado funcional de la persona.

Se argumentó que los beneficios de los programas educativos para pacientes están mediados por mejoría en la autoeficacia “seguridad de cada persona para poder realizar alguna actividad con éxito”, así como en la actitud positiva ante el control de su enfermedad junto con la interacción grupal que surge de compartir la experiencia con otras personas con condiciones similares de salud.

No obstante sugieren que no produce mejoría de la calidad de vida, esto probablemente a la presencia concomitante de otras variables que pueden estar afectando negativamente.

**Riemsma RP y Cols (30).** Revisión en la que se incluyeron ensayos controlados aleatorios que cumplieron con los criterios requeridos, el objetivo fue analizar la efectividad de las intervenciones educativas en el paciente sobre su estado de salud (Dolor, discapacidad funcional, bienestar psicológico y actividad de la enfermedad) en pacientes con artritis reumatoide. Se incluyeron 31 estudios con datos de un seguimiento de 3 a 14 meses, los tipos de medidas para los resultados fueron: OMERACT que incluyó las medidas validadas de reactantes de fase aguda, la discapacidad, el dolor de las articulaciones, la inflamación articular, el dolor, la evaluación global del médico y del paciente que fueron seleccionadas como medidas de resultado para esta revisión. También se consideró el estado de ánimo (estado psicológico, ansiedad y depresión) evaluado con las Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS) que para todas las escalas AIMS y AIMS2, las puntuaciones varían desde 0 (estado de salud bueno) a 10 (estado de salud malo) e instrumentos específicos como: escala analógica visual del dolor, health assessment questionnaire (HAQ). El recuento de articulaciones que se mide por medio del ritchie articular index, eritrosedimentación (ESR), proteína C reactiva (PCR) o viscosidad plasmática. Se calcularon las diferencias de medias ponderadas. La diferencia de media para cada grupo de intervención se ponderó con el tamaño de la muestra del grupo. Las variables dicotómicas se resumieron como riesgos relativos. Se evaluó la heterogeneidad de los resultados para cada ensayo por medio de la estadística de ji cuadrada. Se analizaron las estimaciones de efectos con modelos de efectos fijos, excepto en el caso de heterogeneidad significativa debido a diferencias en las medidas de resultado (valor de  $p < 0,05$ ), en cuyo caso, se utilizó un modelo de efectos aleatorios.

Se argumentó que la educación del paciente produce efectos benéficos sobre la discapacidad, recuento de articulaciones, evaluación general del paciente, estado psicológico, depresión y dolor “evaluado mediante la escala visual análoga” por la provisión de información y su potencial terapéutico. Cabe mencionar que este impacto se ve beneficiado al complementarlo con una buena atención médica.

**Gaviria y Cols (31).** En su estudio de rasgos de personalidad, estrategias de afrontamiento y dolor en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. Realizado en consulta externa de la unidad de reumatología de la clínica universitaria bolivariana, describió las características de personalidad, estrategias de afrontamiento y el dolor percibido en un grupo de 43 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide utilizando el Inventario de personalidad de Eysenck [EPI], el inventario de estrategias de afrontamiento [EEC-R], el McGill Pain Questionnaire [MPQ] y la escala visual análoga [VAS]. Encontrando relaciones significativas entre las estrategias de afrontamiento, mostrando patrones de respuesta coherentes mediante medidas como media, moda, Desviación estándar y correlación de Pearson.

Se argumentó que existe dificultad metodológica al evaluar el dolor, no solo porque depende completamente del autoreporte del sujeto, sino porque dicha estimación se ve afectada por factores psicológicos que determinan la intensidad y características que lo definen.

Concluyendo que el dolor es, además de una percepción corporal, una experiencia emocional que forma parte del proceso de adaptación, para lo cual el sujeto genera diversos comportamientos. Observando que el actuar sobre aspectos que favorezcan el optimismo, contribuye a que la persona adquiera mayor control emocional y vean viable la solución a sus problemas.

**Quiceno y Cols (32).** En su estudio de evolución de la intervención psicológica de la artritis reumatoide, realizado en el Caribe, evaluó programas de intervención psicoeducativos para el manejo del dolor, los estados emocionales negativos, el adiestramiento en habilidades sociales, físicas con el fin de reducir su impacto social y económico. El estudio mostro como resultado la evolución positiva de los programas de intervención en artritis reumatoide que han enfatizado en estrategias psicológicas. Dentro de este se mencionó un estudio de casos y controles con un seguimiento de 12 meses, evaluado mediante un programa multicomponente en donde se demostró beneficio sobre la autoeficacia en artritis para el dolor y otros síntomas.

Se concluyó que la educación del paciente es parte integral de la práctica clínica, las intervenciones educativas tienen como propósito la resolución de problemas y habilidades de afrontamiento para el manejo de los síntomas como en el control del

dolor mediante la comprensión de la interacción de las emociones, la cognición en los aspectos físicos y del comportamiento del dolor.

Se planteó que las intervenciones cognitivas conductuales han tenido éxito como ayuda para el control del dolor en las articulaciones como en el funcionamiento psicológico. El potenciar las emociones positivas a nivel terapéutico o de intervención puede elevar los estados emocionales positivos, re-focalizar los procesos cognitivos y promover los procesos de salud, ya que se mitigan las emociones negativas y se estimula la memoria emocional con un gran beneficio sobre la salud física y mental de los individuos.

En nuestro estudio se aplicaron algunos de los instrumentos usados también en los estudios ya antes mencionados como EVA, HAQ D-1, DAS 28 (VSG) y al igual que **Escorcía y Cols (29)** no encontraron asociación significativa estadísticamente entre la intervención y la mejoría del dolor (EVA), no obstante **Riemsma RP y Cols (30)**, **Gaviria y Cols (31)** reportaron una asociación significativa entre una intervención educativa y la mejoría del dolor; a pesar de esto y con los resultados de todos estos estudios coincidimos con lo dicho respecto a que las intervenciones educativas modifican función física, intensidad del dolor, actividad de la enfermedad, entre otros, permitiendo a los pacientes y familias llevar una mejor vida. Ya que al comprender mejor la enfermedad se facilita el apego y la disminución del estrés en tanto la etapa aguda como crónica de la enfermedad ya que el reconocer las situaciones clínicas a las que tendrá que enfrentarse disminuye la incertidumbre **(33)** de los procesos clínicos que está viviendo la persona también llamados miedos básicos (miedo a la pérdida y a lo desconocido) **(34)**.

Concluimos que la educación del paciente ha sido definida como un grupo de actividades diseñadas y planeadas para favorecer la adopción de conductas y conocimientos que conduzcan al bienestar biopsicosocial. Se considera que la educación debe ser el primer paso en el manejo del paciente con artritis reumatoide, porque le permite tomar parte activa en su proceso de recuperación.

Sin embargo faltaría realizar un seguimiento con más amplitud de tiempo para evaluar su efectividad a largo plazo, ampliar la muestra, comparar con otras intervenciones o bien evaluar algunas otras variables bioquímicas.

Cabe imperar que la educación del paciente con artritis reumatoide y su familia es un componente importante del plan terapéutico para ayudar a todos los implicados a conocer el impacto que esta tiene y hacer énfasis en la atención médica.

## CONCLUSIONES

- ❖ El mayor número de participantes en el presente estudio de investigación fue el género femenino con un 75% en comparación con el 25% del género masculino.
- ❖ El grupo de edad que participo en este estudio fue el correspondiente a 36 a 67 año , con media de edad  $51.25 \pm 9.488$ .
- ❖ Se realizo la intervención educativa con mediciones pre y post ,identificando en la evaluación de la Función física una mediana de 29,5 pre y 16 post obtenidas mediante el instrumento HAQ-D1 con una P significativa de 0,005 percatandonos de que los pacientes fueron menos dependientes de alguna persona o algún instrumento para realizar sus actividades básicas de la vida diaria.
- ❖ La magnitud del dolor articular se evaluó con una mediana de 7 pre y post de 5, en la escala visual analógica, aunque existieron dos puntos porcentuales de disminución no fue estadísticamente significativo obteniendo una P de 0,064 Existe dificultad al evaluar el dolor, no solo porque depende completamente del autoreporte del sujeto, sino porque dicha estimación se ve afectada por factores psicológicos que determinan la intensidad y características que lo definen.
- ❖ La actividad de la Artritis Reumatoide se evaluó con una mediana de 6,32 pre 4.63 post, mediante el instrumento DAS-28 obteniendo una P de 0,006 siendo significativa.

En nuestro estudio de investigación posterior a la estrategia educativa se obtuvieron resultados satisfactorios, por lo que se cumple la hipótesis planteada existiendo mejoría de la función física y disminución de la actividad inflamatoria después de una estrategia educativa en pacientes que padecen Artritis reumatoide.

## RECOMENDACIONES

Cuando se padece artritis reumatoide se han de cambiar en ocasiones aspectos de la vida cotidiana y adaptarlos a la nueva situación. Hay que saber que existe un grupo de profesionales que disponen de experiencia. Es cierto que la artritis reumatoide no tiene en el momento actual un tratamiento curativo, lo que no significa que no exista tratamiento alguno. De hecho, existen tratamientos que permiten controlar la enfermedad en un porcentaje apreciable de personas. Es importante señalar que la colaboración entre el médico y el enfermo es fundamental para el control de la artritis reumatoide.

Se debe promover la participación activa del equipo multidisciplinario, para que exista comunicación efectiva entre médico familiar, nutriólogo , rehabilitador y trabajador social para un mejor abordaje integral al paciente con artritis reumatoide ya que la educación en cuanto a su enfermedad muestra beneficios sobre el estado de salud (funcion física, actividad inflamatoria y grado de dolor).

Se requieren intervenciones educativas en grupos de pacientes para mejorar el apego en cuanto a su enfermedad , prevenir complicaciones futuras y llevar una vida plena con calidad y sin dependencia.

## BIBLIOGRAFÍA.

- (1) Escorcía ME, Osorio HJ, Pérez CA, Thulcán MC, Caballero UCV, Borda PM. Efectividad de una Intervención Educativa en Pacientes con Artritis Reumatoide. Hospital Universidad del Norte. Barranquilla. Revista colombiana de reumatología.2006; 13(1):11-19.
- (2) Gramling AR, O'Dell J. Initial Management of Rheumatoid Arthritis. *rheumatic.theclinics.com*.2010; 62(9):2569–81.
- (3) Sapag JC, Lange I, Solange C , John DP. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en América Latina. *Rev. Panam Salud Publica*.2010; 27(1):1-9.
- (4) Estrategias terapéuticas para la artritis reumatoide. *Revista Inter medicina*.2006; 350(25):1-2.
- (5) Fernández AV, Abdala CT, Alvara SEP, Leonor TFG, López VE, Cruz CS, et al. Estrategias de autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2. *Rev Esp Méd Quir*. 2012;(17):94-99.
- (6) Ramos NF. Artritis. Enfermedades Reumáticas Criterios y Diagnósticos.Vol.1.México D.F: McGraw-Hill Interamericana, 1999.
- (7) Boissier MC, Luca S, Salima C, Saidenberg KN , Falgarone G. Rheumatoid arthritis: From autoimmunity to synovitis and joint destruction. *Journal of Autoimmunity*.2012, 39: 222-228.
- (8) Lino ET, Barbera A, Domínguez MC. Principales estrategias terapéuticas en el tratamiento de la artritis reumatoide. *Revista CENIC Ciencias Biológicas*. 2008; 39(3):183-190.
- (9) Gavía AM, Stefano V, Japcy QM, Martínez K, Yépes M, Echavarría C, et al. Rasgos de Personalidad, Estrategias de Afrontamiento y Dolor en Pacientes con Diagnóstico de Artritis Reumatoide. *Rev. Terapia psicológica*.2006; 24(1):23-29.
- (10) Reyes PA. Manual de Reumatología. México D.F: Méndez Editores; 1996.
- (11) Lawrence M. Tierney, Jr, McPhee SJ, Papadakis MA. Diagnóstico clínico y tratamiento.40ª Ed. México D.F: manual moderno; 2005.
- (12) Kasper B, Hauser F, Harrison JL, Manual de Medicina.Vol.1.16ª ed. Madrid: Mc Graw-Hill; 2005.
- (13) Ábalos GM, Ruiz GV ,Sánchez DC, Ruiz RV , Ramírez JR, Raya EÁ et al. Calidad de Vida relacionada con la salud tras terapia anti-factor de necrosis tumoral alfa en

pacientes con artritis reumatoide. Un estudio piloto. *Reumatología Clin.* 2011,7(3): 167-171.

(14) Rheumatoid Arthritis: Diagnosis, Management and Monitoring. *BCGuidelines.ca* 2012,3( 1 ):1-7

(15) Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de psicología.* 2003, 35(002): 161-64.

(16) Schwartzmann L. Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería IX.*2003; (2): 9-21.

(17) Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española (22.<sup>a</sup> ed.)*. Madrid, España: Autor.

(18) Vinaccia S, Tobón S, Moreno SPE, Cadena J, Anaya JM. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Rev. Intern. Jour. Psychol. Ther.*2005;5(1):47-61.

(19) Arnaiz MC; Torres AA; Cruz EI; Gascó EE; RuéMonné M; Pifarré PJ. Peso económico de la depresión en atención primaria: cost of depression in primary care. *Rev. Esp Econ Salud.* 2007; 6(7): 395-399.

(20) Yescas OEL , Depresión, ansiedad y desesperanza aprendida en pacientes con AR. *Psicología y salud, Universidad Veracruzana, ISSN (Versión impresa).*2008 18(001): 1109-1405.

(21) Bordon YMI. Depresión en pacientes con enfermedad crónica de artritis reumatoide. *Revista Eureka.*2012; 9(1):78-87.

(22) Yescas OEL, Huertas LA, Vargas AS, Barbosa CRE, Lugo ZGE. Depresión, Ansiedad y Desesperanza Aprendida en pacientes con Artritis reumatoide. *Rev. Psicología y Salud.* 2008; 18(001):80-89.

(23) Sánchez, PT, Sirera R, Peiró, y Palmero. Estrés, depresión, inflamación y dolor. *REME.*2008; 9(28):1-15.

(24) Redondo DM, León ML, Pérez NMÁ, Jover JA, Alcázar LA. El dolor en los pacientes con artritis reumatoide: variables psicológicas relacionadas e intervención. *Rev. Clínica y Salud.* 2008; 19(3):359-378.

(25) Ivorra J, BatUe-GE, López C y el grupo para la adaptación del HAQ a la población española. Relación entre las distintas lesiones radiográficas y la discapacidad en la artritis reumatoide. *Reumatol Clin.Elsevier España.* 2009; 5(3):98-102.

- (26) Feo R. Orientaciones básicas para el diseño de estrategias didácticas. Tendencias pedagógicas.2010;(16):220-236.
- (27) González CMV. Estilos de aprendizaje: su influencia para aprender a aprender. Revista Estilos de Aprendizaje.2011;(7):1-13.
- (28 )Loreto M. Artritis reumatoide temprana. Rev Méd Chile .2008;( 136): 1468-1475.
- (29) Escorcía ME, Osorio HJ, Pérez CA, Thulcán MC, Caballero CV, Pérez MB. Efectividad de una Intervención Educativa en Pacientes con Artritis Reumatoide. HospitalUniversidad del Norte. Barranquilla. Revista Colombiana de Reumatología. 2006; vol (13) :11-19.
- (30) Riemsma RP, Kirwan JR, Taal E, Rasker JJ. Patient education programmes for adults with rheumatoid arthritis. BMJ 2003;325: 1-107.
- (31) Gaviria AM, Vinaccia S, Quiceno MJ, Martínez K, Yépes M, Echavarría C, et al. Rasgos de Personalidad, Estrategias de Afrontamiento y Dolor en Pacientes con Diagnóstico de Artritis Reumatoide. Terapia psicológica. 2006; 24(1): 23–29.
- (32) Quiceno JM, Alpi SV.Evolución de la intervención psicológica de la artritis reumatoide. Psicología desde el Caribe. 2011;1 (27): 160-178.
- (33) Velasco,CML, Sinibaldi,GJ.Manejo del enfermo crónico y su familia. 1ª. Ed. México, D.F: Manual Moderno: 2001.
- (34) Pichon, RE.La Psicología social.1ª. Ed.Ciudad Autónoma Buenos Aires:Lugar Editorial:2014.
- (35) O'Dell JR. Therapeutic strategies for rheumatoid arthritis. N Engl J Med. 2004;350(25):2591-602.
- (36) Hill J, Bird H, Johnson S. Effect of patient education on adherence to drug treatment for rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. Ann Rheum Dis. 2001; 60:865-869.
- (37) Kwon CK, Anderson JG, Green JM, Johnson DA, et al. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis, 2002 update. Arthritis Rheum. 2002; 46: 328-346.
- (38) Vázquez AF, Cervantes TA, Alvará EP, Tenorio GL, López V,Centeno SC. Estrategias de autocuidado en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. Rev Esp Méd Quir. 2012;17(2):94-99.
- (39) Balsa A, Villaverde V y Martín-ME. Índices de actividad y mejoría en la artritis reumatoide. Revista Española de Reumatología Suplementos.2002, 1, (1): 1-5.

(40) Disney MRB, Arévalo MA, Ortiz OL. Artritis reumatoide: importancia de los antígenos citrulinados en el diagnóstico del padecimiento. Revista Médica de la Extensión Portuguesa - ULA.2009, 4(3): 125-30.

(41) Ortiz EC, Shuntaro S, Evolution of Classification Criteria for Rheumatoid Arthritis: How Do the 2010 Criteria Perform?. [rheumatic.theclinics.com](http://rheumatic.theclinics.com).2012, 05(004):345-353.

# ANEXOS

Los criterios ACR de 1987 tienen buena sensibilidad y especificidad para Clasificar AR ya establecida. Esta clasificación diagnóstica tiene una sensibilidad que varía entre el 75% - 95% y una especificidad del 73% – 95%.

<b>Tabla 05. Criterios de clasificación de la artritis reumatoide de la ACR (1987)</b>	
<b>1.- Rigidez matutina</b>	Rigidez matutina articular que dura al menos 1 hora.
<b>2.- Artritis de 3 o más grupos articulares</b>	Al menos 3 grupos articulares deben estar inflamados simultáneamente y ser objetivados por un médico. Los 14 grupos articulares son: interfalángicas proximales, metacarpofalángicas, muñecas, codos, rodillas, tobillos y metatarsfalángicas.
<b>3.- Artritis de articulaciones de las manos</b>	Al menos una articulación de las manos debe estar inflamada (carpo, metacarpofalángicas, interfalángicas proximales).
<b>4.- Artritis simétrica</b>	Afectación simultánea del mismo grupo articular (definido en el criterio 2) en ambos lados del cuerpo.
<b>5.- Nódulos reumatoides</b>	Nódulos subcutáneos en prominencias óseas, superficies de extensión o en zonas yuxta-articulares observados por un médico.
<b>6.- Factor reumatoide en suero</b>	Presencia de valores elevados de factor reumatoide por cualquier método con un resultado en controles inferior al 5%.
<b>7.- Alteraciones radiológicas</b>	Alteraciones radiológicas típicas de artritis reumatoide en radiografías posteroanteriores de las manos. Debe existir erosión u osteoporosis yuxta-articular clara y definida en articulaciones afectadas.

- Se requieren cuatro de los siete criterios para su clasificación.
- Los criterios del 1 al 4 deben de tener una duración de al menos 6 semanas.

**Criterios para la Clasificación 2010 del American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism para Artritis Reumatoide.**

	Puntuación
Población objetivo (¿Quién debe hacerse la prueba?): Pacientes que 1) tienen al menos una articulación con sinovitis clínica definitiva (edema)* 2) con sinovitis no explicada mejor por otra enfermedad†	
Criterios de clasificación para la AR (algoritmo basado en puntuación: sumar la puntuación de las categorías A-D; una puntuación de $\geq 6/10$ es necesaria para la clasificación de un paciente con AR definitiva)‡	
A. Compromiso articular § 1 articulación grande ¶ 2-10 articulaciones grandes 1-3 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de articulaciones grandes) # 4-10 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de grandes articulaciones) > 10 articulaciones (al menos 1 articulación pequeña) **	0 1 2 3 5
B. Serología (al menos 1 resultado de la prueba es necesaria para la clasificación) †† FR negativo y ACPA negativo FR débil positivo o ACPA débil positivo FR fuerte positivo o ACPA fuerte positivo	0 2 3
C. Reactantes de fase aguda (al menos 1 prueba es necesaria para la clasificación) ‡‡ PCR Normal y VSG normal PCR anormal o VSG anormal	0 1
D. Duración de los síntomas §§ <6 semanas $\geq 6$ semanas	0 1

\* Los criterios tienen por objeto la clasificación de nuevos pacientes. Además, los pacientes con enfermedad erosiva típica de artritis reumatoide (AR) con una historia compatible con cumplimiento previo de los criterios de 2010 se deben clasificar como AR. Los pacientes con enfermedad de larga duración, incluidos aquellos cuya enfermedad está inactiva (con o sin tratamiento) que, basados en datos disponibles en forma retrospectiva, y que cumplan los criterios 2010 deben ser clasificados como AR.

† Los diagnósticos diferenciales varían entre los pacientes con diferentes presentaciones, pero pueden incluir condiciones tales como lupus eritematoso sistémico, artritis psoriásica, y gota. Si no está claro sobre el diagnóstico diferencial relevante a considerar, un reumatólogo experto debe ser consultado.

‡ Aunque los pacientes con una puntuación de <6/10 no pueden clasificarse como AR, su condición puede ser reevaluada y los criterios pueden cumplirse acumulativamente con el tiempo.

§ La afectación articular se refiere a cualquier articulación tumefacta o dolorosa en el examen, que puede ser confirmada por evidencia en imágenes de sinovitis. Las articulaciones interfalángicas distales, las primeras articulaciones carpometacarpianas y las primeras articulaciones metatarsofalángicas están excluidas de la evaluación. Las categorías de distribución articular se clasifican de acuerdo a la ubicación y el número de articulaciones afectadas, con la colocación en la categoría más alta posible, basándose en el patrón de afectación articular.

¶ "Articulaciones grandes" se refiere a hombros, codos, caderas, rodillas y tobillos.

# "Articulaciones pequeñas" se refiere a articulaciones metacarpofalángicas, articulaciones interfalángicas proximales, de la segunda a quinta articulaciones metatarsofalángicas, articulaciones interfalángicas del pulgar, y las muñecas.

\*\* En esta categoría, por lo menos una de las articulaciones implicadas deben ser una pequeña articulación; las otras articulaciones pueden incluir cualquier combinación de grandes y pequeñas articulaciones adicionales, así como otras articulaciones que no figuren específicamente en el listado previo (por ejemplo, temporomandibular, acromioclavicular, esternoclavicular, etc.)

†† Negativo se refiere a los valores de IU que son menores o igual al límite superior normal (LSN) en la prueba de laboratorio; positivas débiles se refiere a los valores de IU

que son más altos que el límite normal superior, pero  $\leq 3$  veces el LSN de la prueba del laboratorio; positiva fuerte se refiere a los valores de IU que son más de 3 veces el límite normal superior para la prueba del laboratorio.

Cuando la información del factor reumatoide (FR) sólo está disponible como positivo o negativo, un resultado positivo debe ser clasificado como débil positivo de FR. ACPA = anticuerpos anti-proteína citrulinados.

‡‡ normal/anormal está determinado por las normas de laboratorio local. PCRP = proteína C-reactiva; VSG = velocidad de sedimentación globular.

§§ Duración de los síntomas del paciente se refiere al auto-informe de la duración de los signos o síntomas de sinovitis (por ejemplo, dolor, hinchazón, sensibilidad al tacto) de las articulaciones que están afectados clínicamente en el momento de la evaluación, independientemente del estado de tratamiento.

**Escala de Actividad de la Enfermedad en 28 articulaciones. DAS 28 es una herramienta usada frecuentemente en evaluaciones terapéuticas, sirve para guiar decisiones del tratamiento y describir la actividad de la enfermedad.**

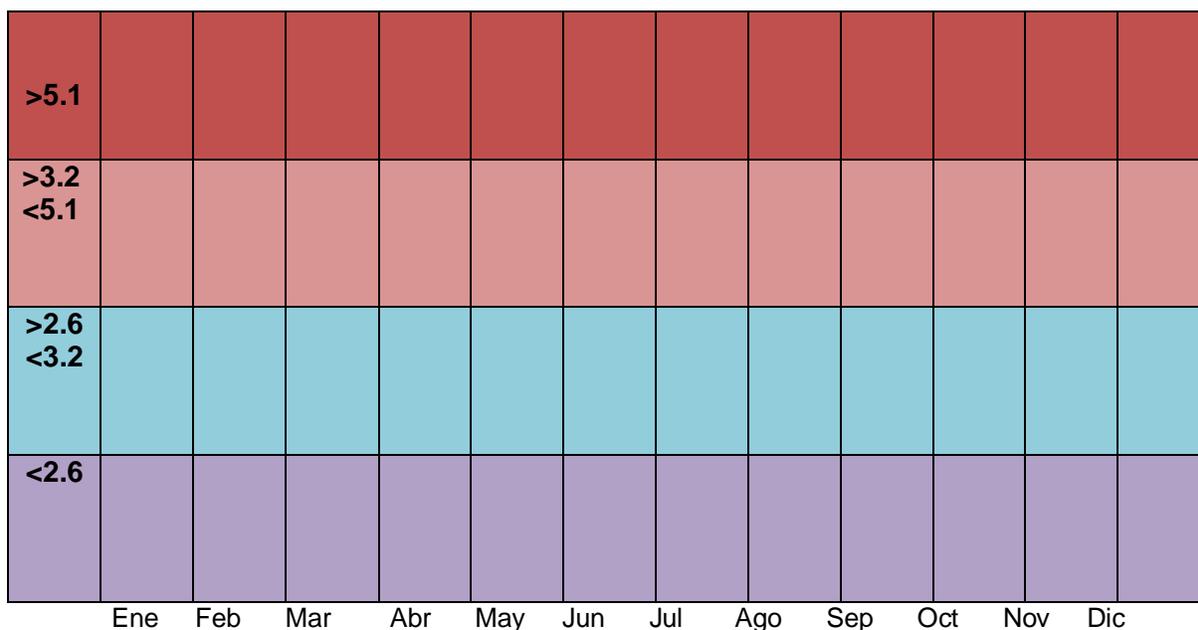
Nombre de la paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Médico: \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

FORMULARIO	IZQUIERDA		DERECHA	
	DOLOR	INFLAMACIÓN	DOLOR	INFLAMACIÓN
Hombro				
Codo				
Muñeca				
Metacarpofalángica  (MCF)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Interfálangea Proximal (IFP)	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
Rodilla				
Subtotal				
Total				

# DAS 28



- Actividad alta de la enfermedad
- Actividad media de la enfermedad
- Actividad baja de la enfermedad
- Remisión de la enfermedad

Tratamiento actual \_\_\_\_\_

Ajuste \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Resultado: \_\_\_\_\_

Escuela de Medicina de a Universidad de Stanford. Divisiòn de inmunología y Reumatologia. Por favor marque la respuesta que mejor describa sus habilidades usuales(comunes) durante la semana pasada.

Actualmente puede Ud:

**Vestirse y Arreglarse**

Sin ninguna dificultad	Con ninguna dificultad	Con mucha dificultad	No puedo hacerlo
------------------------	------------------------	----------------------	------------------

1. ¿Vestirse, incluyendo

Amarrarse los zapatos y

Abotonarse?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

2¿Lavarse la cabeza?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Levantarse**

3 ¿.Levantarse de una silla

Que no tiene brazos?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

4.¿acostarse y levantarse

De la cama?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Comer**

5.¿Cortar su comida con

Cuchillo y tenedor'

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6.¿levantar hasta su boca

Una tasa o vaso lleno?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

7.¿abrir un carton lleno de leche?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

**Caminar**

8.¿caminar al aire libre en

Terreno plano?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

9.¿Subir 5 escalones?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Por favor marque cualquier ayuda o aparato que Ud. Usa regularmente para estas actividades:

Bastón	<input type="checkbox"/>	Aparatos o instrumentos para vestirse	<input type="checkbox"/>
Aparato para caminar(andador).	<input type="checkbox"/>	Utensilios hechos especialmente para Ud.	<input type="checkbox"/>
Muletas	<input type="checkbox"/>	Silla hecha especialmente para Ud.	<input type="checkbox"/>
Silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	Otro Especifique _____	

Por favor marque las categorías para las cuales necesita regularmente ayuda de otra persona:

Vestirse y arreglarse	<input type="checkbox"/>	Comer	<input type="checkbox"/>
Levantarse	<input type="checkbox"/>	Caminar	<input type="checkbox"/>

Por favor marque la respuesta que mejor describa sus habilidades usuales (comunes) durante la semana pasada.

Actualmente puede Ud:

	Sin ninguna dificultad	Con ninguna dificultad	Con mucha dificultad	No puedo hacerlo
<b>Higiene</b>				
10. ¿Bañarse y secarse todo el cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ¿Bañarse en la tina de baño?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ¿Sentarse y levantarse del inodoro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ¿Alcanzar y bajar algo que pese 2Kgs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De una altura sobre la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ¿Agacharse para recoger ropa del	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Piso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Agarrar</b>				
15. ¿Abrir la puerta del auto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. ¿Abrir frascos que ya han sido abiertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. ¿Abrir y cerrar las llaves del agua?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Actividades</b>				
18. ¿Hacer sus compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. ¿Subir y bajar del auto?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. ¿Hacer sus tareas domésticas(quehaceres)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O trabajar en el jardín?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor marque cualquier ayuda o aparato que Ud. usa regularmente para estas actividades:

Asiento elevado para inodoro/excusado  Aparatos con extensión para el baño

Asiento para tina de baño (bañera)  Aparato con extensión para agarrar

Agarradera para tina de baño (bañera)  Otros (especifique) \_\_\_\_\_

Abridor de frascos que han sido anteriormente abiertos

Por favor marque las categorías para las cuales necesita regularmente ayuda de otra persona.

Higiene  Agarrar y abrir cosas

Alcanzar  Hacer compras(quehaceres)tareas domésticas

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No 20

**¿CUAL ES LA FUNCIÓN FÍSICA, ACTIVIDAD INFLAMATORIA Y GRADO DE DOLOR EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DESPUÉS DE UNA ESTRATEGIA EDUCATIVA?**

Pág.1 Hoja de recolección de datos

FOLIO/\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_/

Para el llenado de esta forma utilice tinta negra y letra de molde siguiendo las instrucciones especificadas. Lee y marca con una **X** la respuesta que consideres adecuada. No deje preguntas sin contestar.

FICHA DE IDENTIFICACIÓN

.Datos Generales Del Paciente.

1.- Nombre \_\_\_\_\_

Apellido Paterno

Apellido Materno

Nombre

2.- Domicilio \_\_\_\_\_

Colonia

Calle

No

Teléfono

3.- Fecha de Nacimiento /\_\_\_/\_\_\_ / \_\_\_/\_\_\_ / \_\_\_/\_\_\_

Día

Mes

Año

4.- Sexo 1.Masculino 2.Femenino /\_\_\_/\_\_\_

5.- Edad /\_\_\_/\_\_\_

Años

Especifique del 0 (como nulo ) al 10 (muy severo ) cuál es su percepción de dolor articular en este momento Marque con una x

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10



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:

**FUNCIÓN FÍSICA, ACTIVIDAD INFLAMATORIA Y GRADO DE DOLOR EN  
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DESPUÉS DE UNA  
ESTRATEGIA EDUCATIVA**

Patrocinador externo (si aplica):

Lugar y fecha:

Unidad de Medicina Familiar no. 20, Calzada. Vallejo 675 col. Magdalena de las salinas México  
D.F. Delegación G.A.M.

Número de registro:

R-2014-3515-7

Justificación y objetivo del estudio:

Determinar la eficacia de una estrategia educativa en pacientes con Artritis Reumatoide.

**Función física, actividad inflamatoria y grado de dolor** después de una estrategia educativa en pacientes con Artritis Reumatoide.

Procedimientos:

Aplicación de cuestionarios HAQ-I, DAS 28, EVA antes y después de una estrategia educativa para detectar cambios en cuanto a Función física, actividad inflamatoria y grado de dolor.

Posibles riesgos y molestias:

Ninguno

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:

El estudio servirá de retroalimentación ya que los resultados obtenidos del presente estudio contribuirán a detectar como pueden los pacientes con Artritis reumatoide llevar una vida satisfactoria y plena con calidad.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:

La publicación de los resultados se realizará respetando el anonimato de los participantes.

Participación o retiro:

Privacidad y confidencialidad:

Apegado a los códigos éticos de investigación en humanos como lo marca la Ley general de Salud

En caso de colección de material biológico (si aplica):

No autoriza que se tome la muestra.

Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.

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:

**Dra. María del Carmen Aguirre García 10859357**

Tel 55874422 extensión 15320

**Dra. María del Carmen Hernández Quiroz 7742266**

**Lic. Wendy Rosey Portillo 9935890**

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](mailto:comision.etica@imss.gob.mx)

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma



**Clave: 2810-009-013**