



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

**CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON EL GRADO DE
FUNCIONALIDAD EN MUJERES CON ARTRITIS REUMATOIDE**

TESIS

Que para obtener el título de
Médico Familiar

PRESENTA

Claudia Ivette Duran Salas

DIRECTOR DE TESIS
Rodrigo Villaseñor Hidalgo

Facultad de Medicina



Ciudad Universitaria, Cd Mx, 2018



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.

INDICE

RESUMEN.....	2
MARCO TEÓRICO.....	4
ANTECEDENTES CIENTÍFICOS.....	5
JUSTIFICACIÓN.....	13
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....	14
OBJETIVOS DE ESTUDIO.....	14
General.....	14
Específicos.....	14
HIPÓTESIS.....	14
ESPECIFICACIÓN DE LAS VARIABLES.....	14
IDENTIFICACION DE VARIABLES DE ESTUDIO.....	15
MATERIAL Y MÉTODOS.....	16
Universo de estudio.....	16
Población de estudio.....	16
Muestra de estudio.....	16
Determinación del tamaño de la muestra.....	16
Diseño de estudio.....	16
CRITERIOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA.....	16
Criterios de inclusión.....	16
Criterios de exclusión.....	17
Criterios de eliminación.....	17
PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA.....	17
Procesamiento de los datos.....	17
Análisis estadístico.....	17
Tipo de muestreo.....	17
Descripción maniobra experimental.....	17
DESCRIPCION DE INSTRUMENTO DE MEDICION.....	18
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	20
RESULTADOS.....	21
ANALISIS DE RESULTADOS.....	25
CONCLUSIONES.....	25
SUGERENCIAS.....	25
BIBLIOGRAFIA.....	27
ANEXOS.....	28
Consentimiento informado	28
Instrumento de evaluación.....	31

CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON EL GRADO DE FUNCIONALIDAD EN MUJERES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Villaseñor-Hidalgo R ¹ Azcarate-García E ² Durán-Salas I ³

Antecedentes: la artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune sistémica, crónica; caracterizada por inflamación poliarticular que puede conducir a destrucción articular progresiva y discapacidad. Afecta al 2% de la población mundial, la prevalencia en México es del 1.6%, constituye un problema de salud pública a nivel mundial debido a sus graves consecuencias funcionales y alto impacto económico y social. La relevancia de estas implicaciones radica en las restricciones en la capacidad funcional del individuo afectando su calidad de vida.

Objetivo: Determinar la calidad de vida y su relacion con el grado de funcionalidad en mujeres con artritis reumatoide

Material y métodos: Estudio observacional, analítico, prospectivo de corte transversal, en un grupo de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, a las cuales se les aplicará el cuestionario SF-36 para medir la calidad de vida. Se utilizará estadística descriptiva mediante prueba de Kruskal- Wallis para los datos obtenidos, presentándose en tablas y gráficos

Recursos e infraestructura: Pacientes derechohabientes del IMSS, áreas físicas de la unidad, computadora personal, base de datos de datos

Tiempo de desarrollo: un año (Marzo 2016 a Marzo 2017)

Palabras clave: Artritis reumatoide, calidad de vida, SF-36, prueba Kruskal-Wallis

1. Médico Familiar. Profesor adjunto de la Residencia UMF 94 IMSS.
2. Médico Familiar. Profesor Titular de la Residencia UMF 94 IMSS
3. Médico Residente de Segundo año de Medicina Familiar.

MARCO TEORICO

INTRODUCCION

Definición

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune sistémica, crónica de etiología desconocida, donde su principal órgano blanco es la membrana sinovial de articulaciones dartoideas; caracterizada por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico en cualquier momento de su evolución, que puede conducir a destrucción articular progresiva y discapacidad ⁽¹⁾

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica con implicaciones a diferente nivel (físico, personales, familiares, laborales, psicológicos). La relevancia de estas implicaciones radica en primer lugar en mantener la capacidad funcional normal del individuo; en segundo lugar, la disminución del dolor u otros síntomas de carácter físico, social pero todo psicológico, así también como consecuencias económicas; este impacto ha sido reconocido por las Naciones Unidas y por la Organización Mundial de la Salud

Reflejado en altos índices de discapacidad laboral y pensión por invalidez que generan un alto impacto en la economía, sin mencionar la disminución en la calidad de vida de los pacientes ⁽²⁾

Epidemiología

La artritis reumatoide es una de las principales enfermedades de etiología autoinmune afecta del 0.2 al 2% de la población mundial, mientras que la prevalencia en México es del 1.6%, con una prevalencia mayor en estado de Yucatán hasta el 2.8%

De acuerdo con el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI), se calcula que en México, más de 1 millón de personas padece Artritis Reumatoide tres de cada cuatro persona que la presentan son mujeres. Las estadísticas muestran que, del 100% de las mujeres que padecen esta condición, 75% está en edad productiva (entre 25 y 55 años), en tanto que en hombres sólo es el 25%, sin embargo se puede presentar a cualquier edad, con una tasa de mortalidad entre 1.3 a 3.9 veces mayor a la de la población general. En 50% la causa de mortalidad se ha visto asociada a eventos cardiovasculares

Según el boletín epidemiológico, aproximadamente el 70% de los pacientes con artritis reumatoide experimentan destrucción articular irreversible en el primer año de la aparición de la enfermedad y el 80% de los adultos en edad de productiva, experimentan dolor incapacitante, rigidez y disminución de la

capacidad funcional ⁽³⁾ dando lugar a limitaciones en las actividades y restricciones en el desempeño de roles sociales

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Entre el 30 y 40% de los pacientes presenta incapacidad laboral a los 5 años de diagnóstico y más del 50% sufre discapacidad grave a los 10 años de enfermedad. Por otro lado, entre el 15 y 20% de los pacientes requerirán artroplastia por destrucción articular en un plazo de 5 años ⁽⁴⁾

Diversos estudios han demostrado que los pacientes portadores de artritis reumatoide sufren peor calidad de vida en todas las dimensiones que la población en general, esto debido a que suelen limitar sus actividades diarias, la realización de estas actividades desencadena la aparición o el agravamiento del dolor, dando como consecuencia que el paciente no pueda llevar a cabo sus actividades diarias, lo que supone un deterioro de las expectativas normales del enfermo, induciendo problemas de tipo psicológico, como ansiedad o depresión, con esto deteriorando su calidad de vida en cada uno de los aspectos antes mencionados.

En el estudio elaborado por Andrés Capriotti *“Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide”*, estudio elaborado en la facultad de medicina y ciencias de la salud donde se realizó un cuestionario sobre la calidad de vida, se encontró que los participantes presentaron una mayor calidad de vida en las áreas de interacción social, ayuda social y habilidades físicas, las subescalas que más afectaron su calidad de vida fueron las de dolor y tensión nerviosa. Otro estudio realizado por López y cols, confirman la importancia de las variables psicosociales en la manera en como las personas asumen su enfermedad y en cómo estas afectan su calidad de vida, en el presente estudio se encontró que la mayoría de los pacientes perciben tener una buena calidad de vida, encontrándose un alto nivel de satisfacción en apoyo social, manifestando mejor grado de adaptación de la enfermedad, así también evaluaron el papel del apoyo social, en la experiencia, el dolor crónico y obtuvieron que la variable de apoyo social de la red familiar se constituía como predictiva de la ansiedad y depresión, así como del dolor de las enfermedades crónicas. La importancia de la función social en la calidad de vida de las personas con artritis reumatoide podría ser un reflejo de la satisfacción con su vida familiar y relaciones personales de amistad.

La artritis reumatoide está asociada con una morbilidad significativa y un alto grado de discapacidad funcional. Diversos estudios mencionan que entre los primeros 18 meses posteriores al inicio de la enfermedad, los pacientes con artritis reumatoide experimentan un deterioro importante en su capacidad

funcional y nivel de bienestar emocional comparable a los de otros pacientes portadores de enfermedades crónicas como lo son la diabetes o insuficiencia cardiaca

Se estima que el costo médico directo en dólares de la artritis reumatoide en México es de \$2.334, y el gasto de bolsillo de paciente es de \$610. Se ha encontrado que el 15% del ingreso familiar se destina a gastos, lo que se llega a considerar como gastos catastróficos en la economía familiar. El costo médico directo anual por se estima hasta en \$5.9444

FISIOPATOLOGÍA

La proteína C reactiva, un reactante de fase aguda que interviene en la fisiopatogenia de la artritis reumatoide. En pacientes con artritis reumatoide activa se presentan altas concentraciones que pueden alterar el metabolismo de los lípidos. Entre las opciones terapéuticas para artritis reumatoide se incluyen fármacos modificadores de la enfermedad y agentes biológicos. Estos fármacos interactúan con receptores de superficie celular, provocando una modificación de citocinas proinflamatorias, que a su vez modifican el perfil lipídico. El control del estado inflamatorio puede influir favorablemente en los niveles del perfil de lípidos.

Existe una predisposición genética a padecer la enfermedad. Así lo indica la tendencia a la agregación familiar, la elevada concordancia

La AR en los gemelos monocigóticos y la asociación significativa con algunos antígenos de histocompatibilidad. La asociación más significativa en los enfermos de raza blanca es con el HLADR4, el cual se considera además un marcador de gravedad de la enfermedad. En otros grupos étnicos están implicados otros antígenos HLA. Con seguridad, la contribución genética a la AR es más amplia que la atribuida a los genes ligados al complejo mayor de histocompatibilidad. La activación de los linfocitos T implica el reconocimiento del antígeno asociado al HLA. Este reconocimiento está supeditado a la formación de un complejo entre el antígeno, las moléculas del HLA de clase II y los receptores de los linfocitos T

Entre los anticuerpos formados destacan el factor reumatoide y los anticuerpos anticolágeno. Al propio tiempo la activación de los linfocitos T induce la producción de linfocinas como la interleucina 2, interleucina 4, interferón gamma, factor inhibidor de la migración de los macrófagos, factor quimiotáctico de los monocitos y el factor inhibidor de la migración de los leucocitos. En el líquido sinovial se halla la interleucina 1, citocina derivada de los macrófagos, con un amplio espectro de funciones, inmunológicas y de otro tipo que explican algunas manifestaciones locales y sistémicas de la artritis reumatoide

En la reacción desencadenada por la respuesta inmune en el medio sinovial se activan numerosos procesos que perpetúan la inflamación: sistemas del complemento, cininas, coagulación y fibrinólisis. El resultado de la activación de la coagulación es la formación de fibrina. Los mediadores de la inflamación estimulan las células sinoviales, las cuales proliferan, y en las capas profundas activan los fibroblastos para producir más tejido conjuntivo. Asimismo, se estimula la proliferación vascular; la angiogénesis. El hueso yuxtaarticular se reabsorbe por acción de los osteoclastos activados por las prostaglandinas o por productos solubles de las células mononucleadas. Los polimorfonucleares, atraídos por factores quimiotácticos liberados en el proceso de activación del complemento (C5a), por las linfocinas de las células T y por el leucotrieno B₄, atraviesan el endotelio y emigran hacia el líquido sinovial, donde fagocitan los complejos inmunes y se autodestruyen. Las moléculas de adhesión juegan un papel importante en la migración de las células inflamatorias hacia la sinovial. La liberación de enzimas lisosómicos perpetúa la respuesta inflamatoria. También se liberan radicales de oxígeno. Las prostaglandinas tienen una gran influencia en el desarrollo del proceso inflamatorio, aunque algunas, inhiben la proliferación como la PGE₂, de las células sinoviales y la formación de radicales libres.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Las características clínicas de la artritis reumatoide incluye no solamente las manifestaciones articulares sino un notable número de signos y síntomas extraarticulares.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes son dolor, rigidez, disminución de la movilidad articular. Dentro de la sintomatología articular la Artritis Reumatoide es una poliartritis que suele afectar a las extremidades superiores, produciendo una artritis simétrica del carpo y de las articulaciones interfalángicas proximales. Ello no excluye otras localizaciones, de modo que puede estar afectada. Suelen aparecer dolor y rigidez matutina (siendo éste un dato muy típico cuando se prolonga por más de 10 minutos y aparece tras el reposo prolongado o tras el descanso nocturno), tumefacción y sensibilidad anormal de las articulaciones enfermas.

Sintomatología extraarticular

Siendo la AR una enfermedad sistémica, en su evolución puede verse implicado la casi totalidad del organismo, además de las alteraciones articulares. Entre las no articulares, es posible encontrar una afectación inespecífica del estado general, que cursa con febrícula, malestar general, pérdida de peso moderada, así como una mayor frecuencia de infecciones. Los nódulos reumatoides aparecen hasta en el 30% de los casos, y suelen

desarrollarse en zonas de presión, es decir, en sacro, antebrazo y en el codo, sobre el olécranon; aunque también es frecuente observarlos en el tobillo

DIAGNOSTICO

Los nuevos criterios de clasificación de AR se aplican a una población con las siguientes características como se muestra en la tabla 1: • Presentar al menos una articulación con sinovitis clínica y que dicha sinovitis no pueda explicarse por el padecimiento de otra enfermedad. • Tener una puntuación igual o superior a 6 en el sistema de puntuación que se presenta en la tabla 1 y que considera la distribución de la afectación articular, serología del FR y/o anti-CCP, aumento de los reactantes de fase aguda y la duración igual o superior a semanas

Criterios diagnósticos para pacientes portadoras de artritis reumatoide indiferenciada que no es justificada por otras causas

Afectación articular		
1	articulación grande afectada	0
2-10	articulaciones grandes afectadas	1
1-3	articulaciones pequeñas afectadas	2
4-10	articulaciones pequeñas afectadas	3
>10	articulaciones afectadas	5
SEROLOGÍA		
	FR y anti-CCP negativos	0
	FR y/o anti-CCP positivos bajos (3 VN)	3
REACTANTES DE FASE AGUDA		
	VSG y PCR normales	0
	VSG y/o PCR elevadas	1
DURACIÓN		
	<6 semanas	0
	>6 semanas	1

Criterios de clasificación para AR. Factor Reumatoide (FR), Anticuerpos anti Péptido Cíclico Citrulinado (anti-CCP), Velocidad de Sedimentación Globular (VSG), Proteína C Reactiva (PCR), Valoración Normal (VN)

- Presentar al menos una articulación con sinovitis clínica y que dicha sinovitis no pueda explicarse por el padecimiento de otra enfermedad.
- Tener una puntuación igual o superior a 6 en el sistema de puntuación que se presenta en la tabla 1 y que considera la distribución de la

afectación articular, serología del FR y/o anti-CCP, aumento de los reactantes de fase aguda y la duración igual o superior a semanas

Estadio anatómico De acuerdo a los hallazgos radiográficos se clasifica en 4 estadios:

- I. Inflamación de tejidos blandos.
- II. Leve disminución espacio articular, quistes subcondrales.
Erosiones marginales, deformaciones articulares.
- III. Anquilosis fibrosa u ósea.

Evaluación del estado funcional

Clase funcional de acuerdo a las actividades que el paciente pueda realizar y a las limitaciones que tiene al hacerlo la funcionalidad

- I. Realiza actividades laborales y recreacionales.
- II. Realiza actividades laborales pero limitadas en actividades recreacionales.
- III. Limitado para actividades laborales y recreacionales.
- IV. Limitado en actividades laborales, recreacionales y de cuidado personal

Dentro de los principios generales del manejo de la AR se consideran elementos claves que deben normar el manejo del paciente con AR, como son diagnóstico temprano, tratamiento individualizado, seguimiento periódico, considerar comorbilidad

CALIDAD DE VIDA

En la actualidad, se acepta que tanto la salud como la enfermedad están condicionadas por situaciones que rebasan los estrechos límites del cuerpo y que tienen que ver con el comportamiento individual, el ámbito natural y social en el que se desenvuelve el paciente, es decir un enfoque desde la perspectiva biopsicosocial, valorando varios de los aspectos, como son la satisfacción del individuo, tomando en cuenta el índice general de bienestar y el grado de capacidad funcional, lo que implica un cambio importante en la calidad de vida de estos pacientes y los determinantes económicos de la propia realidad en la que se desenvuelven

La calidad de vida valora aspectos de la enfermedad que no sean estrictamente clínicos, sino relacionados con la vida diaria del paciente y en qué modo se ve afectada por la presencia de la patología, desde el punto de vista del propio paciente. Lógicamente esa valoración habrá de ser

multidimensional y se acepta generalmente incluir, al menos, cuatro dimensiones a evaluar: física, funcional, psicológica y social

La calidad de vida, globalmente considerada, es algo difícil de definir, depende de la escala de valores por la que cada individuo ha optado, de los recursos emocionales y personales de cada uno de ellos, se encuentra sometida a determinantes económicos, sociales y culturales, un rasgo distintivo es que se puede modificar con el transcurso del tiempo para un mismo individuo, su medición hace posible obtener información sobre la enfermedad, su impacto en la vida del paciente de una forma estandarizada, comparativa y objetiva

La calidad de vida del paciente debe ser estudiada de forma global entendiendo que nuestro paciente no puede tener una buena calidad de vida si no presenta una adecuada red de apoyo sobre todo la familiar. La postura de la familia ante la enfermedad crónica de uno de sus miembros resulta decisiva para optimizar la salud, el bienestar y la calidad de vida del enfermo, tratándose de un proceso complejo en el que no sólo es importante tomar en consideración la edad del enfermo, el tipo de enfermedad y su grado de limitación y pronóstico, sino también importantes factores socioculturales como las creencias y prejuicios en torno a la enfermedad o el grado de responsabilidades atribuidas a la persona por su situación actual

ARTRITIS REUMATOIDE Y CALIDAD DE VIDA

Una proporción grande de los pacientes portadores de artritis reumatoide desarrolla limitaciones funcionales y la mitad de todos ellos pierde capacidad de trabajo dentro de los primeros diez años de evolución de la enfermedad, con consecuencias socioeconómicas mayores que se añaden como factores de deterioro al problema de salud como tal influyendo también en la calidad de vida. En numerosas ocasiones, las limitaciones de la enfermedad o la ocurrencia de crisis, aumentan la dependencia y provocan frecuentes y prolongados ingresos hospitalarios. La incapacidad laboral permanente que se puede presentar repercute directamente en una importante pérdida de la calidad de vida

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

El médico familiar relaciona la importancia de integrar los cambios no solo a nivel sistémico, diagnóstico o tratamiento, sino también como todos los aspectos de la funcionalidad diaria en la vida del individuo modifica en mayor o menor medida el curso de la enfermedad.

En México la artritis reumatoide es considerada una de las causas más importantes de incapacidad funcional, una proporción grande de los pacientes con artritis reumatoide desarrolla limitaciones funcionales, la mitad de todos ellos pierde capacidad de trabajo dentro de los primeros diez años de evolución de la enfermedad,

La mayor parte de los pacientes portadores de artritis reumatoide presentan exacerbaciones y remisiones parciales o completas, en ocasiones de curso rápidamente progresivo, que al no limitarse provocan daño articular irreversible, limitación funcional y/o discapacidad, lo que provoca una disminución de la calidad de vida de los pacientes.

Una persona percibiéndose así misma como incapacitada, que en ocasiones esta incapacidad incluso para realizar actividades personales sencillas, siendo en ocasiones dependiente de los diferentes miembros de la familia. El presentar disminución en la funcionalidad, o bien en las diversas actividades diarias del paciente repercute directamente en su calidad de vida, siendo en muchas ocasiones estos pacientes portadores primarios de la economía familiar, mujeres jefas de familia, en edad no solo reproductiva mayoritariamente, sino también activas laboralmente, lo que nos lleva a cambios en la adaptabilidad de las actividades diarias, cambios en el estilo de vida, así como modificaciones en las actividades laborales, provocando varias complicaciones como lo son la disminución en el aporte económico tanto en el hogar como siendo un costo elevado en el sector salud como para el funcionamiento financiero del país ya que estos pacientes presentan años de vida productivos perdidos

Los períodos de exacerbación del dolor en la artritis reumatoide son una importante causa de pérdida de capacidad funcional, pérdida de tiempo laboral productivo y aumento de los costos indirectos de la enfermedad para el paciente y la sociedad. Por este motivo, es esencial lograr una correcta evaluación y manejo clínico de los pacientes con dolor.

Poder observar en que procesos de la salud enfermedad, al valorar las distintas áreas de la calidad de vida del individuo, es posible de alguna forma intervenir para mejorar en procesos previos de su funcionalidad o bien como puede reincorporarse ya sea a su vida productiva y social, mejorando así la vida del paciente

El Estudio utilizando la versión española del cuestionario genérico de salud Health Survey SF-36 (SF-36). El SF-36 consta de 36 ítems que cubren dos áreas: el estado funcional y el bienestar emocional, se utilizara estadística descriptiva para los datos obtenidos, presentando los datos en tablas y gráficos

La versión española de la SF – 36, validada por Alonso et al.²¹, incluye ocho subescalas que representan la capacidad física, el desempeño físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, desempeño social, desempeño emocional y salud mental. Las puntuaciones en estas escalas van de 0 a 100, en las que las puntuaciones más altas indican mejor calidad de vida.

TRATAMIENTO

Los AINE son de utilidad para tratar el dolor y la inflamación. Sin embargo, no modifican el curso de la enfermedad. Se utilizan al inicio de la enfermedad y deben ser prescritos en asociación con los FARME . También se pueden utilizar en caso de una recaída y ante la persistencia de síntomas no controlados a pesar de existir una buena respuesta objetiva a un FARME. Los glucocorticoides en especial se usan como terapia puente en función del tiempo necesario para que el FARME alcance niveles terapéuticos eficaces, o bien durante una recaída. Los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras gastroduodenales asociadas a AINE deben recibir gastroprotección a base de un inhibidor de bomba de protones [NE: 2, GR: A. Cualquier AINE debe utilizarse a dosis máxima durante al menos una semana antes de considerar que existe un fracaso terapéutico. Una vez controlados los síntomas, el AINE debe utilizarse a la dosis mínima eficaz y durante el menor tiempo necesario, ya que los eventos adversos son dependientes de la dosis y de la duración del tratamiento. En pacientes que continúan con actividad en pocas articulaciones a pesar de una buena respuesta terapéutica al régimen de FARME, los glucocorticoides de liberación lenta pueden infiltrarse de manera intraarticular con técnica estéril en cualquier momento de la enfermedad, descartando previamente un proceso de artritis séptica y durante un máximo de 3 a 4 veces al año. Debido a sus efectos secundarios, su uso deberá reducirse a la menor dosis posible y ser administrado por un corto periodo de tiempo, según como permita la actividad de la enfermedad

Cuando existe dolor grave, no hay respuesta a los tratamientos analgésicos previos y no existe opción quirúrgica, pueden administrarse analgésicos opiáceos. Existe evidencia limitada de la efectividad de los opiáceos orales débiles para el manejo analgésico efectivo en pacientes con AR, y desafortunadamente se presentan con frecuencia eventos adversos. Existe insuficiente evidencia del

JUSTIFICACION

En México la artritis reumatoide es un problema de salud pública debido a su alta prevalencia e incidencia, la cual afecta principalmente al grupo etario con mayor capacidad laboral y productiva, esta enfermedad induce varios procesos interactuantes como son la inflamación, el dolor, la pérdida de movilidad articular y deformidad; produciendo discapacidad, con ello la disminución de un gran número de funciones de la vida diaria, alterando de manera importante la independencia económica, el estado emocional y la interacción social de las personas que la padecen, todo ello con gran repercusión, provocando un cambio importante principalmente en su calidad de vida

Debido a su relevancia consideramos indispensable identificar y conocer la calidad de vida del paciente en cualquier momento de la evolución de su enfermedad, esto realizándolo en la población atendida en la Unidad de Medicina Familiar No 94 con la aplicación del instrumento SF-36, esperando que la información obtenida nos permita mejorar el manejo integral que se ofrece en las unidades médicas de primer contacto, siendo este el objetivo central del aspecto de la vida de estos pacientes

En la mayoría de los pacientes el curso de la enfermedad es progresivo, el empeoramiento de su salud a consecuencia de la destrucción articular, ocasiona un deterioro funcional importante, que afecta el estado psicológico y una pérdida considerable de la calidad de vida

El propósito de la medición de la calidad de vida en cualquier momento de la evolución de la enfermedad nos proporcionara una mejor valoración de la salud de los individuos y de las poblaciones, impactando así en las intervenciones terapéuticas futuras

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En México la artritis reumatoide provoca más de 200.000 hospitalizaciones anuales, 10% de los pacientes deja de trabajar dentro del primer año de inicio de la enfermedad mientras que un 50% está incapacitado después de 10 años, provocando invalidez permanente hasta del 2.5% por año, en cuanto a esto se ha encontrado que a mayor discapacidad, se incrementa considerablemente la percepción negativa en la calidad de vida en estos pacientes

En la Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS se atiende a una población adulta con artritis reumatoide de 3800 pacientes al año, pero no se conoce la calidad de vida que presentan estos pacientes, de acuerdo a su grado de funcionalidad, lo cual podría modificar la efectividad de la atención de los

mismos y así impactar en un futuro sobre la calidad de la misma y los materiales de la unidad

El conocer la calidad de vida que presentan estos pacientes, de acuerdo a su grado de funcionalidad, podría modificar la efectividad de la atención de los mismos, pudiendo permitir un tratamiento individualizado y así impactar en un futuro sobre la calidad de vida de estos pacientes,

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cómo es la calidad de vida y su relación con el grado de funcionalidad en pacientes portadoras de artritis reumatoide?

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la calidad de vida y su relación con el grado de funcionalidad en mujeres con artritis reumatoide

Objetivos Específicos

1. Reconocer los diferentes grados de funcionalidad en mujeres con artritis reumatoide.
2. Identificar el tipo de la calidad de vida en mujeres con artritis reumatoide.

HIPÓTESIS

Existe relación entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad en mujeres con artritis reumatoide

Hipótesis nula

No existe relación entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad en mujeres con artritis reumatoide

ESPECIFICACION DE VARIABLES

VARIABLES descriptoras

- Edad: Definida como el tiempo transcurrido del nacimiento a la fecha para fines del proyecto se consideran los años cumplidos referidos por el participante, la cual es una variable cuantitativa discreta, utilizando como categorías los siguientes intervalos: 20-39, 40-59, 60-79, mayor de 80 años.
- Género: Definido como coordinación genética que establece diferenciar entre hombre y mujer, ⁵⁶ para fines del estudio se considera como el

fenotipo expresado por el participante, la cual es una variable cualitativa dicotómica con una escala de medición nominal, utilizando como categorías: femenino o masculino.

IDENTIFICACIÓN DE LAS VARIABLES DE ESTUDIO

Variable independiente

Artritis reumatoide: Enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune y sistémica de etimología desconocida, caracterizada por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones con posible compromiso sistémico en cualquier momento de su evolución

Definición operacional: Criterios del colegio americano de reumatología para la clasificación del estado funcional en la artritis reumatoide:

- I. Realiza todas sus actividades de la vida diaria
- II. Realiza actividades diarias, limita actividades de entretenimiento
- III. Realiza actividades de autocuidado, pero limita actividades profesionales y de entretenimiento
- IV. Limita actividades de autocuidado, profesionales y entretenimiento

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal, policotómica

Categorización: Clase funcional I, II, III, IV

Variable dependiente

-Calidad de vida: Concepto que hace alusión niveles de la generalidad, depende de la escala de valores por la que cada individuo ha optado, de los recursos emocionales y personales de cada uno de ellos, sometida determinantes económicos, sociales y culturales, un rasgo distintivo es que se puede modificar con el transcurso del tiempo para un mismo individuo (dependiente)

Definición operacional: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general

Vitalidad, Función social, Rol emocional, Salud mental

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Categorización: Excelente, muy buena, buena, regular, mala

Sí me limita mucho, Sí me limita poco, No me limita nada

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizara en el servicio de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No.94 del IMSS de la delegación 2 norte

Universo de estudio

Pacientes adscritas a la Unidad de Medicina Familiar No94 del Instituto Mexicano del Seguro Social con diagnóstico de artritis reumatoide

Población de estudio

Pacientes derechohabientes, adscritas a la UMF No 94 con diagnóstico de artritis reumatoide que acudan a consulta durante el periodo comprendido del mes de marzo de 2016 al mes de marzo de 2017

Muestra de estudio

El procedimiento para obtener la muestra de este estudio se realizó por censo: se consultó la base de datos de la UMF No 94, se identificó las pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide; mediante el servicio de trabajo social, se localizó via telefónica a las pacientes para solicitarles previa información y presentación bajo consentimiento informado su participación en el estudio, se aplicara el cuestionario sobre calidad de vida (SF-36), así como los criterios para clasificación funcional de artritis reumatoide

Determinación del tamaño de la muestra

Se identificó a las pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide que acuden a sus citas de control en la UMF#94 mediante información de ARIMAC en el periodo comprendido de marzo 2016 a marzo 2017, se calcula la muestra con el 5% de porcentaje de error, con 95% de nivel de confianza, con un tamaño de población de 3800 pacientes, estimando una muestra recomendada de 30 pacientes

El tamaño de muestra calculado es de 30 sujetos de estudio.

Tipo de muestreo: No probabilístico, por conveniencia.

Diseño de estudio

Observacional, analítico, prospectivo y transversal, dirigido a las pacientes portadoras de artritis reumatoide adscritas a la UMF #94. El muestreo fue realizado con un total de 30 pacientes derechohabientes de la Unidad de Medicina Familiar No 94

CRITERIOS DE SELECCIÓN

Pacientes derechohabientes a la UMF No. 94 del IMSS que se eligieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide mayores de 18 años
- Pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide que acepten participar en el estudio bajo consentimiento informado

Criterios de exclusión

- Pacientes sin diagnóstico de certeza de artritis reumatoide al momento del estudio
- Pacientes que no acepten participaron en el estudio
- Pacientes que no contesten completo el cuestionario

Criterios de eliminación

- Pacientes que no pudieron ser localizadas para la elaboración del cuestionario
- Pacientes que se encontraron hospitalizados al momento del cuestionario

PROCEDIMIENTO PARA INTEGRAR LA MUESTRA

Una vez aprobado el proyecto de investigación, Se realizará la búsqueda de expedientes de pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide adscritas a la UMF No 94 en el transcurso de un año, por medio del sistema ARIMAC, con el apoyo de las asistentes médicas se citará por medio del servicio de trabajo social a las pacientes en un día y hora especificados en el aula 1 para la entrevista. La aplicación de los instrumentos será por medio de cuestionario entrevista clínica previo llenado del consentimiento informado, se aplicara el cuestionario SF-36. Los datos obtenidos se capturarán en una base de datos computacional en el programa SPSS

PROCESAMIENTO DE LOS DATOS.

Ya recolectada la información se creara una base de datos, se analizaran dichos datos para determinar la calidad de vida y el grado de funcionalidad en pacientes portadoras de artritis reumatoide, los datos obtenidos se representarán por medio de tablas y gráficas

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LA INFORMACION

Se aplicara estadística descriptiva y por porcentajes, la cual será presentada mediante cuadro y gráficos.

TIPO DE MUESTREO

No probabilístico por conveniencia.

DESCRIPCION DE LA MANIOBRA EXPERIMENTAL

Bajo consentimiento informado se aplicara el cuestionario sobre calidad de vida SF-36, así como los criterios para clasificación funcional de artritis reumatoide, se realizó el vaciado, concentración y análisis de datos en la hoja de recolección de los mismos

DESCRIPCION DE INSTRUMENTO DE MEDICION

Para medir la calidad de vida se utilizará la versión española del cuestionario genérico de salud SF-36.

La validación de las observaciones se llevó a cabo con base en la revisión de la guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de Artritis reumatoide. El SF-36 consta de 36 ítems que cubren dos áreas: el estado funcional y el bienestar emocional. El primero está representado por las siguientes dimensiones: función física (10 ítems), función social (2 ítems), limitaciones de rol por problemas físicos (4 ítems) y limitaciones de rol por problemas emocionales (3 ítems). El área de bienestar incluye las dimensiones de salud mental (5 ítems), vitalidad (4 ítems) y dolor (2 ítems). Finalmente, la evaluación general de la salud incluye la dimensión de la percepción de la salud general (5 ítems) y el cambio de la salud en el tiempo (1 ítem, que no forma parte de la puntuación final) para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde 0 (el peor estado de salud para esa dimensión) hasta 100 (el mejor estado de salud).

PROGRAMA DE TRABAJO

Durante el primer año de la residencia se llevó a cabo el seminario de investigación y se seleccionó el tema para la realización de esta tesis, y con esto el anteproyecto del protocolo, con búsqueda bibliográfica, marco teórico y el instrumento de estudio. En el segundo año se pretende que una vez autorizado y revisado por la asesora y el comité local de investigación se apliquen las encuestas, posteriormente se elaborará el protocolo en los meses abril a septiembre del 2017, se recolectará la muestra, para trabajar los resultados, realizar las gráficas, el análisis y concluir para su presentación.

ASPECTOS ETICOS (Ver consentimiento informado)

Este proyecto se apega a lo establecido en la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, artículo 4to, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 6 de abril de 1990. El reglamento de la ley general de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación, el 6 de enero de 1987.

El acuerdo por el cual se crea la comisión interinstitucional de investigación en Salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 19 de Octubre de 1983.

El acuerdo por el que se dispone el establecimiento de coordinaciones de proyectos prioritarios de salud, publicado en el Diario Oficial de la Federación el 24 de Octubre de 1984. La declaración de Helsinki de 1964 y sus modificaciones de Tokio en 1975, Venecia en 1983 y Hong Kong en 1989. El manual de Organización y Operación del Fondo para el Fomento de la Investigación Médica. Esta investigación por las características que presenta de no utilizar métodos invasivos o que afecten la integridad del individuo se puede clasificar como de riesgo bajo.

Se informara a las autoridades de la unidad, donde se llevara a cabo el estudio y los resultados encontrados se mantendrán en forma confidencial para uso exclusivo del departamento de enseñanza e Investigación de la UMF No.94 de la Ciudad de México.

Riesgo de la investigación.

El estudio se encuentra regido por los lineamientos internacionales de buenas prácticas clínicas, lineamientos nacionales bajo la supervisión de la comisión federal para la protección contra riesgos sanitarios (COFEPRIS), así como las reglas internas institucionales. Se contempla con un riesgo mínimo, debido a que es un estudio observacional, ya que se basa en la aplicación de cuestionarios

Contribuciones y beneficios del estudio para los participantes y la sociedad en su conjunto.

El beneficio de dicho estudio es determinar la calidad de vida y su relación con el grado de funcionalidad en mujeres con diagnóstico de artritis reumatoide, permitiendo conocer de forma integral cada uno de los aspectos que pueden impactar en el entorno del paciente

Confidencialidad.

De acuerdo a las normas nacionales e internacionales, los registros deberán ser anónimos, es decir se establecerá un código para identificar a los pacientes.

Condiciones para el consentimiento informado.

Los términos para la participación se explicarán en el lenguaje coloquial en el consentimiento informado, lo cual realizará el investigador, quien explicará este documento hasta cerciorarse que el paciente haya entendido cabalmente lo que se les ha explicado. El paciente será invitado a participar en el estudio y deberá de entender que puede acceder o no, asimismo que puede seguir o salir del estudio en el momento que él lo desee con la seguridad de que no tendrá represión alguna, además de que se les explicará que los investigadores no forman parte de la atención médica que recibe en el instituto.

Balance riesgo beneficio.

El estudio no representa ningún riesgo para la participante, por otra parte, pueden tener el beneficio de determinar la calidad de vida y la funcionalidad de las pacientes y así la atención integral

ANALISIS ESTADISTICO

Se utilizó análisis estadístico procesado con el programa estadístico SPSS v16.0. Mediante la prueba estadística Kruskal Wallis se compararon las variables de estudio calidad de vida y grados de funcionalidad

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES
CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON EL GRADO DE FUNCIONALIDAD
EN MUJERES CON ARTRITIS REUMATOIDE

Actividades	MES (año)	ABR 2017	MAY	JUN	JUL 2017	AGO 2017	SEP 2017	OCT 2017	NOV 2017	DIC 2017
Elaboración del Protocolo		P								
Selección del Instrumento		P R								
Presentación al CLIEIS para registro de protocolo									P	
Recolección de la información							P	P		
Elaboración de la base de datos							P			
Captura de la información				P	R					
Procesamiento de Datos								P		
Análisis de los Resultados								P		
Elaboración del escrito científico									P	

P = Programado

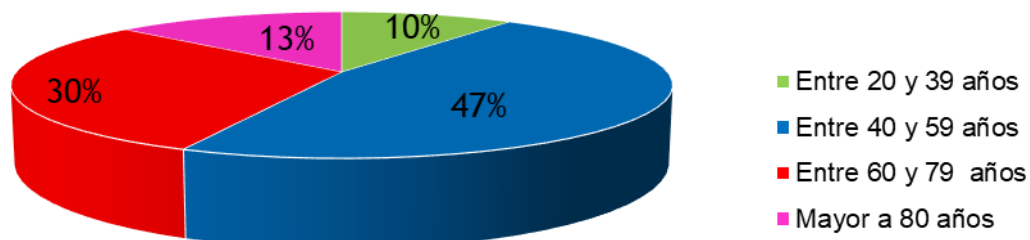
R = Realizado

RESULTADOS

EDAD DE LOS PACIENTES

	Edad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	27 años	1	3.3	3.3	3.3
	38 años	1	3.3	3.3	6.7
	39 años	1	3.3	3.3	10.0
	40 años	1	3.3	3.3	13.3
	43 años	1	3.3	3.3	16.7
	45 años	1	3.3	3.3	20.0
	51 años	1	3.3	3.3	23.3
	53 años	1	3.3	3.3	26.7
	54 años	3	10.0	10.0	36.7
	55 años	1	3.3	3.3	40.0
	56 años	1	3.3	3.3	43.3
	57 años	1	3.3	3.3	46.7
	58 años	1	3.3	3.3	50.0
	59 años	2	6.7	6.7	56.7
	60 años	1	3.3	3.3	60.0
	65 años	1	3.3	3.3	63.3
	67 años	2	6.7	6.7	70.0
	75 años	1	3.3	3.3	73.3
	76 años	1	3.3	3.3	76.7
	77 años	2	6.7	6.7	83.3
79 años	1	3.3	3.3	86.7	
81 años	1	3.3	3.3	90.0	
85 años	1	3.3	3.3	93.3	
	86 años	2	6.7	6.7	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Descripción: la edad mínima de los pacientes es de 27 años, mientras que la edad máxima es de 86 años.

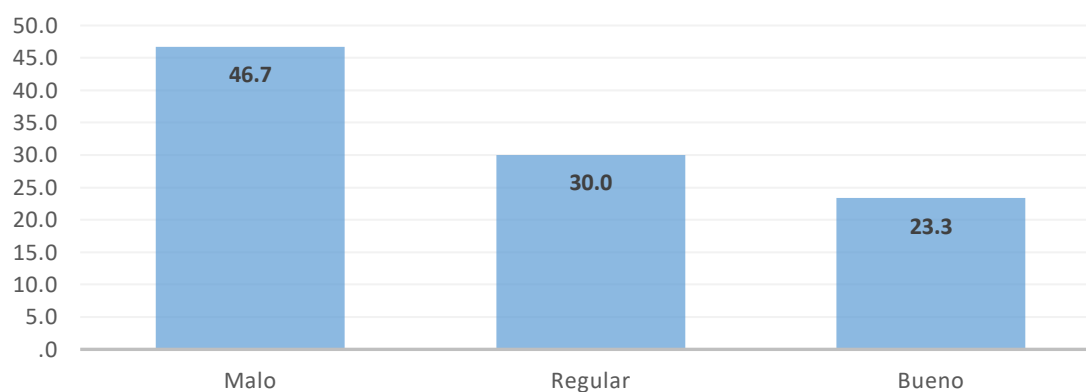


Descripción: la frecuencia de edad en mujeres con artritis reumatoide predomina en el grupo de edad entre 40 y 59 años, seguido del grupo de edad entre 60 y 79 años.

CALIDAD DE VIDA

	Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Malo	14	46.7	46.7	46.7
	Regular	9	30.0	30.0	76.7
	Bueno	7	23.3	23.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Calidad de vida

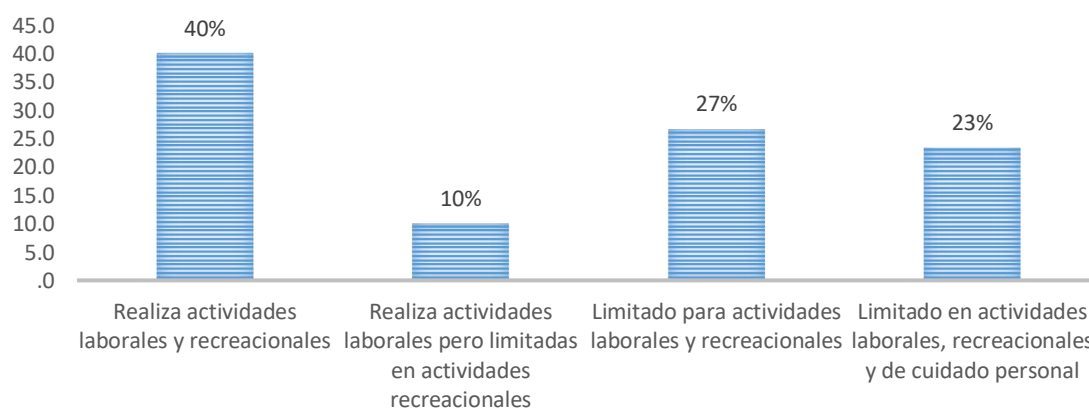


Descripción: De los participantes el 46.7% de las pacientes con artritis reumatoide indicaron tener una mala calidad de vida con una frecuencia de 14, el 30% tiene una regular calidad de vida, con una frecuencia de 9, mientras que el 23.3% de los pacientes indicaron tener una buena calidad de vida, con una frecuencia de 7

CLASE FUNCIONAL

	Clase funcional	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Realiza actividades laborales y recreacionales	12	40.0	40.0	40.0
	Realiza actividades laborales pero limitadas en actividades recreacionales	3	10.0	10.0	50.0
	Limitado para actividades laborales y recreacionales	8	26.7	26.7	76.7
	Limitado en actividades laborales, recreacionales y de cuidado personal	7	23.3	23.3	100.0
	Total	30	100.0	100.0	

Clase funcional



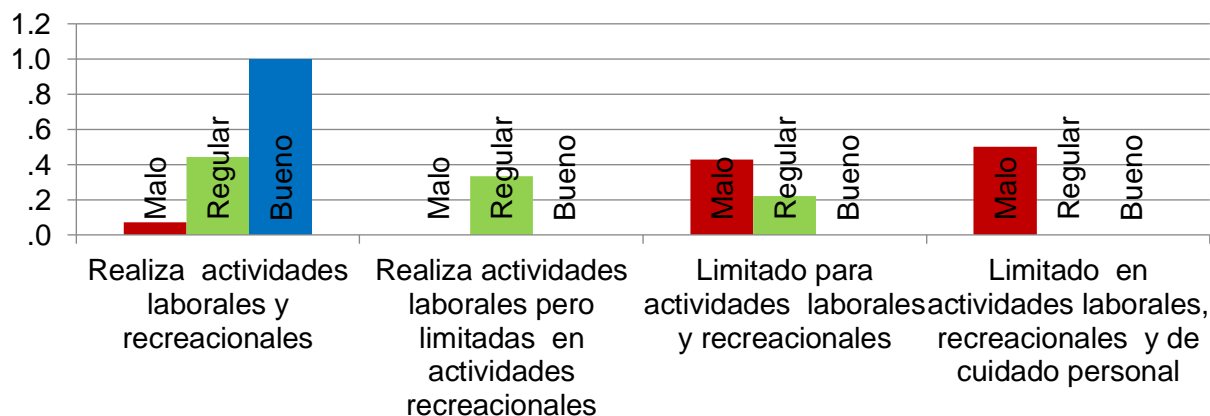
Descripción: del total de participantes con artritis reumatoide el 40% se encontraba en clase funcional I, con una frecuencia de 12. El 10% su clase funcional II con una frecuencia de 3. El 27% presentaba una clase funcional III con una frecuencia de 8, El 23% se encontraba en clase funcional IV con una frecuencia de 7.

RELACION CLASE FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA

Tabla de contingencia Calidad de vida* Clase funcional

		Clase funcional (calificación)				Total
		Realiza actividades laborales y recreacionales	Realiza actividades laborales pero limitadas en actividades recreacionales	Limitado para actividades laborales y recreacionales	Limitado en actividades laborales, recreacionales y de cuidado personal	
Calidad de vida (calificación)	Malo	Recuento 1	0	6	7	14
		% dentro de Calidad de vida (calificación) .1	.0	.4	.5	1.0
	Regular	Recuento 4	3	2	0	9
	% dentro de Calidad de vida (calificación) .4	.3	.2	.0	1.0	
	Bueno	Recuento 7	0	0	0	7
	% dentro de Calidad de vida (calificación) 1.0	.0	.0	.0	.0	1.0
Total		Recuento 12	3	8	7	30
		% dentro de Calidad de vida (calificación) .4	.1	.3	.2	1.0

RELACION CLASE FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA



ANALISIS DE RESULTADOS

Se encontró que este estudio coincide con los resultados de Díaz 2015, en donde se observa que la artritis reumatoide impacta negativamente en la calidad de vida

El SF-36 mostró buena discriminación entre correlación clínicos para aplicación del conocimiento sobre la calidad de vida, demostrando ser un estudio adecuado para la práctica clínica

El rango de edad de las pacientes portadoras de artritis reumatoide fue entre 40 y 59 años. Se puede observar que las pacientes el 47% de las pacientes presentaron mala calidad de vida. La clase funcional I fue la que predominó en nuestro grupo de estudio. En general se observa que aquellos pacientes que tienden a realizar alguna actividad laboral y recreacionales, o que solo realizan actividades laborales pero no recreacionales, tienden a tener porcentajes altos en calidad de vida buenos o regulares, al contrario de los pacientes que están limitados a actividades laborales y recreacionales y de cuidado personal, que sus porcentajes altos están calidad de vida malo

CONCLUSIONES

La evaluación de la calidad de vida en conjunto con la capacidad funcional, permite determinar la situación real de cada individuo ante la enfermedad, lo cual ayuda a un manejo integral del paciente

No solo se enfoca a la limitación del daño y progresión de la patología, sino que se centra en los factores psicosociales que más afectan a los pacientes

Se valida la hipótesis propuesta en el presente, donde se confirma que existe relación entre la calidad de vida y el grado de funcionalidad en mujeres con artritis reumatoide

En este estudio se encontró que a menor discapacidad, se incrementaba considerablemente la percepción de calidad de vida en estos pacientes

Para el grupo con Calidad de Vida Bueno, se encontró en los pacientes con edades entre los 20 y 40 años de edad, mientras que los pacientes con mala calidad de vida se encontraron entre 60 y 79 años

SUGERENCIAS

- Realizar seguimiento a este tipo de pacientes en cada Unidad de Medicina Familiar del IMSS, aplicarles el cuestionario SF 36, para conocer así la calidad de vida en nuestro primer nivel de atención
- Evaluar a cada paciente que presente enfermedad reumática, para conocer su calidad de vida y así incidir en la mejoría de la evolución de la enfermedad de cada uno de estos pacientes
- Se sugiere que este estudio se realice en otro periodo de tiempo en donde se aplique el cuestionario nuevamente para conocerlas si se presentó modificaciones en la capacidad funcional y conocer su relación con la calidad de vida con respecto al estudio previo
- De la misma manera será conveniente que los médicos familiares conozcan ampliamente el instrumento para identificar y conocer la calidad de vida del paciente en cualquier momento de la evolución de su enfermedad, no solo en enfermedades reumatológicas sino en cualquier

otra enfermedad de prevalente en nuestro entorno, esperando que la información obtenida nos permita mejorar el manejo integral que se ofrece en las unidades médicas de primer contacto.

BIBLIOGRAFIA

1. Cardiel MH, Rojas-Serrano J. Community based study to estimate prevalence, burden of illness and help seeking behaviour in rheumatic diseases in Mexico City. A COPCORD study. *Clin Exp Rheumatol*. 2002;20:617–24
2. Mould-Quevedo J, Peláez-Ballestas I, Vázquez-Mellado J, Terán-Estrada L, Esquivel-Valerio J, Ventura-Ríos L, et al. El costo de las principales enfermedades reumáticas inflamatorias desde la perspectiva del paciente en México. *Gac Med Mex*. 2008; 144:225–31.
3. Harris E, Budd R. Tratado de Reumatología. Kelley 7ª Ed. 2006;II(68):1111-1114.
4. Vinaccia S, Cadena J, Juárez F, Contreras F, Anaya JM. Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Int J Clin Health Psychol*. 2004; :91-103
5. Álvaro-Gracia JM, Pascual E, Jover JA, Aguilar MD, Dueñas I. Impacto de la artritis reumatoide sobre la discapacidad y la calidad de vida de los pacientes en España. xxxvii Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología Comunicaciones orales. *Reumatol Clin*. 2011;7(Núm. Espec Cong):1-22.
6. Chico-Capote A, Carballar-Alberteries L, Estévez del Toro M, García-Viniegras CRV, Pernas-González A. Factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con artritis reumatoide. *Revista Cubana de Medicina*. 2012;:48-60.
7. Funovits J, Aletaha D, Bykerk V, Combe B, Dougados M, Emery P, et al. The 2010 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism classification criteria for rheumatoid arthritis: methodological report phase I. *Ann Rheum Dis*. 2010;69:1589-95
8. Guipcar. Guía Práctica Clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España. Sociedad Española de Reumatología; 2007
9. Gómez A. Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide. *Reumatol Clin*. 2011;6(53):533-7.
10. González A, Icen M, Kremers HM, Crowson CS, Davis JM, 3rd, Therneau TM, et al. Mortality trends in rheumatoid arthritis: the role of rheumatoid factor. *J Rheumatol*. 2008; 35:1009-14.
11. Gámez-Nava JI, Gonzalez-Lopez L, Davis P, Suarez Almazor ME. Referral and diagnosis of common rheumatic diseases by primary care physicians. *Br J Rheumatol*. 1998;37(11):1215-9.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS 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:	CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON EL GRADO DE FUNCIONALIDAD EN MUJERES CON ARTRITIS REUMATOIDE
Lugar y fecha:	No aplica. Ciudad De México, Noviembre de 2017, Unidad de Medicina Familiar No. 94 del IMSS.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	La artritis reumatoide induce varios procesos interactuantes como son la inflamación, el dolor, la pérdida del movimiento articular y la deformidad; produciendo discapacidad, y con ello la disminución de un gran número de funciones de la vida diaria, alterando de manera importante la independencia económica, el estado emocional y la interacción social de las personas que la padecen, todo ello con gran repercusión, provocando un cambio importante principalmente en su calidad de vida. Debido a su relevancia consideramos indispensable identificar y conocer la calidad de vida del paciente en relación a su grado de funcionalidad, esto se realizará en la población atendida en la Unidad de Medicina Familiar No 94 con la aplicación del instrumento SF-36, esperando que la información obtenida nos permita mejorar el manejo integral que se ofrece en las unidades médicas de primer contacto, siendo este el objetivo central del aspecto de la vida de estos paciente
Procedimientos:	Recabar información del expediente electrónico de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide
Posibles riesgos y molestias:	Ninguna.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	identificar y conocer la calidad de vida del paciente en cualquier momento de la evolución de su enfermedad
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	El investigador responsable se ha comprometido a darme información oportuna sobre cualquier procedimiento alternativo adecuado que pudiera ser ventajoso para mi seguimiento médico (en su caso), así como responder cualquier pregunta y aclarar cualquier duda que le plantee acerca de los procedimientos que se llevaran a cabo, los riesgos, beneficios o cualquier otro asunto relacionado con la investigación.
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en que lo considere conveniente, sin que ello afecte la atención médica que recibo en el IMSS.
Privacidad y confidencialidad:	El Investigador me ha dado la seguridad de que no se me identificará en las presentaciones o publicaciones que deriven de este estudio, y que los datos relacionados con mi privacidad serán tratados de forma confidencial en caso de que el trabajo sea publicado.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	No aplica.
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	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): **No aplica.**

Beneficios al término del estudio:

Conocer la calidad de vida de pacientes portadoras de artritis reumatoide.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador responsable:

Dra. Esther Azcarate García, Matricula 99362280, teléfono 5767 27 99 extensión 21407 correo electrónico: esther.azcartateg@imss.gob.mx

Colaboradores:

Dra Claudia Ivette Duran Salas, matrícula 98369960, teléfono 5767 27 99 extensión 21407 correo electrónico: 12clau89@gmail.com

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

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Anexo 2: HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

CALIDAD DE VIDA Y SU RELACION CON EL GRADO DE FUNCIONALIDAD EN MUJERES CON ARTRITIS REUMATOIDE

El objetivo del presente estudio es determinar la calidad de vida y su relación con el grado de funcionalidad en mujeres con artritis reumatoide en la unidad de Medicina Familiar No 94 IMSS

Por favor conteste las siguientes preguntas para poder proceder a contestar el cuestionario

CUESTIONARIO SF-36

Marque una sola respuesta para cada una de las preguntas siguientes:

1. En general, usted diría que su salud es:

1 Excelente 2 Muy buena 3 Buena 4 Regular 5 Mala

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

1 Mucho mejor ahora que hace un año 2 Algo mejor ahora que hace un año

3 Más o menos igual que hace un año 4 Algo peor ahora que hace un año

5 Mucho peor ahora que hace un año

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal:

3. ¿Su salud actual le limita para hacer esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

4. ¿Su salud actual le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, limpiar el piso, jugar a lanzarse la pelota o caminar más de una hora?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

5. ¿Su salud actual le limita para coger o llevar encima el peso de la jaba de compras en la bodega o tienda?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

6. ¿Su salud actual le limita para subir varios pisos por la escalera?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

7. ¿Su salud actual le limita para subir un solo piso por la escalera?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

8. ¿Su salud actual le limita para agacharse o arrodillarse?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

9. ¿Su salud actual le limita para caminar diez o más cuadras (un kilómetro o más)?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

10. ¿Su salud actual le limita para caminar varias cuadras (200 a 900 metros)?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

11. ¿Su salud actual le limita para caminar una sola cuadra (100 metros)?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

12. ¿Su salud actual le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

1 Sí, me limita mucho; 2 Sí, me limita un poco; 3 No, no me limita nada

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas:

13. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

1 Sí; 2 No

14. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de su salud física?

1 Sí; 2 No

15. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

1 Sí; 2 No

16. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal) a causa de su salud física?

1 Sí; 2 No

17. Durante las 4 últimas semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí; 2 No

18. Durante las 4 últimas semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí; 2 No

19. Durante las 4 últimas semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

1 Sí; 2 No

20. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

1 Nada; 2 Un poco; 3 Regular; 4 Bastante; 5 Mucho

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

1 No, ninguno; 2 Sí, pero muy poco; 3 Sí, un poco; 4 Sí, moderado; 5 Sí, mucho; 6 Sí, muchísimo

22. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluye el trabajo fuera y dentro de la casa)?

1 Nada; 2 Un poco; 3 Regular; 4 Bastante; 5 Mucho

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted.

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió tan abatido que nada podía animarle?

1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?

1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo tuvo mucha energía?

1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?

1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió agotado?

1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Muchas veces; 4 Algunas veces; 5 Sólo alguna vez; 6 Nunca

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió feliz?

1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Algunas veces; 4 Sólo alguna vez; 5 Nunca

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿cuánto tiempo se sintió cansado?

1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Algunas veces; 4 Sólo alguna vez; 5 Nunca

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?

1 Siempre; 2 Casi siempre; 3 Algunas veces; 4 Sólo alguna vez; 5 Nunca
Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas.

1 Totalmente cierta; 2 Bastante cierta; 3 No lo sé; 4 Bastante falsa; 5 Totalmente falsa

34. Estoy tan sano como cualquiera.

1 Totalmente cierta; 2 Bastante cierta; 3 No lo sé; 4 Bastante falsa; 5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta; 2 Bastante cierta; 3 No lo sé; 4 Bastante falsa; 5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta; 2 Bastante cierta; 3 No lo sé; 4 Bastante falsa; 5 Totalmente falsa