



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

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

**UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 162**

**CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN  
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATIDE DE LA  
UMF/UMAA 162**

**T E S I S**

**QUE PARA OPTAR POR EL GRADO DE:  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:  
JORGE GERARDO NEGRETE ESCAMILLA**

**ASESOR DE TESIS:  
DR. JOSE LUIS MARTINEZ PEÑA  
DR. ARTURO BRUNO CRUZ MARTINEZ**



Ciudad de México, 2023



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

1. RESUMEN.....	1
2. MARCO TEORICO .....	2
2.1 MARCO EPIDEMIOLOGICO.....	2
2.2 MARCO CONCEPTUAL .....	3
2.3 MARCO CONTEXTUAL.....	11
3. JUSTIFICACIÓN .....	13
4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....	14
5. OBJETIVOS .....	14
5.1 OBJETIVO GENERAL.....	14
5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS .....	14
6. HIPOTESIS .....	15
6.1 HIPOTESIS ALTERNATIVA .....	15
6.2 HIPOTESIS NULA .....	15
7. MATERIAL Y METODOS.....	15
7.1 Periodo y sitio de estudio.....	15
7.2 Universo de trabajo .....	15
7.3 Unidad de análisis .....	16
7.4 Diseño del estudio.....	16
7.5 Criterios de selección.....	16
7.5.1 Criterios de inclusión.....	16
7.5.2 Criterios de exclusión .....	16
7.5.3 Criterios de eliminación.....	16
7.6 Control de calidad.....	16
7.6.1 Maniobra para evitar y controlar sesgos.....	16

7.6.2	Prueba piloto.....	17
8.	MUESTREO.....	17
8.1	Cálculo del tamaño de muestra.....	17
9.	VARIABLES.....	18
9.1	Operacionalización de las Variables.....	19
10.	DESCRIPCION DEL ESTUDIO.....	24
11.	ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	26
12.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	26
13.	RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.....	31
13.1	RECURSOS:.....	31
13.1.1	Humanos.....	31
13.1.2	Materiales.....	31
13.1.3	Económicos.....	31
13.2	Factibilidad.....	31
14.	LIMITACIONES DEL ESTUDIO.....	32
15.	BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS.....	32
16.	RESULTADOS.....	32
17.	DISCUSIÓN.....	44
18.	CONCLUSIÓN.....	47
19.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	48
20.	ANEXOS.....	51
20.1	Carta de consentimiento informado.....	51
20.2	Hoja de recolección de datos.....	52
20.3	Instrumento 1: Cuestionario de Calidad de Vida QOL-RAII.....	53
20.4	Instrumento 2: Cuestionario de discapacidad HAQ - versión española.....	54

# 1. RESUMEN.

## “CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF/UMAA 162”

*\*Jorge Gerardo Negrete Escamilla. \*\* Arturo Bruno Cruz Martínez\*\*José Luis Martínez Peña  
\*Residente de segundo Año de Medicina Familiar.  
\*\* Médico Familiar UMF/UMAA 162*

**Antecedentes:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad articular inflamatoria crónica, en México la prevalencia es de 1.6%. Afecta a las mujeres 2 a 3 veces más que a los hombres y se presenta a cualquier edad, con un pico de incidencia entre los 30 y 60 años y con una media a los 41 5 años. La AR constituye un problema de salud pública ya que provoca altos índices de discapacidad laboral y pensión por invalidez, así como disminución en la Calidad de Vida (CV) y deterioro de la Capacidad Funcional (CF). El costo médico anual directo de la AR en México es de \$2,334 así como un gasto del bolsillo del paciente de \$610 que representa un 15% del ingreso familiar. La AR afecta principalmente al grupo etario con mayor capacidad laboral y productiva.

**Objetivo:** Conocer la Calidad de vida y Capacidad funcional de los pacientes con Artritis Reumatoide de la UMF/UMAA 162.

**Material y Métodos.** se realizó un estudio transversal, descriptivo, correlacional, observacional, unicéntrico, por muestreo intencional, en 107 pacientes con artritis reumatoide de la UMF/UMAA 162, se aplicará un cuestionario junto con los instrumentos HAQ y QOL-RA II. Se llevará a cabo durante 5 meses, con la aplicación de aproximadamente 4 cuestionarios por día. Se utilizará Rho de Spearman para el análisis estadístico.

**Resultados:** La calidad de vida de los pacientes por el QOL-RA II fue buena (72%), con un promedio general de 6.70, con una discapacidad funcional leve (50.7%) por el HAQ, con un promedio general de 1.10, ambas variables tuvieron Rho de Spearman de -.363 con una  $p=0.000$ .

**Conclusión:** La CV fue buena, con una discapacidad funcional leve, existe una correlación negativa entre ambas variables, a mayor calidad de vida menor discapacidad funcional y viceversa. Los objetivos planteados fueron realizables, no hubo limitaciones para este estudio. Es el primer estudio llevado a cabo en esta unidad con respecto al tema, deja indicios para futuras investigaciones. Sugerimos implementar los instrumentos QOL-RA II y HAQ dos veces al año en la consulta de Medicina Familiar en los pacientes con AR, sugerimos envió a valoración por reumatología, psicología y rehabilitación una vez al año y envió antes con un puntaje  $< 5$  en el QOL-RA II y un puntaje  $> 1$  en el HAQ.

**Recursos:** El estudio logro llevarse a cabo en la unidad, ya que se cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios, así como con los pacientes que se requieren para el estudio.

**Experiencia del grupo:** se cuenta con la experiencia de la asesoría metodológica la cual se ha adquirido a través del adiestramiento en cursos y diplomados institucionales y por la UNAM.

**Palabras Clave:** Artritis reumatoide, calidad de vida, capacidad funcional, HAQ, QOL-RA II.

## **2. MARCO TEORICO**

### **2.1 MARCO EPIDEMIOLOGICO**

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad articular inflamatoria crónica con una prevalencia mundial de aproximadamente 5/1000 adultos.(1) En 2005, se estima que 1,5 millones, o el 0,6%, de los adultos estadounidenses de 18 años o más tenían AR.(2)

Con relación a su distribución geográfica, los lugares con mayor prevalencia corresponden a algunas tribus de indios americanos y esquimales, mientras que las de menor prevalencia se observó en países africanos y asiáticos.(3)

Actualmente, las cifras de prevalencia en España y Francia se muestran en 0.5 % y para América Latina, alrededor de un 0.4 % hasta un 1.2%.(4,5)

La prevalencia más elevada reportada hasta la fecha es en Argentina en un 2.4%.(5)

En México la prevalencia es de 1.6%,(6) además genera una gran carga económica y social para las familias y para los sistemas de salud. Produce discapacidad funcional y se asocia a disminución en la esperanza de vida de siete años en hombres y de tres en mujeres.(7,8)

La enfermedad afecta a las mujeres de 2 a 3 veces más a menudo que a los hombres y se presenta a cualquier edad, con un pico de incidencia entre los 30 y 60 años y con una media a los 41.5 años, la incidencia máxima se encuentra en la sexta década de la vida.(1-3,9)

Son factores predisponentes: sexo femenino, antecedentes familiares de AR, edad avanzada, exposición a los silicatos y tabaquismo. En cambio, el consumo elevado

de vitamina D, té y el uso de anticonceptivos orales se asocian con una disminución del riesgo de AR.(9)

Existe un debate en curso sobre si la prevalencia y la incidencia de AR está en aumento o decremento. Varios grupos han informado de una disminución de la incidencia de AR durante la segunda mitad del siglo XX. Por el contrario, parece que después de 1995, la incidencia de AR puede estar aumentando nuevamente.(10)

Anteriormente, la AR provocaba discapacidad e incapacidad para trabajar y un aumento de la mortalidad. Se ha logrado una mejora reciente en los resultados mediante una mejor comprensión de la fisiopatología de la AR y el desarrollo de mejores medidas de resultado y terapias.(1) Sin embargo dado el aumento de la esperanza de vida en todo el mundo, el número de ancianos con AR está aumentando. Esto es importante, ya que los objetivos terapéuticos difieren según el paciente, edad o presencia de factores de riesgo de infección, algo que tanto los médicos de atención primaria como los reumatólogos deben vigilar continuamente.(2)

## **2.2 MARCO CONCEPTUAL**

### **DEFINICIÓN**

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, progresiva y autoinmune caracterizada por un proceso de sinovitis inflamatoria y destrucción articular,(11)la cual se asocia a comorbilidades de tipo vasculares, metabólicas, óseas y psicológicas que, (12) se presenta mayormente en una edad productiva.(13)

## **ETIOLOGIA Y FACTORES DE RIESGO**

Se desconoce la causa de la AR. Sin embargo, los factores genéticos, ambientales, étnicos, geográficos y nutricionales interactúan y llevan al desarrollo de una reacción autoinmune y contribuyen al desarrollo de AR.

Diversos estudios en familiares han comprobado que dentro de la familia existe un alto grado de predisposición hacia la autoinmunidad.(1,14)

Muchos loci de genes están asociados con la AR. Sin embargo, ciertos antígenos HLA de clase II, como HLA-DRB1 \* 01 y HLA-DRB1 \* 04, contienen el epítipo "compartido", un tramo de 5 aminoácidos en la región responsable de la presentación del antígeno a los linfocitos T, y son los más cercanos asociados con la AR.(1,12)

En algunos estudios se ha demostrado que ciertos componentes del humo del cigarro como la nicotina, hidrocarburos y el monóxido de carbono, elevan la reacción inmunológica de las personas con AR. Así mismo, el tiempo-exposición al tabaco incrementa el riesgo de padecer la enfermedad, así como la existencia de una relación significativa entre el daño articular progresivo y niveles altos de factor reumatoide (FR).

El sobrepeso y la obesidad son patologías frecuentes en la población con AR que propician la elevación de los índices de la fase activa de la enfermedad y a su vez reducen la posibilidad de lograr y mantener la remisión de la AR.(15)

## **FISIOPATOLOGIA**

Se cree que la exposición del huésped genéticamente susceptible a desencadenantes ambientales da como resultado la desregulación inmunitaria (autoinmunidad) que sustenta la AR. La membrana sinovial, o revestimiento



celular de las articulaciones, es el objetivo principal de la autoinmunidad en la AR, aunque la vasculatura y otros sistemas orgánicos pueden verse afectados. (2) Tanto la respuesta inmune adaptativa como la innata están implicadas en el inicio y perpetuación de la AR; Las células T (particularmente del subconjunto Th1 y Th17) predominan en la membrana sinovial afectada. Las células presentadoras de antígenos estimuladas de forma aberrante interactúan con las células T y B en los ganglios linfáticos, promoviendo la producción de citocinas y quimiocinas, la diferenciación de linfocitos y la formación de autoanticuerpos. Los linfocitos T y B migran a las articulaciones e interactúan con macrófagos residentes, células dendríticas, sinoviocitos y osteoclastos, lo que resulta en el reclutamiento de células inflamatorias adicionales al espacio articular, producción de enzimas degradativas y citocinas inflamatorias (como el factor de necrosis tumoral [TNF] - alfa, interleucina [IL] -1 e IL-6), neoangiogénesis e hiperplasia de sinoviocitos. (12) Estas interacciones dan como resultado una sinovitis, que clínicamente se manifiesta como articulaciones inflamadas, calientes y sensibles. La sinovitis no tratada puede resultar en un pannus inflamatorio y destructivo que destruye el cartílago, el hueso y otras estructuras articulares, lo que resulta en deformidad articular y dolor crónico. (1) La importancia de la desregulación inmunitaria en la AR se destaca por la eficacia de nuevos agentes terapéuticos que se dirigen a citocinas y células inflamatorias específicas. (2)

### **El papel de la IL-6 en AR**

La IL-6 se encuentra elevada en el líquido y tejido sinovial en pacientes con AR. Esta interleucina induce la proliferación de células B, que al ser estimuladas producen anticuerpos tales como el FR. Los altos niveles de IL-6 promueven

hiperplasia de la membrana sinovial, causando secundariamente daño en el cartílago articular y destrucción ósea. La producción y los efectos de IL-6 se lleva a cabo en distintas etapas:

- En la etapa temprana de un proceso inflamatorio, es producida por monocitos y macrófagos inmediatamente después de la estimulación de los receptores tipo Toll (TLRs), los cuales producen IL-6.
- Cuando las células CD4 naïve son estimuladas, hay una producción de IL-6.
- La IL-6, junto con TGF- $\beta$ , promueve la diferenciación de la IL-17 para la producción de células T colaboradoras (Th17), que juegan un rol importante en la inducción de la respuesta autoinmune.
- La estimulación de estas células rompe el equilibrio inmunológico y tiene gran importancia patológica en las enfermedades inmunológicas y el desarrollo de enfermedades autoinmunes e inflamatorias.(16)

La inflamación es la vía fisiopatológica común entre la depresión y enfermedades crónicas como la AR. Se han encontrado concentraciones altas de IL-6 y proteína C reactiva (PCR) en pacientes con depresión. Otros estudios describieron elevaciones de IL-1-beta y del TNF-alfa. Frommberger et al. encontraron que la IL-6 estaba elevada en pacientes durante la fase aguda de la depresión y que esta disminuía luego de alcanzar la remisión, con esto podemos observar la estrecha relación entre ambas patologías. La depresión es una importante comorbilidad en pacientes con AR y se puede presentar de forma crónica o intermitente.(17,18)

## **EROSIONES ÓSEAS**

Las erosiones óseas son debidas a una inflamación sostenida y de larga evolución. Normalmente a nivel sinovial, se secretan diversas citocinas, de las cuales las de mayor importancia en la osteogénesis son el factor estimulador de colonias de macrófagos y el receptor activador del factor nuclear kappa-B (RANK L), los cuales promueven la diferenciación y maduración de osteoclastos y la invasión en la superficie del periostio, junto con el cartílago articular. La IL-6 actúa a nivel del cartílago bloqueando la síntesis de proteínas de la matriz del cartílago. En la AR, cuando los niveles séricos de IL-6 son muy elevados, hay un desequilibrio en la producción de osteoblastos y osteoclastos en el remodelado óseo, resultando en osteoporosis.(16)

## **COMPLICACIONES FUTURAS DE LA AR**

Se estima que los pacientes con AR presentan un incremento de 2 a 4 veces el riesgo de infecciones comparado con la población general, ya sea por la disfunción inmunológica que conlleva la enfermedad, las comorbilidades asociadas y/o el tratamiento inmunosupresor, lo que contribuye de manera importante a la morbimortalidad de estos pacientes. Por este motivo existen recomendaciones para la inmunización activa de pacientes con AR para la prevención de enfermedades infecciosas. De manera general en pacientes con AR se recomienda la vacuna contra la gripe y neumococo y la del herpes zoster en pacientes mayores de 50 años idealmente previo al inicio del tratamiento.(19)

La AR constituye un problema de salud pública en la actualidad debido a los altos índices de discapacidad laboral y pensión por invalidez que conlleva, además de

tener un gran impacto en la economía familiar y de las instituciones de salud, sin mencionar la disminución en la calidad de vida de los pacientes.(3)

### **CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA**

El manejo de la AR debe incluir una adecuada valoración clínica, análisis por laboratorio, diagnóstico radiológico, evaluación de la capacidad funcional, calidad de vida e impacto económico. Por tal razón se han desarrollado cuestionarios autoaplicables para pacientes con AR. La capacidad funcional “comprende las capacidades que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. Hay cinco dominios clave de la capacidad funcional, que los factores ambientales pueden ampliar (o restringir). Estas capacidades son: satisfacer la necesidad tomar decisiones; tener movilidad; establecer y mantener relaciones, y contribuir a la sociedad”.

Actualmente, el Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI) es el índice de elección más usado en México para determinar la capacidad funcional de los pacientes con AR y su relación con estilo de vida, vivienda, empleo y situación económica .En su traducción al español está integrado de 20 preguntas sobre las actividades de la vida diaria que evalúan movimientos finos de miembros superiores e inferiores, divididos en nueve categorías que incluyen vestimenta, alimentación, levantarse, caminar, higiene, alcanzar, agarrar objetos, arreglarse, entre otras actividades de la vida diaria. Éstas son evaluadas con cuatro rubros de respuesta que van desde «sin dificultad» hasta «imposibilidad o incapacidad para realizarlo», obteniendo un valor cuantificado de 0 a 3. Para el cálculo del puntaje global del cuestionario se toma el puntaje mayor como representativo de cada uno de los nueve subgrupos, se suman todos los parciales y se dividen entre nueve

para al final obtener estratos o grados de discapacidad funcional como leve (0-1.0), moderado (1.1-2.0), severo ( $> 2.1$ ).<sup>(8)</sup>

La discapacidad laboral ocurre tempranamente en el curso de la enfermedad. Muchos estudios han demostrado que la frecuencia de discapacidad laboral es de 20-35% después de los 2 a 3 años del inicio de la enfermedad alcanzando cifras del 42% luego de 6 a 10 años de duración de esta.<sup>(20)</sup>

La calidad de vida se define como: “percepción que tiene una persona sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance que está atravesado de forma compleja por la salud física de la persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno.”

En las últimas décadas, se ha presentado un gran interés en los prestadores de servicios de salud hacia la optimización de la calidad de vida (CV) en los pacientes con enfermedades crónicas. Muchas de estas enfermedades conllevan hacia un deterioro progresivo de la CV, pues afectan de alguna manera diferentes ámbitos de la vida laboral y social. En muchos casos, las limitaciones que ocasionan o la ocurrencia de crisis, incrementan la dependencia y provocan ingresos hospitalarios frecuentes y prolongados.<sup>(21)</sup>

Debido al compromiso articular y extraarticular, así como al riesgo de infecciones y osteoporosis, la AR limita ampliamente la CV de los pacientes y provoca en estos una significativa secuela sobre el estado psicológico, físico y social.<sup>(22)</sup>

La CV se considera un aspecto muy importante a evaluar en pacientes con AR. Para su evaluación ante patologías específicas, se han diseñado instrumentos

para su medición. El ACR (American College of Rheumatology) y OMERACT (Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials) reconocen la necesidad de utilizar diferentes instrumentos con este objetivo.(21,23)

De esta forma, se han desarrollado diversos índices para evaluar este aspecto de la enfermedad tanto de manera general: Medical Outcomes Study Short Form-36 Health Survey (SF36) y el European Quality of Life- 5 Dimensions (EQ-5D), así como específicos para AR: Rheumatoid Arthritis Quality of Life Scale (RAQoL) y Quality of Life in Rheumatoid Arthritis (QOL-RA Scale). Desafortunadamente la mayoría ha presentado dificultades para su cálculo y requieren de licencia, condición que genera una importante limitación en diversos países en vías de Desarrollo, sobre todo en el ámbito de la salud pública.(23) El índice QOL-RA fue desarrollado y publicado en inglés y adaptado en forma simultánea al español en el 2001 por Danao y cols.(24) Este instrumento evalúa 8 ítems, dentro de una escala tipo Likert a través de 8 preguntas, que incluyen: habilidades físicas, interacción con la familia y los amigos, y salud. Las mismas se contestan a través de una escala visual numérica con 10 posibilidades de respuesta, correspondiendo el valor 1 a muy mala calidad de vida y 10 a excelente.(23,25) Recientemente en 2018 Isnardi y cols, realizaron un estudio para validar este instrumento en una cohorte Argentina de 230 pacientes con AR, como resultado el cuestionario mostró validez de criterio y de constructo y no requiere licencia para su uso. Sin embargo, observaron como limitante la redundancia en dos preguntas, por lo cual en 2019 y con autorización por la autora del cuestionario original, desarrollaron una nueva versión en español, a la que llamaron QOL-RA II,

se aplicó a 430 pacientes con AR y demostró buena validez de constructo, reproducibilidad y facilidad de completar y calcular. (26)

### **2.3 MARCO CONTEXTUAL**

Ambriz y col en 2015 en el Hospital general de México realizaron un estudio para determinar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de enfermedades crónicas que impactan en la morbimortalidad de los pacientes a nivel mundial, las cuales fueron: AR, osteoartritis, diabetes mellitus, insuficiencia renal terminal, población geriátrica y un grupo control. Se usaron diversos instrumentos para estudiar a la población. Concluyeron que la CVRS en pacientes con AR es mala y equiparable a lo que sucede en pacientes con enfermedades crónicas (insuficiencia renal terminal y diabetes mellitus). Las enfermedades reumáticas deben considerarse padecimientos de alto impacto y por ello merecen mayor atención.(27)

Salazar y col en el Hospital Universitario «Dr. José Eleuterio González», en Nuevo León México, en 2018 llevaron a cabo un estudio para Valorar la relación entre la productividad laboral y ciertos factores propios de la AR como grado de actividad de la enfermedad, nivel de discapacidad, carga laboral, calidad de vida, farmacoterapia recibida y comorbilidades asociadas. Se aplicaron los cuestionarios, RAQoL, HAQ-DI, WPAI-AR y DAS28-PCR. Se realizaron correlaciones entre las características clínicas obtenidas y la capacidad laboral por WPAI-AR y se demostró que existe una correlación positiva entre el grado de actividad de la AR, capacidad funcional, calidad de vida y con el rendimiento laboral de la población estudiada. La asociación más fuerte se encontró con la capacidad funcional. (6) De igual forma en Europa en 2019 Martinec, Pinjatela y

Balen, realizaron un estudio de CV en pacientes con AR en el cual concluyen que al igual que otras investigaciones similares, el dolor y la capacidad funcional pueden tener un impacto importante en la CV de los pacientes con AR a través de las restricciones y sensaciones físicas desagradables que provoca.(28)

En el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) solo hay un estudio del 2017 donde Espinoza, Hernández y Cerdán, evalúan la calidad de vida y su relación con la capacidad funcional en la UMF No 66, en Veracruz, en 217 pacientes aplican la el instrumento QOL-RA para CV y HAQ para capacidad funcional, en el cual concluyen que existe una buena calidad de vida y discapacidad leve para los pacientes con AR adscritos a dicha unidad y que además existe una correlación negativa entre ambas variables. (29)

En nuestra clínica contamos con una población total para el año 2020 de 62, 858 usuarios, con una población en el sexo masculino de 29,485 usuarios mientras que, en el sexo femenino de 33,373, de los cuales para ese año dentro de los Principales Padecimientos Subsecuentes En Consulta Externa De Medicina Familiar se reportaron 1242 pacientes con AR, la cual se posiciono en el lugar No 16 con una prevalencia del 1.9%, un poco elevada con respecto a la prevalencia nacional e internacional.(30)

Esta información nos da un panorama sobre la AR en nuestra población a estudiar, la cual refleja una alta prevalencia en comparación a las bibliografías consultadas, es importante estudiarla por la afectación tan importante que genera en la CV de quien la padece, además de que de igual forma podemos darnos cuenta que las investigaciones sobre esta patología en nuestra clínica y delegación es nula, y en otros lados de la república es pobre, tenemos que hacer



énfasis en este padecimiento, detección y referencia oportuna, así como un seguimiento lineal para poder atenuar sus repercusiones en la CV de nuestra población adscrita ya que como médicos familiares y pilares de la atención primaria es nuestro deber primordial así como trabajar con el segundo y tercer nivel como equipo multidisciplinario.

### **3. JUSTIFICACIÓN**

La AR constituye un problema de salud pública en la actualidad debido a los altos índices de discapacidad laboral y pensión por invalidez que conlleva, además de tener un gran impacto en la economía familiar y de las instituciones de salud, sin mencionar la disminución en la CV de los pacientes.

En México, se estima que la AR tiene una prevalencia del 1,6% y afecta principalmente al grupo etario con mayor capacidad laboral y productiva.

Se estima que el costo médico directo de la AR en México es de \$2.334, y el gasto del bolsillo de paciente aproximado es de \$610. Se ha demostrado que el 15% del ingreso familiar se destina a los gastos por AR, lo que representa un gasto considerable en la economía familiar. Un tratamiento adecuado y oportuno aumenta la probabilidad de limitar la progresión del daño articular y, consecuentemente, mejorar la funcionalidad y la CV del paciente y disminuir el impacto socioeconómico que genera, por este motivo es de importancia para nuestra población adscrita conocer cómo se encuentra la capacidad funcional y CV de pacientes con AR, para evaluar de manera individualizada la mejor ruta de manejo y referencia oportuna, así como mantener una continuidad en el seguimiento de esta patología.

## **4. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

La prevalencia de AR está aumentando en los últimos años en México, en la UMF la prevalencia es alta y se ha posicionado entre las 20 principales causas de consulta subsecuente, está tomando importancia entre los padecimientos crónicos que ocasionan discapacidad y afección en la CV, hay pocos estudios en México acerca de CV y capacidad funcional en pacientes con AR, además de que se han probado pocas escalas específicas para CV en estos pacientes, en nuestra unidad se desconocen estos apartados es por eso que nos hacemos la siguiente pregunta:

¿Cuál es la capacidad funcional y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide de la UMF/UMAA 162?

## **5. OBJETIVOS**

### **5.1 OBJETIVO GENERAL**

Conocer la Capacidad Funcional y Calidad de Vida de los pacientes con Artritis Reumatoide de la UMF/UMAA 162

### **5.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Determinar el grado de Capacidad Funcional por medio del instrumento HAQ en pacientes con Artritis Reumatoide.
2. Identificar cual es el nivel de Calidad de Vida por medio del instrumento QOL-RA II en pacientes con Artritis Reumatoide.
3. Identificar si existe correlación entre la capacidad funcional y calidad de vida en los pacientes con Artritis Reumatoide.

## **6. HIPOTESIS**

### **6.1 HIPOTESIS ALTERNATIVA**

La capacidad funcional autopercebida tendrá un grado leve de discapacidad y la calidad de vida será buena en los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide adscritos a la UMF/UMAA 162.

### **6.2 HIPOTESIS NULA**

La capacidad funcional autopercebida tendrá un grado moderado de discapacidad y la calidad de vida será mala en los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide adscritos a la UMF/UMAA 162.

## **7. MATERIAL Y METODOS**

### **7.1 Periodo y sitio de estudio.**

La investigación se realizará en un periodo de 5 meses, en la UMF con UMAA No 162 "Tláhuac" del Instituto Mexicano del Seguro Social, se realizará la recolección de datos por medio de la aplicación de una hoja de recolección de datos, así como del Cuestionario de discapacidad HAQ al español y el cuestionario QoL-RA II a pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide que acepten y firmen la carta de consentimiento informado.

### **7.2 Universo de trabajo**

Pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide de la UMF con UMAA No 162 "Tláhuac" del turno matutino y vespertino, estos comprenden un total de: 1242.

### **7.3 Unidad de análisis**

Pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide de la UMF/UMAA 162 de ambos turnos, que aceptaran participar en el estudio y firmen la carta de consentimiento informado.

### **7.4 Diseño del estudio**

No experimental, transversal, descriptivo, correlacional, observacional y unicéntrico.

### **7.5 Criterios de selección**

#### **7.5.1 Criterios de inclusión**

- Pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide de la UMF/UMAA 162 ambos turnos que deseen participar en el estudio y firmen la carta de consentimiento informado.

#### **7.5.2 Criterios de exclusión**

- Pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide que no deseen participar en el estudio.

#### **7.5.3 Criterios de eliminación**

- Cuestionarios incompletos.

### **7.6 Control de calidad**

#### **7.6.1 Maniobra para evitar y controlar sesgos**

Para el Sesgo de Selección, en este estudio se controlará, ya que los investigadores realizarán los cuestionarios directamente a los pacientes siempre y cuando cumplan los criterios de inclusión.

### 7.6.2 Prueba piloto

Se tomará una muestra previa de 10 pacientes para verificar que el instrumento para aplicar sea claro y no cause problemas o muchas dudas su realización.

## 8. MUESTREO

No probabilístico, intencional.

### 8.1 Cálculo del tamaño de muestra

Se realizó un estudio de tipo no probabilístico intencional, donde se presenta una población finita de 1242 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide reportados en el diagnóstico de salud del 2020 de la Unidad de Medicina Familiar con Unidad de Atención Ambulatoria No. 162 y una prevalencia de 1.6% de Artritis Reumatoide en México, por lo que se decide utilizar la siguiente fórmula para proporciones finitas:

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

n=Muestra

N=Total de la población a estudiar

Z=Índice de riesgo deseado

p=prevalencia del fenómeno en estudio

q= 1-p

d=precisión del estudio (2-10%)

Datos

n=Muestra

N=1242 pacientes con Artritis Reumatoide reportados en año del 2020

Z=2.58 de tablas

$$p=0.016$$

$$q= 1 -0.016=0.984$$

$$d^2=(0.03)^2 = 0.0009$$

**SUSTITUCIÓN:**

$$n = \frac{1242x(2.58)^2(0.016)(0.984)}{(0.03)^2(1242 - 1) + (2.58)^2(0.016)(0.984)}$$

$$n = \frac{1242x(6.65)(0.016)(0.984)}{(0.0009)(1242) + (6.65)(0.016)(0.984)}$$

$$n = \frac{130.03}{1.11 + 0.104}$$

$$n = \frac{130.03}{1.214}$$

**n = 107 pacientes con Artritis Reumatoide.**

## **9. VARIABLES.**

**Variables sociodemográficas:**

- Edad
- Sexo
- Estado civil
- Escolaridad

**Variables dependientes**

- Calidad de vida

## **Variables independientes**

- Capacidad funcional

## **Otras variables**

- comorbilidades
- Tiempo de evolución de la enfermedad
- Actividad física
- Tabaquismo
- Índice tabáquico
- Tratamiento médico

### **9.1 Operacionalización de las Variables**

#### **Variables sociodemográficas:**

*Nombre de la variable: Edad*

Definición conceptual: Tiempo transcurrido a partir del nacimiento de un individuo.

Definición operacional: años cumplidos al momento del Interrogatorio.

Tipo de variable: Cuantitativa

Escala de medición: Continua

Indicador: Número de años

*Nombre de la variable: Sexo:*

Definición conceptual: En biología, el sexo es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos, y hacen posible una reproducción que se caracteriza por una diversificación genética

Definición operacional: Diferencia constitutiva del hombre y la mujer

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición Nominal Dicotómica

Indicador: 1=Femenino, 2=Masculino.

*Nombre de la variable: Estado civil*

Definición conceptual: Situación de las personas físicas determinada por sus relaciones de familia, provenientes del matrimonio o del parentesco, que establece ciertos derechos y deberes.

Definición operacional: Interrogatorio

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal politómica

Indicador: 1=Soltero 2=Casado 3=Unión libre 4=Viudo 5=Divorciado

*Nombre de la variable: Escolaridad*

Definición conceptual.

Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento docente.

Definición operacional: Nivel de escolarización hasta el momento del estudio

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Ordinal

Indicador: 1=Primaria 2= Secundaria 3= Preparatoria, 4= Licenciatura, 5=

Posgrado

**Variable dependiente**



*Nombre de la variable: Calidad de vida*

Definición conceptual: la percepción que tiene el individuo de su posición en la vida con respecto a la cultura y los sistemas de valores en los que vive, y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto amplio que incluye salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, creencias personales y su relación con características sobresalientes de su entorno

Definición operacional: medición mediante aplicación de cuestionario QoI-RA II

Tipo de variable: Cualitativa/cuantitativa

Escala de medición: Ordinal/Intervalo

Indicador: 1=<5 mala calidad de vida, 2=>5 buena calidad de vida/ Para el cálculo del puntaje global del cuestionario se toma el puntaje de cada una de las ocho dimensiones, se suman y se dividen entre ocho.

### **Variable independiente**

*Nombre de la variable: Capacidad funcional*

Definición conceptual: la facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales en la cotidianidad, dentro de un amplio rango de complejidad.

Definición operacional: medición mediante aplicación de índice HAQ el cual mide grados de discapacidad.

Tipo de variable: Cualitativa/cuantitativa

Escala de medición: Ordinal/Intervalo

Indicador: 1=leve (0-1.0), 2= moderado (1.1-2.0), 3= severo (> 2.1) / Para el cálculo del puntaje global del cuestionario se toma el puntaje mayor como representativo de cada una de las ocho dimensiones, se suman y se dividen entre ocho.

### **Otras variables**

*Nombre de la variable: Comorbilidad*

Definición conceptual: término utilizado para describir dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona.

Definición operacional: antecedente de padecimiento de Diabetes mellitus tipo 2 y/o Hipertensión arterial sistémica al momento del interrogatorio.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal politómica

Indicador: 1= Hipertensión arterial sistémica, 2= Diabetes mellitus tipo 2, 3= ambos

*Nombre de la variable: Tabaquismo*

Definición conceptual: Adicción al consumo del tabaco

Definición operacional: antecedente de consumo de tabaco al momento del interrogatorio.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: Nominal Dicotómica

Indicador: 1=SI, 2=NO.

*Nombre de la variable: Índice tabáquico*

Definición conceptual: Indicador de la relación entre el número de cigarros y los

años fumando.

Definición operacional: Cálculo mediante número de cigarrillos que fuma al día por los años fumando entre la constante de 20.

Tipo de variable: Cualitativo

Escala de medición: ordinal

Indicador: 1= <10 nulo, 2= 10 a 20 moderado, 3= 21 a 40 intenso, 4= >41 alto

*Nombre de la variable: Actividad física*

Definición conceptual: Todo movimiento del cuerpo que hace trabajar a los músculos y requiere más energía que estar en reposo.

Definición operacional: cuestionar sobre si realiza algún tipo de actividad físico

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición Nominal Dicotómica

Indicador: 1=SI, 2=NO

*Nombre de la variable: Tiempo de evolución de la enfermedad*

Definición conceptual: Tiempo que pasa desde el diagnóstico de una enfermedad hasta la actualidad.

Definición operacional: cantidad de años transcurridos desde que se le diagnóstico la artritis reumatoide.

Tipo de variable: cualitativa

Escala de medición: ordinal

Indicador: 1= 0-5 años 2= 6-10 años, 3= 11-15 años, 4= > 15 años.

*Nombre de la variable: Tratamiento*

Definición conceptual: Conjunto de medios (higiénicos, dietéticos, farmacológicos, quirúrgicos o físicos) que se ponen en práctica para curar o aliviar una enfermedad.

Definición operacional: Tratamiento médico actual que recibe para la artritis reumatoide.

Tipo de variable: Cualitativa

Escala de medición: nominal, politómica

Indicador: 1=Paracetamol, 2= AINES(Naproxeno, indometacina, celecoxib) 3= Esteroides(prednisona), 4= FARMES (Metotrexate, sulfasalazina, lefuonamida, hidroxicloroquina o cloroquina).5=Terapia biológica (Etanercep, Infliximab Adalimumab), 6= Otros, especifique

## **10. DESCRIPCION DEL ESTUDIO**

Se realizó un estudio no experimental, transversal, descriptivo, correlacional, observacional, unicéntrico, en un periodo de 5 meses con muestreo de tipo no probabilístico, intencional, en pacientes con Artritis Reumatoide, se aplicaron los cuestionarios a pacientes del turno matutino y vespertino que acudieron a la consulta externa de Medicina Familiar de la UMF/UMAA 162. De acuerdo con el muestreo intencional, se abordó a cada paciente que el investigador selecciono en la sala de espera y se les invito a participar en dicho estudio a quienes cumplían los criterios de inclusión. Se explico al participante el proceso del estudio de la investigación. Posteriormente se solicitó firmar del consentimiento informado y se aplicó el cuestionario donde se registró la fecha de realización de encuesta, nombre completo, edad, sexo, nivel de escolaridad, estado civil, si fuma y cuantos

cigarros fuma al día, si realiza actividad física, tiempo de diagnóstico con artritis reumatoide, tratamiento médico actual que recibe.

Para evaluar la capacidad funcional se aplicó el índice HAQ, en su traducción al español el cual está integrado de 20 preguntas sobre las actividades de la vida diaria que evalúan movimientos finos de miembros superiores e inferiores, divididos en nueve categorías que incluyen vestimenta, alimentación, levantarse, caminar, higiene, alcanzar, agarrar objetos, arreglarse, entre otras actividades de la vida diaria. Éstas son evaluadas con cuatro rubros de respuesta que van desde «sin dificultad» hasta «imposibilidad o incapacidad para realizarlo», obteniendo un valor cuantificado de 0 a 3. Para el cálculo del puntaje global del cuestionario se tomó el puntaje mayor como representativo de cada uno de los ocho subgrupos, se suman todos los parciales y se dividen entre ocho para al final obtener estratos o grados de discapacidad funcional como leve (0-1.0), moderado (1.1-2.0), severo (> 2.1)

Para evaluar la calidad de vida se aplicó el cuestionario QOL-RA II, este instrumento evalúa 8 ítems, dentro de una escala tipo Likert a través de 8 preguntas, que incluyen: habilidades físicas, interacción con la familia y los amigos, y salud. Las mismas se contestan a través de una escala visual numérica con 10 posibilidades de respuesta, correspondiendo el valor 1 a muy mala calidad de vida y 10 a excelente. Para su evaluación se utilizará como media el valor de 5, teniendo buena calidad de vida todos los pacientes que califiquen por arriba de este valor.

Se llevo a cabo en un tiempo promedio de 10-15 minutos. Se realizaron aproximadamente 4 cuestionarios por día, en un periodo de 5 meses. Los datos

obtenidos se recolectaron en el programa de Excel 2016 para hacer una base de datos la cual se exporto en el programa SPSS 25.0 para la realización de tablas y gráficos.

## **11. ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

- Variables cualitativas: Se utilizarán proporciones
- Variables cuantitativas: En resultados con distribución normal se utilizará media y desviación estándar.
- Las correlaciones para variables cualitativas/cuantitativas se realizó mediante prueba de prueba de Rho de spearman.

## **12. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

De acuerdo con el **reglamento de la ley federal de salud en materia de investigación para la salud**, publicado en el diario oficial de la federación el 6 de enero de 1987, actualmente vigente y actualizado por última vez en 2014, nuestra investigación cumple lo siguiente:

En base al **Artículo 13** en que toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Estas medidas serán llevadas a cabo en nuestro trabajo ya que solo se usarán los datos en el ámbito de investigación para obtener los datos estadísticos para la unidad y todo previo a un consentimiento informado. De acuerdo con el **artículo 14**, nuestra investigación se realizará en seres humanos (pacientes de la UMF/UMAA 162), y ya que los datos que deseamos obtener sobre el grado de capacidad funcional y de calidad de vida en

pacientes con artritis reumatoide de la unidad no se pueden obtener por algún otro medio, se le otorgará un consentimiento informado por escrito para ser firmado por ellos mismos. Dicha investigación será realizada por un médico en formación en medicina familiar (quien cuenta con título y cedula profesional de médico general) y un especialista medico familiar (con título y cedula profesional de especialista), con previa autorización del Instituto Mexicano del Seguro Social y del comité de ética del mismo instituto, para la cual se cuenta con los recursos humanos y materiales necesarios para garantizar el bienestar del sujeto de investigación.

**Nuestra investigación, acorde al artículo 17**, se considera una investigación **categoría II** (Investigación con riesgo mínimo), la cual consiste en: Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios. Debido a que puede modificar en nuestro caso las variables psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, ya que se aplicarán cuestionarios para obtener datos sociodemográficos, así como la aplicación de dos instrumentos, uno para calidad de vida y otro para capacidad funcional.

Se aplicará un consentimiento informado como menciona el **artículo 20** por medio del cual se obtiene autorización de su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna. El cual cumple los puntos especificados en el **artículo 21**.

**De acuerdo con la Declaración de Helsinki** de la Asociación Médica Mundial sobre principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos, 64<sup>a</sup> Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013 en su apartado 4, 7 y 8:

Nos comprometemos a llevar a cabo el deber del médico sobre promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes. Nuestra investigación médica estará sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

El objetivo principal de la presente investigación es generar nuevos conocimientos, y nunca se tendrá primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

Cumplimos con cada uno de los puntos principales de la declaración de Helsinki en nuestra investigación y además se someterá a evaluación por un comité de ética del IMSS.

De acuerdo con las pautas éticas internacionales para la investigación biomédica en seres humanos Preparadas por el **Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS)** en colaboración con la Organización Mundial de la Salud Ginebra 2002 y de acuerdo con la **Pauta 8** en base a los Beneficios y riesgos de participar en un estudio: en nuestra investigación de acuerdo a la ley federal de salud en su apartado en materia de salud en el artículo 17 se considera categoría II con riesgo mínimo, por lo cual todos los riesgos se encuentran minimizados ya que solo se aplicará una encuesta a los participantes que cumplan los criterios de inclusión, sin la realización de ninguna otra intervención y/o procedimiento.

De acuerdo con el **Código de Nüremberg** publicado el 20 de agosto de 1947:

I. Es absolutamente esencial el consentimiento voluntario del sujeto humano. Es un punto que se cumple y lleva a cabo en base al artículo 20 y 21 de la ley federal de salud.



En base al **comité de ética de medicina familiar** elaborado en julio de 2003, por médicos especialistas en medicina familiar, representantes de instituciones de salud, instituciones educativas, miembros del Colegio Mexicano de Medicina Familiar, AC. En el Capítulo 4. Deberes y responsabilidades para el desarrollo del conocimiento en Medicina Familiar (investigación) con respecto a la conducta profesional del médico familiar deberá regirse por el contenido de los siguientes artículos:

Artículo 2. Concebir a la investigación de calidad como un instrumento fundamental para generar conocimiento que contribuya al progreso y consolidación de su especialidad; debe ser congruente y consistente con los principios filosóficos, valores éticos, morales y con las normas éticas, leyes y regulaciones nacionales e internacionales vigentes en la materia. Nuestra investigación se enfoca en el primer nivel de atención, nos ayudará a establecer un conocimiento de un grupo específico de la población que está adscrita a la UMF/UMAA 162.

Artículo 3. Planear y desarrollar proyectos de investigación bajo la vigilancia de Comisiones y/o Comités de Investigación y Ética de las instituciones asistenciales y/o educativas en las que labore. Con forme a este punto nuestro trabajo será supervisado y autorizado por las instancias correspondientes.

Artículo 4. Aplicar el principio de que la salud y el bienestar de todas las personas son prioridades que se anteponen a cualquier proyecto de investigación y debe siempre ponderar beneficios y riesgos. Como ya se mencionó nuestro estudio es una investigación sin riesgo y a pesar de que no se realizara experimentación en

seres humanos se otorga un consentimiento informado para poder tener la autorización para usar los datos obtenidos de la población en estudio.

9. Reconocer los alcances y limitaciones de su producción científica; los resultados deben ser siempre fiel reflejo de lo observado, medido y analizado en sus proyectos de investigación. El investigador principal se compromete a realizar un adecuado análisis estadístico usando una herramienta de análisis estadístico (SPSS), además de ser asesorado por personal capacitado en estadística.

De acuerdo con el **INFORME BELMONT** sobre “Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación” publicado en U.S.A. el 18 de Abril de 1979, con respecto a sus principios éticos:

**RESPECTO;** Nuestra investigación respeta la autonomía de los sujetos de estudio, así como su decisión de ingresar voluntariamente al estudio y la libre elección de continuar o abandonar el estudio en cualquier momento que lo desee el participante. Se informará ampliamente en que consiste dicho estudio y se resolverán dudas.

**BENEFICENCIA;** nuestra investigación como se ha mencionado en puntos anteriores es considerada una “investigación con riesgo mínimo”, en la cual el único procedimiento que se llevara a cabo será la aplicación de un cuestionario, reiterando a los participantes en base al principio de **JUSTICIA**, que los beneficios obtenidos serán meramente estadísticos para la unidad y terapéuticos solamente en situaciones que lo ameriten, todo en base a los resultados obtenidos, sin embargo no se excluye que cada paciente continuara en seguimiento para el control de su enfermedad en la consulta con su médico Familiar, además de seguimiento anual en la consulta de Reumatología.

Todo lo anterior sustentado en el consentimiento informado, que cada participante leerá cuidadosamente y firmará si acepta participar en nuestra investigación.

## **13. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD**

### **13.1 RECURSOS:**

#### **13.1.1 Humanos**

- Médico residente medicina familiar
- Asesor de protocolo (2 asesores)

#### **13.1.2 Materiales.**

- Computadora (1 equipos)
- Plumas (20 plumas)
- Hojas (500 hojas)
- Consentimiento informado

#### **13.1.3 Económicos.**

El presente trabajo no tiene financiamiento institucional ni extrainstitucional. Los consumibles fueron financiados con los recursos económicos de los investigadores.

### **13.2 Factibilidad.**

Se realizó dentro de las instalaciones de la UMF 162, previo consentimiento informado, y de manera directa al interrogar a pacientes con Artritis Reumatoide que decidieron participar en el estudio, se analizaron resultados y se obtuvieron conclusiones.

## 14. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La limitación más importante de este estudio es la fidelidad y veracidad de los datos que nos proporcionan los pacientes.

## 15. BENEFICIOS ESPERADOS Y USO DE RESULTADOS

Se identificaron las probables áreas de oportunidad que se pueden trabajar para un manejo adecuado de pacientes con capacidad funcional moderada y severa y con calidad de vida mala.

Mejorar la calidad de vida de los pacientes con el ajuste de tratamiento antirreumático para mejorar las afecciones en su vida cotidiana.

Se sugiere a los médicos familiares el envío pertinente al servicio de Reumatología, Rehabilitación y Psicología de ser necesario.

## 16. RESULTADOS

Se entrevistaron a 107 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide, la edad la media de la población fue de 61.03, la mediana 62, la moda 65 y una desviación estándar de 11.46(tabla 1).

**Tabla1. Distribución por edad**

Edad en años cumplidos		
N	Válido	107
	Perdidos	0
Media		61.03
Mediana		62.00
Moda		65
Desv. Desviación		11.462

La tabla 2 nos muestra que en su mayoría de los pacientes entrevistados fueron mujeres con un 85% (91), en su mayoría con respecto al estado civil eran casados con el 62.6% (57) y referente al grado de escolaridad predomino el grado de secundaria con 37.38% (40).

En la mayoría de los pacientes respecto al tiempo de evolución de la enfermedad se encuentra predominantemente el grupo de menor a 5 años de evolución con el 48.6% (52) de los pacientes. Con respecto a las comorbilidades la mayoría no tuvo ninguna comorbilidad con un 45.8% (49).

En mayor proporción los pacientes no realizan actividad física un 69.2% (74), ni tampoco fuman un 84.1% (90), al contrario, predominan aquellos en los cuales el tratamiento incluye el uso de FARME con un 85% (91).

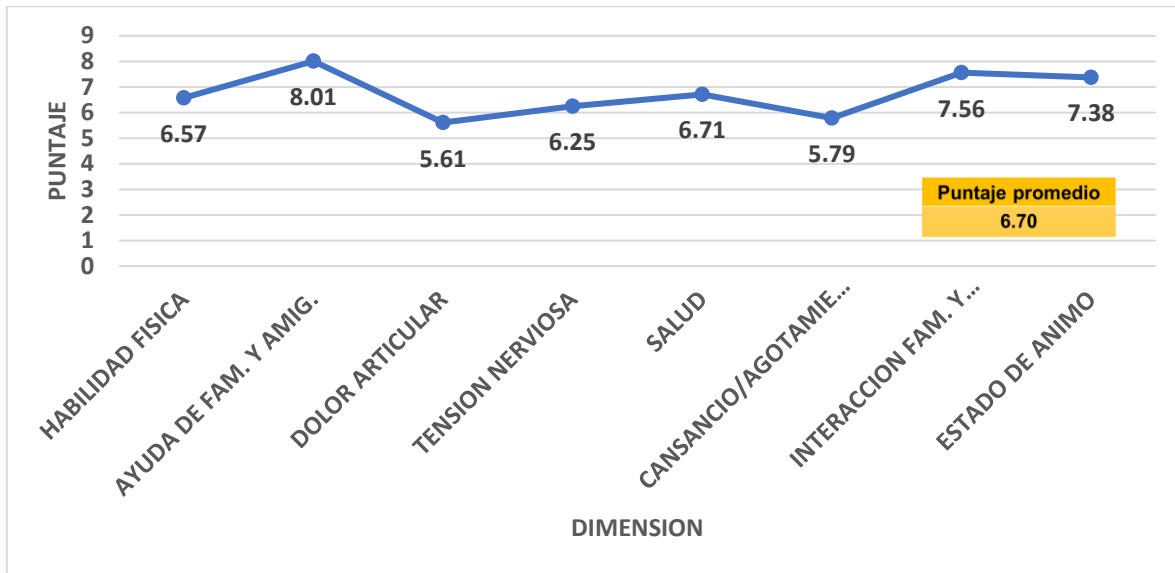
**Tabla 2. Características de la población con Artritis reumatoide.**

	n(%)
<b>Sexo</b>	
Masculino	16(15)
<b>Femenino</b>	<b>91(85)</b>
<b>Estado civil</b>	
Soltero	6(5.6)
<b>Casado</b>	<b>67(62.6)</b>
Unión libre	10(9.3)
Viudo	15(14)
Divorciado	9(8.4)
<b>Escolaridad</b>	
Primaria incompleta	18(16.82)
Primaria completa	27(25.23)
<b>Secundaria</b>	<b>40(37.38)</b>
Preparatoria	6(5.61)
Licenciatura	16(14.95)

Posgrado	0(0)
<b>Tiempo de evolución de la enfermedad</b>	
<b>0-5 años</b>	<b>52(48.6)</b>
6-10 años	9(8.4)
11-15 años	12(11.2)
>15 años	34(31.8)
<b>Comorbilidades</b>	
Diabetes Meillitus tipo 2	9(8.4)
Hipertension Arterial	37(34.6)
Ambos	12(11.2)
<b>Ninguna</b>	<b>49(45.8)</b>
<b>Actividad física</b>	
Si	33(30.8)
<b>No</b>	<b>74(69.2)</b>
<b>Tabaquismo</b>	
Si	17(15.9)
<b>No</b>	<b>90(84.1)</b>
<b>Uso de FARME</b>	
<b>Si</b>	<b>91(85)</b>
no	16(15)

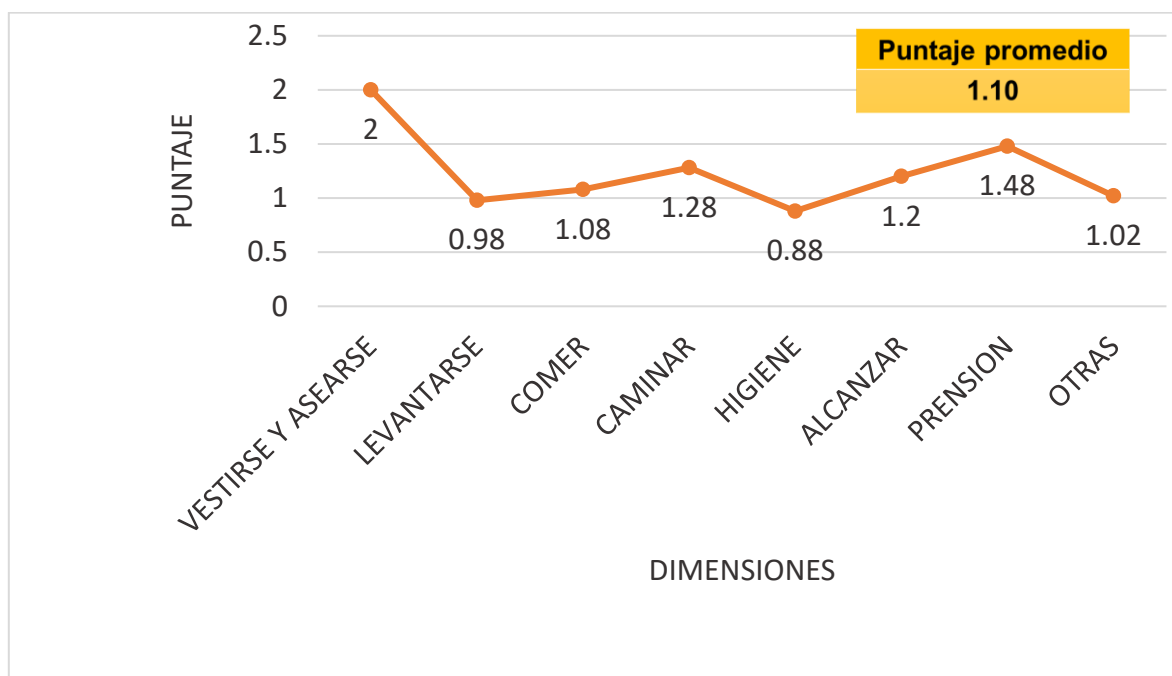
Con respecto a la puntuación obtenida del instrumento QOL-RA II la puntuación promedio de nuestra muestra fue de 6.7(buena calidad de vida) y por dimensión podemos observar que la ayuda recibida por familia y amigos obtuvo el mayor puntaje con 8.01 puntos y el puntaje más bajo lo obtuvo la dimensión de dolor articular con 5.61 puntos (Grafica 1).

**GRAFICA 1. PUNTAJE PROMEDIO DE LAS DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO QOL-RA II**



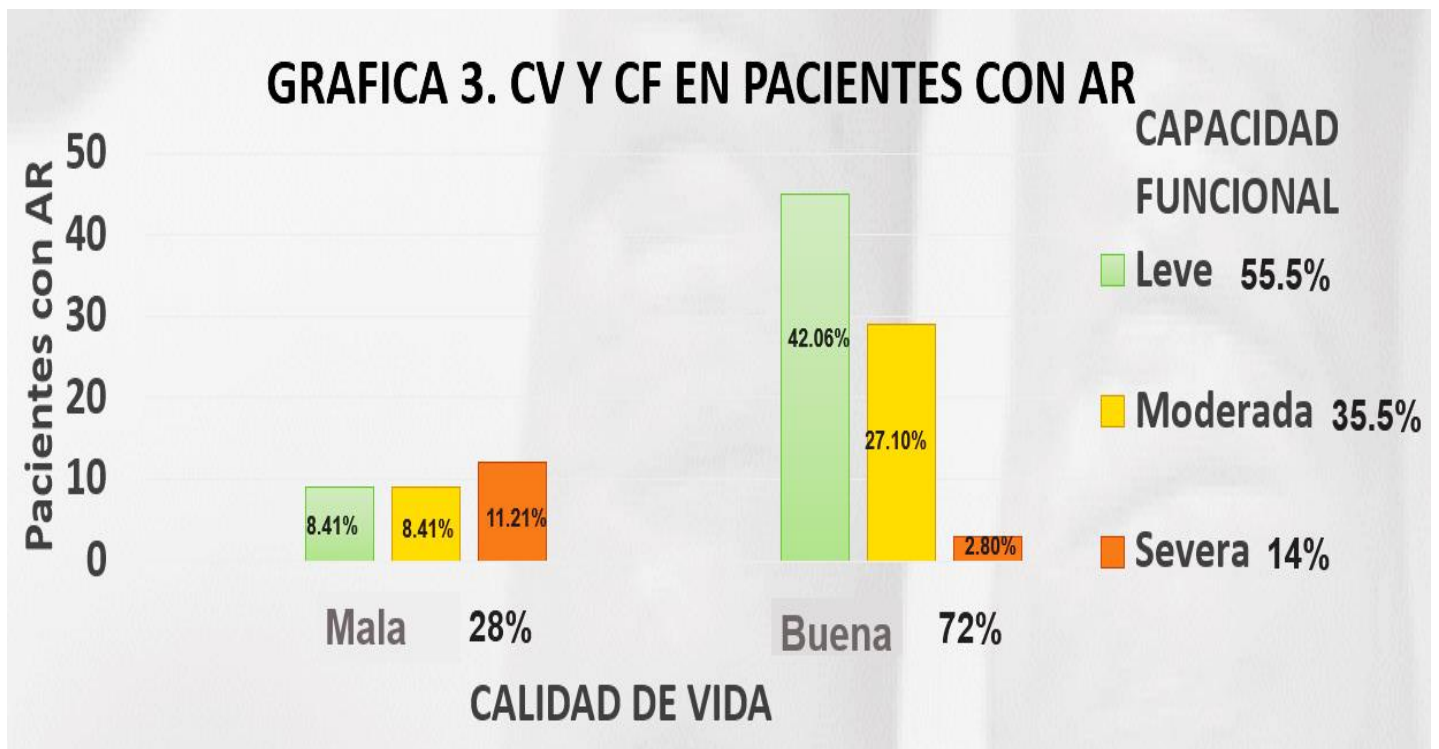
Con respecto a la capacidad funcional de acuerdo con el instrumento HAQ, los de los pacientes encuestados la puntuación promedio fue de 1.10 (discapacidad moderada), y por dimensión podemos observar que la de mayor puntuación fue en la actividad de vestirse y asearse con 2 puntos, la presión con 1.48 puntos y el puntaje menor se encontró en la actividad de comer con 1.08 puntos (grafica 2).

**GRAFICA 2. PUNTAJE PROMEDIO DE LAS DIMENSIONES DEL CUESTIONARIO HAQ**



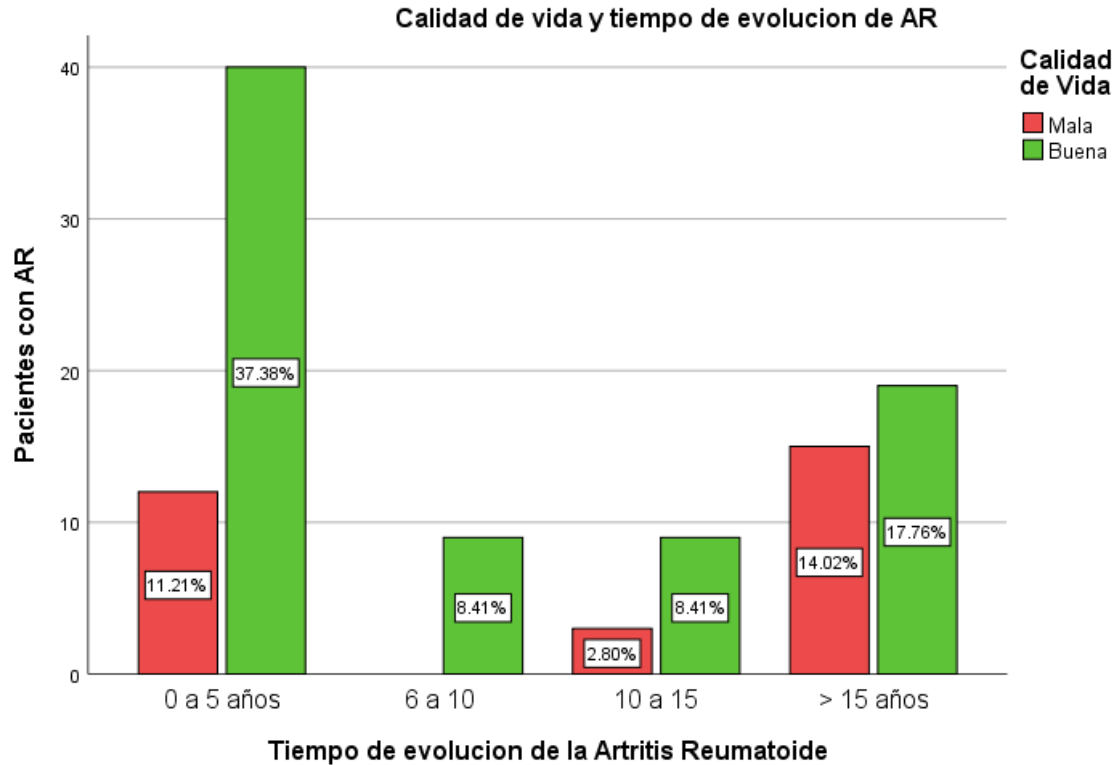
Con respecto a la gráfica 3 podemos observar que un 72% (77) presento una buena calidad de vida, con predominio de una discapacidad leve (42.06%) y 28% (30) una mala calidad de vida, con predominio de una discapacidad severa (11.21%), con respecto a la capacidad funcional en genera encontramos que un 50.5% (54) presento una discapacidad leve, un 35.5% (38) una discapacidad moderada y un 14% (15) una discapacidad severa.





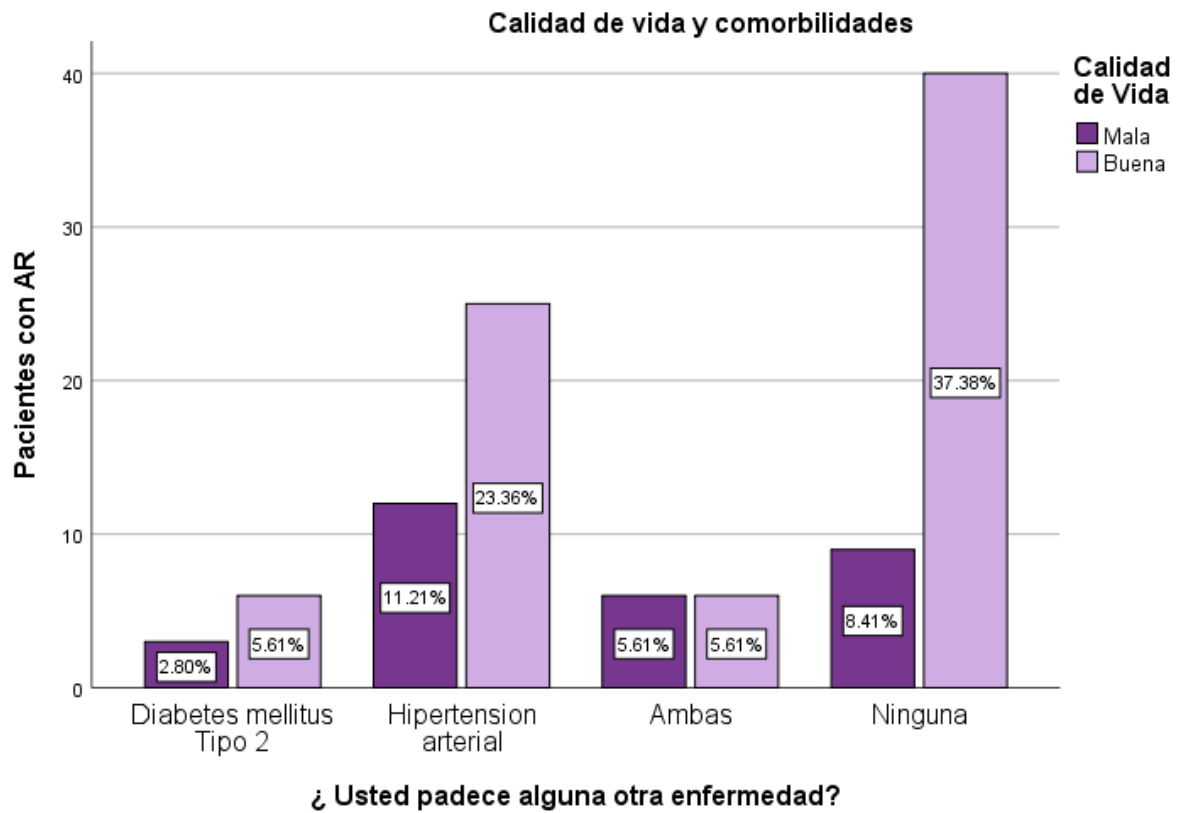
En la gráfica 4 podemos ver que en aquellos con menor tiempo de evolución de la enfermedad predominó una buena calidad de vida con un 37.38% con respecto a una mala calidad de vida con 11.21% y en aquellos con un tiempo de evolución mayor los porcentajes tendieron a aproximarse representados con un 17.76 % los que tuvieron buena calidad de vida y un 14.02 % con mala calidad de vida siendo en este grupo el mayor porcentaje de mala calidad de vida que se presentó.

**Gráfica 4.**



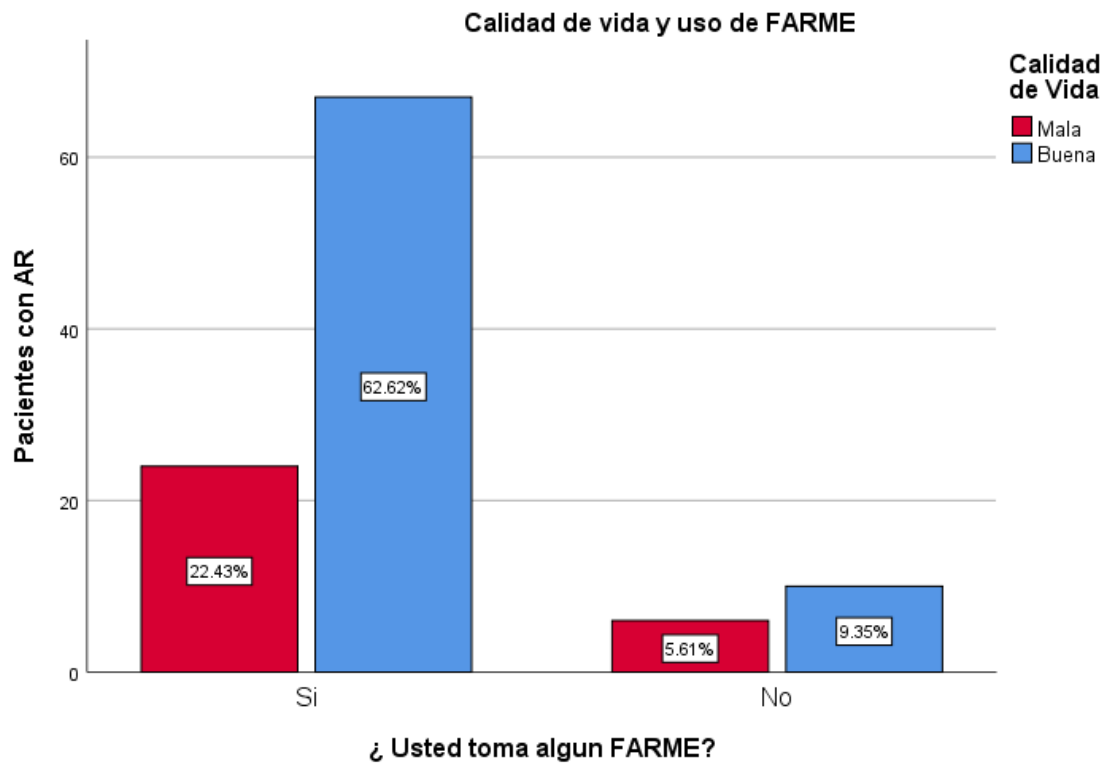
De acuerdo con la gráfica 5 podemos observar que en los pacientes que no tuvieron ninguna comorbilidad (definida como padecer diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial), hubo una mejor calidad de vida con un 37.8% respecto a una mala calidad de vida con un 8.41%, aquellos con ambas comorbilidades mostraron los mismos porcentajes de buena y mala calidad de vida con 5.61%, los paciente con la comorbilidad de diabetes mellitus tipo 2 predomino una buena calidad de vida con 5.61%, lo pacientes con la comorbilidad de hipertensión arterial predomino una buena calidad de vida con in 23.36% y cabe destacar que en este grupo se ubicó el mayor porcentaje de pacientes con mala calidad de vida con un 11.21%.

**Gráfica 5.**



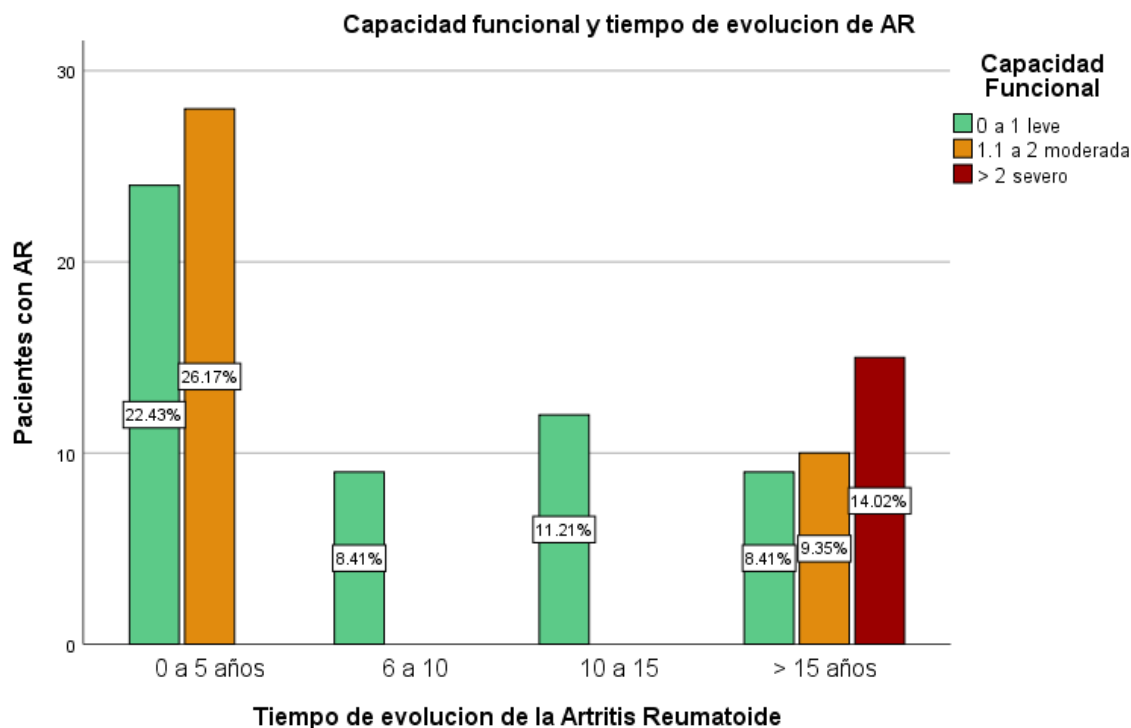
En la gráfica 6 con respecto al uso de algún FARME podemos observar que la mayoría de los pacientes consumía por lo menos algún FARME, de los cuales el 62.62 % presento una mejor calidad de vida y con respecto a un 22.43% con mala calidad de vida a pesar del consumo de algún FARME.

**Gráfica 6.**



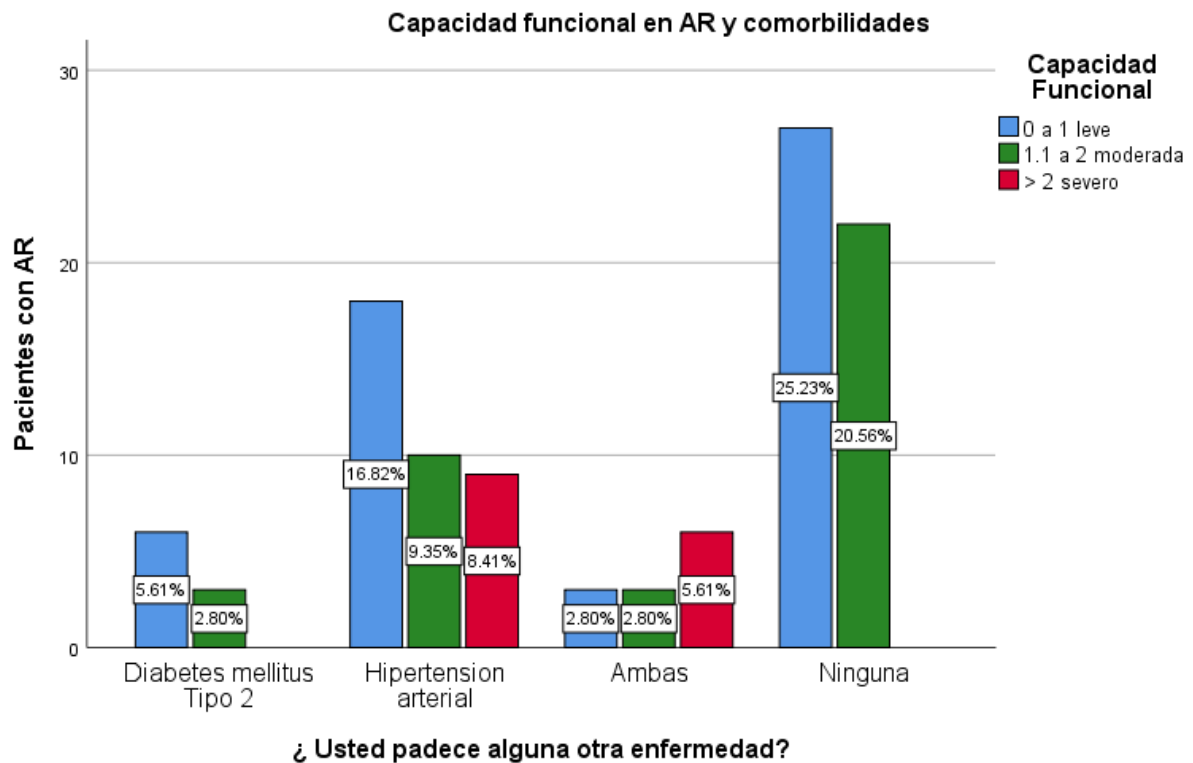
En el gráfico 7 podemos observar un mayor porcentaje de pacientes con tiempo de evolución de la enfermedad en el grupo de 0 a 5 años siendo un 26.17% con una discapacidad funcional moderada y un 22.43% de discapacidad funcional leve, en el grupo de 6 a 10 y 11 a 15 con disfunción leve con un 6.41% y un 11.21% respectivamente, en el grupo de más de 15 años de evolución se presentó una disfunción leve de 8.41%, moderada de 9.35% y severa de 14.02%.

**Gráfica 7.**



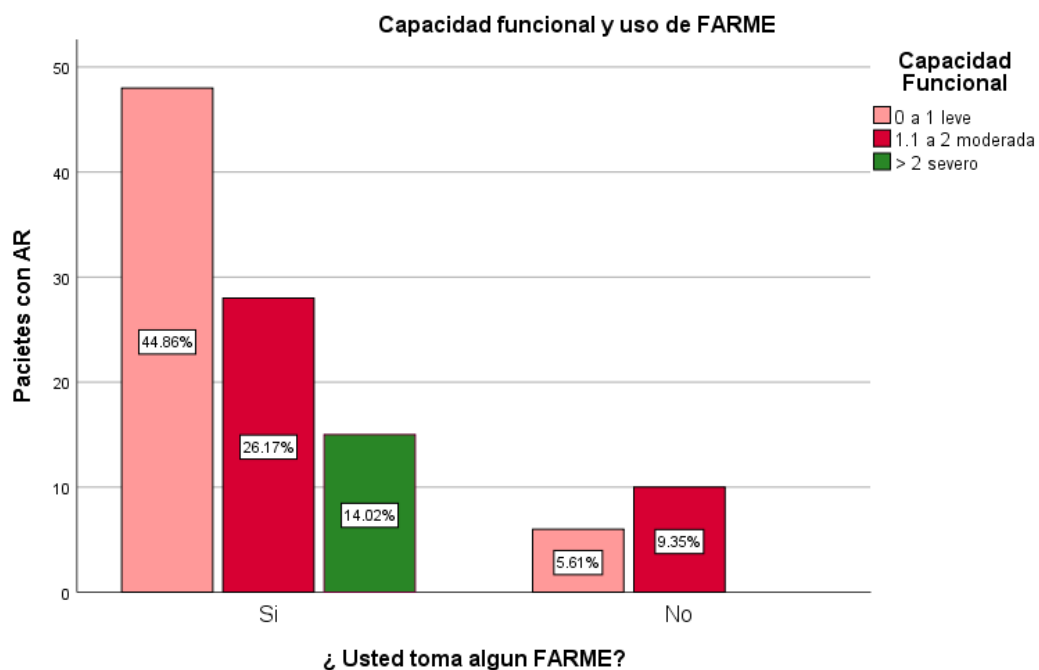
Con respecto a la gráfica 8 podemos observar que en pacientes con la comorbilidad de diabetes mellitus tipo 2 se predominó la disfunción leve con 5.61 con respecto a la moderada con 2.8%, en los pacientes con la comorbilidad de hipertensión arterial predomino la disfunción leve con 16.82% de la moderada con 9.35% y severa con 8.41%, con la presencia de ambas comorbilidades predomino la disfunción severa con 5.61% y empataron la disfunción leve y moderada con 2.8%, en aquellos sin ninguna comorbilidad predomino la disfunción leve con 25.23% y moderada con 20.56%.

**Gráfica 8.**



La grafica 9 muestra que en aquellos pacientes que toman algún FARME predominó la disfunción leve con un 44.86%, moderado con 26.17% y severo con un 14.02% y en aquellos quienes no toman algún FARME predomino la disfunción moderada con 9.35% seguido de una disfunción leve con un 5.61%.

**Gráfico 9.**



**Tabla 3. Correlación de calidad de vida y capacidad funcional**

<b>Correlación entre CV y CF en pacientes con AR</b>	
<b>Rho de Spearman= -.363</b>	<b>P=0.000</b>
<b>Interpretación: Correlación negativa baja</b>	

De acuerdo a la tabla 3, se utilizo el Rho de Spearman como prueba estadística para determinar la existencia de correlación entre la calidad de vida con la capacidad funcional, obteniendo una Rho de Spearman de -.363, la cual podemos interpretar como una correlación negativa baja,  $p = 0.000$  (la correlación es significativa a un nivel de 0.01).

## 17. DISCUSIÓN

En este estudio se describen los datos obtenidos respecto a calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide en la Unidad de Medicina Familiar con UMAA 162. En general la calidad de vida fue buena y la discapacidad funcional fue predominantemente leve lo cual concuerda con el estudio de **Espinosa D. y cols.** (29) y contrasta con el estudio de **Ambriz Y. y cols.** (27) En donde la calidad de vida de pacientes con enfermedades reumáticas (artritis reumatoide y osteoartritis), fue mala. Sin embargo en el estudio de **Martinec R y cols** demostraron que la calidad de vida de los pacientes con Artritis reumatoide incluidos en su estudio y la de la población general no tuvo diferencias estadísticamente significativas.(28) Por el contrario, **Yacooub y cols.** examinaron los parámetros relacionados con la enfermedad que afectan la calidad de vida en una muestra de 250 individuos marroquíes con Artritis reumatoide donde sus resultados mostraron que su calidad de vida fue peor que la de la población en general.(31)

El puntaje promedio para calidad de vida fue de 6.75 con respecto a la puntuación obtenida por el instrumento QOL-RAII, y el puntaje promedio para discapacidad funcional fue de 1.10 obtenida por el instrumento HAQ lo cual con respecto a **Hogrefe J.H. Y cols** un valor por arriba de 0.87 se asocia con discapacidad laboral. (20) De igual forma **Martinec R y cols** obtuvieron una correlación positiva significativa entre la escala EVA del dolor y el HAQ-DI (28). Esto significa que la experiencia de dolor más fuerte conduce a un peor estado funcional.



En nuestro estudio se determinó si existe la correlación entre calidad de vida y capacidad funcional utilizando como prueba estadística la rho de Spearman en el cual se obtuvo como resultado que existe correlación entre ambas variables la cual fue negativa, que significa que a mayor calidad de vida menos discapacidad funcional y viceversa, lo cual coincide con los resultados obtenidos en el estudio **Espinosa D y cols.**, el cual fue un estudio muy similar al presente estudio (29).

Los resultados de este y otros estudios similares indican que la calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide debe considerarse seriamente y por lo tanto, se evalúa en diversas investigaciones. Tener en cuenta esta área problemática podría proporcionar una contribución valiosa para definir un tratamiento integral en personas con AR, como enfatizan **Matcham y cols.** (32)

De acuerdo al QOL-RA II, la dimensión de dolor articular fue la que obtuvo un menor puntaje promedio con 5.61 puntos, el puntaje más alto fue en la dimensión del apoyo recibido por amigos y familiares con 8.01, en su estudio **Vuger y cols** mostraron que los pacientes con AR consideraban el dolor y la capacidad funcional reducida como un problema importante que afecta la calidad de vida y que el miedo a las dificultades existenciales, el deterioro de la enfermedad, la discapacidad física y los problemas familiares, podría conducir a problemas emocionales como ansiedad, depresión y dificultades de adaptación a la enfermedad. (33,34) De acuerdo con **Tański y cols** existe una asociación entre un alto riesgo de discapacidad laboral y una peor calidad de vida, especialmente en los dominios de salud física y psicológica. Cuanto menor sea la calidad de vida en esos dominios, mayor será el riesgo de discapacidad laboral. La identificación de

los factores que aumentan el riesgo de discapacidad laboral ayudará a planificar intervenciones adaptadas para mejorar la pérdida de productividad en el trabajo y, por lo tanto, prevenir la discapacidad laboral. (35-40)

El presente estudio se realizó con el fin de dar importancia al área de calidad de vida y capacidad funcional de los pacientes con artritis reumatoide. Además, el modelo terapéutico integrador en medicina familiar debe incluir apoyo psicosocial, actividades para mejorar las capacidades funcionales, asesoramiento profesional y uso de terapias médicas y complementarias para aliviar los síntomas de la Artritis reumatoide.

## 18. CONCLUSIÓN

Este trabajo nos hace percatarnos del estado actual de los pacientes con artritis reumatoide de la unidad, por lo cual podemos determinar que en general la calidad de vida de estos pacientes fue buena, con una discapacidad funcional leve, lo cual hace validad nuestra hipótesis alternativa. Además de que la correlación que existe entre ambas variables fue negativa, a mayor calidad de vida menor discapacidad funcional y viceversa,

La calidad de vida es un tema que no tomamos en cuenta al momento de la consulta médica, nos hemos envuelto a un trato al paciente cada vez mas deshumanizado, siendo que el objetivo del tratamiento siempre debe ser pensando en mejorar la vida de nuestros pacientes.

Los objetivos planteados fueron realizables, por lo que no hubo limitaciones para este estudio, podemos afirmar que es el primer estudio llevado a cabo en esta unidad con respecto al tema, y deja indicios para futuras investigaciones al respecto, y con este estudio sugerimos:

- la implementación de los instrumentos QOL-RA II y HAQ por lo menos 2 veces al año en la consulta de Medicina Familiar en los pacientes con AR.
- Envío a valoración por reumatología, rehabilitación y psicología una vez al año y envió antes a dichos servicios con puntaje < 5 en el QOL-RA II y un puntaje > 1 en el HAQ.

## 19. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Aletaha D, Smolen JS. Diagnosis and Management of Rheumatoid Arthritis: A Review. *JAMA*. 2018;320(13):1360–72.
2. Littlejohn EA, Monrad SU. Early Diagnosis and Treatment of Rheumatoid Arthritis. Primary Care: Clinics in Office Practice. 2018;45(2):237–55.
3. Loza E. Artritis reumatoide: epidemiología e impacto socio-sanitario. *Reumatol Clin Supl*. 2018;14(2):3–6.
4. Prada D, Hernández C, Gomez JA, Reyes Y, Solís U, Molinero C. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. *Revista Cubana de Reumatología*. 2015;XVII(1):48–60.
5. Quintana R, Fernandez S, Silvestre AMR. Vivir con artritis reumatoide» en una población indígena qom en la Argentina. Un estudio cualitativo. *Reumatología Clínica*. 2020;17(9):543–8.
6. Salazar-Mejía CE, Galarza-Delgado DÁ, Colunga-Pedraza IJ, Azpiri-López JR, Wah-Suárez M, Wimer-Castillo BO, et al. Relación entre productividad laboral y características clínicas de la artritis reumatoide. *Reumatología Clínica*. 2019;15(6):327–32.
7. Barile-Fabris LA, Pérez-Cristobal M, Merlos-López RJ, Xibillé-Friedman D. Síndrome de fragilidad en pacientes con artritis reumatoide. *The Journal of Rheumatology Supplement*. 2016;54(Supl2):S210-15.
8. Linares-Arellano KL, Hoyos-López AP, Ramírez-Ramos AG, Cortés-Ruiz KAL, Morales-Lira RI, Nava-Valdivia CA, et al. Discapacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide y su relación con el sistema RANK/RANKL/OPG. *El Residente*. 2018;13(3):93–7.
9. Gamero D. Artritis reumatoide, epidemiología, fisiopatología, criterios diagnósticos y tratamiento. *Revista de Medicina e Investigación UAEMéx*. 2018;6(2):53–61.
10. van der Woude D, van der Helm-van Mil AHM. Update on the epidemiology, risk factors, and disease outcomes of rheumatoid arthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2018;32(2):174–87.
11. Dhillon S. Tofacitinib: A Review in Rheumatoid Arthritis. *Drugs*. 2017;77(18):1987–2001.
12. McInnes IB, Schett G. Pathogenetic insights from the treatment of rheumatoid arthritis. *The Lancet*. 2017;389(10086):2328–37.
13. Salazar-Mejía CE, Galarza-Delgado DÁ, Colunga-Pedraza IJ, Azpiri-López JR, Wah-Suárez M, Wimer-Castillo BO, et al. Relación entre productividad laboral y características clínicas de la artritis reumatoide. *Reumatología Clínica*. 2019;15(6):327–32.
14. Oliva E, Martínez M, Zapata M, Sánchez S. Artritis Reumatoide: Prevalencia, inmunopatogenia y antígenos relevantes para su diagnóstico. *archmed*. 2012;8(1:3):1–7.
15. Bernal-González A, Gallegos-Torres RM, Peza-Cruz G. Perfil del estilo de vida y actividad inflamatoria en personas con artritis reumatoide. *Enferm univ*. 2020;17(2):121–35.

16. Contreras MG, Bonilla-Lara D, Pérez-Guerrero EE, Ruiz-Padilla AJ, Ulloa MS, Saldaña-Anguiano JM, et al. Niveles altos de IL-6 asociados a efectos sistémicos y locales en la artritis reumatoide. *El Residente*. 2015;10(1):38–42.
17. Maldonado G, Ríos C, Paredes C, Ferro C, Intriago MJ, Aguirre C, et al. Depresión en artritis reumatoide. *Revista Colombiana de Reumatología*. 2017;24(2):84–91.
18. Cantos JMM, Medina MLM, Cisneros LAP, Coronado CAG. Complicaciones psicosociales de los pacientes con artritis reumatoide juvenil. 2017;19(3):132–8.
19. Cepeda-Perez AS, Tello-Winniczuk N, Diaz-Borjon A. Adherencia a las recomendaciones actuales de inmunización en pacientes con artritis reumatoide en México. *Reumatología Clínica*. 2021;17(3):155–9.
20. Hogrefe JF, Marengo MF, Schneeberger EE, Rosemffet M, Cocco JCM, Citera G. Valor de corte de HAQ para predecir discapacidad laboral en pacientes con artritis reumatoidea. *Revista Argentina de Reumatología*. 2020;20(2):23–7.
21. Garcia-Vinegras CRV, Rodriguez-Lopez G. Calidad de vida en enfermos crónicos. *Rev haban cienc méd*. 2007;6(4):1–9.
22. Castillo KPC, Granja BO, Aucancela KDU. Artritis reumatoide en el adulto mayor. *Revista Cubana de Reumatología*. 2019;21(3):1–11.
23. Isnardi CA, Capelusnik D, Schneeberger EE, Barloco L, Blanco E, Benítez CA, et al. Validación del índice QOL-RA (Quality of Life-Rheumatoid Arthritis) en una cohorte argentina de pacientes con artritis reumatoidea. *Revista Argentina de Reumatología*. 2018;29(1):19–25.
24. Danao LL, Padilla GV, Johnson DA. An English and Spanish quality of life measure for rheumatoid arthritis. *Arthritis care & research*. 2001;45(2):167–73.
25. Vinaccia S, Tobón S, Pedro EMS, Cadena J, Anaya JM. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Intern Jour Psych Psychol Ther*. 2005;5(1):47–61.
26. Isnardi CA, Capelusnik D, Schneeberger EE, Correa Á, Lim R, Hu M, et al. Una nueva herramienta para valorar la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoidea que no requiere licencia: el cuestionario QOL-RA II (Quality Of Life-Rheumatoid Arthritis Scale-II). *Revista Argentina de Reumatología*. 2019;30(1):16–21.
27. Ambriz-Murillo Y, Menor-Almagro R, Campos-González ID, Cardiel MH. Calidad de vida relacionada con la salud en artritis reumatoide, osteoartritis, diabetes mellitus, insuficiencia renal terminal y población geriátrica. Experiencia de un Hospital General en México. *Reumatología Clínica*. 2015;11(2):68–72.
28. Martinec R. Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis – a Preliminary Study. *ACC*. 2019;58(1):157–66.
29. Espinosa-Balderas D, Hernández-Sosa M, Cerdán-Galan M. Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide. *Aten Fam*. 2017;24(2):67–71.
30. UMF/UMA 162. Diagnóstico de Salud 2020-2021. DELEGACION SUR, CDMX: IMSS; 2020 p. 1–36.
31. Yacooub YI, Amine B, Laatiris A, Hajjaj-Hassoun N. Healthrelated quality of life in Moroccan patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2012;31:1471-7.

32. Matcham F, Scott IC, Rayner L, Hotopf M, Kingsley GH, Norton S, Scott DL, Steer S. The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: a systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum.* 2014;44 (2):123-30.
33. Vuger-Kovačić D, Kovačić D, Budišin V, Slijepčević B, Bitar Z. Emocionalne reakcije u oboljelih od reumatoidnog artritisa. *Reumatizam.* 2010;57(2);134.
34. Aitken, Z.; Simpson, J.A.; Bentley, R.; Milner, A.; LaMontagne, A.D.; Kavanagh, A.M. Does the effect of disability acquisition on mental health differ by employment characteristics? A longitudinal fixed-effects analysis. *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.* 2020, 55, 1031–1039.
35. Tański W, Dudek K, Adamowski T. Work Ability and Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Int. J. Environ. Res. Public Health.* 2022;19(20):1–18.
36. Tański W, Dudek K, Tomasiewicz, A. Sexual Dysfunction and Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19, 30-48
37. Tański W. The Role of Clinical Activity, Loneliness, and Satisfaction with e-Health Services as Factors Affecting Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis During the SARS-CoV-2 Pandemic. *Psychol. Res. Behav. Manag.* 2021, 14, 1581–1590.
38. Galloway J, Capron JP, DeLeonardis F, Fakhouri W, Rose A, Kouris I, Burke T. The impact of disease severity and duration on cost, early retirement and ability to work in rheumatoid arthritis in Europe: An economic modelling study. *Rheumatol. Adv. Pract.* 2020, 4, 30-41.
39. van Vilsteren, M.; Boot, C.R.; Twisk, J.W.; van Schaardenburg, D.; Steenbeek, R.; Voskuyl, A.E.; Anema, J.R. Effectiveness of an integrated care intervention on supervisor support and work functioning of workers with rheumatoid arthritis. *Disabil. Rehabil.* 2017, 39, 354–362.
40. Druce, K.L.; Basu, N. Predictors of fatigue in rheumatoid arthritis. *Rheumatol. Oxf.* 2019, 58 (5), 29–34.

## 20. ANEXOS

### 20.1 Carta de consentimiento informado



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD  
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Nombre del estudio:	<b>CAPACIDAD FUNCIONAL Y CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF/UMAA 162</b>
Patrocinador externo (si aplica):	NO APLICA
Lugar y fecha:	México D.F. a _____ de _____ del 2021
Número de registro:	_____
Justificación y objetivo del estudio:	Se me ha explicado que el objetivo de este estudio es conocer cuál es la relación que existe entre la capacidad funcional (la habilidad para realizar las actividades diarias como vestirme, asearme, caminar, etc.) y calidad de vida (el bienestar en mi persona en el aspecto físico, mental y social), de pacientes que tengan diagnóstico de artritis reumatoide de la Unidad de Medicina Familiar a la que estoy afiliado, ya que no hay estudios similares en esta Unidad.
Procedimientos:	Al aceptar participar en el estudio, se me realizara un cuestionario sobre datos personales, como edad, estado civil, si fumo, cuantos cigarros fumo, si realizo actividad física, así como contestar dos cuestionarios, uno para evaluar mi capacidad funcional y otro para medir mi calidad de vida.
Posibles riesgos y molestias:	Al participar en esta investigación, se me ha informado que puede generarme estrés, incomodidad y/o tristeza, la inversión de mi tiempo será de aproximadamente 10-15 minutos.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Conocer si cuento con una alteración en mi capacidad funcional y calidad de vida provocada por la artritis reumatoide y saber si alguno de los factores antes mencionados tiene alguna relación. Así mismo recibiré tratamiento médico y referencia oportuna nivel de atención correspondiente. Con mi participación se obtendrán datos estadísticos para la unidad, los cuales servirán para aplicar estrategias contra este padecimiento.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	En dado caso de que se detecte que tengo una limitación importante en mi capacidad funcional y afectación en mi calidad de vida, se determinara una valoración por el servicio de Reumatología y psicología de ser necesario.
Participación o retiro:	Se me ha informado que podré retirarme en cualquier momento de la investigación sin causar ningún tipo de consecuencia
Privacidad y confidencialidad:	Los datos que proporcione, así como los resultados, serán manejados con discreción y confidencialidad.
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):	Servicio de consulta externa de medicina familiar y referencia para valoración al servicio de consulta externa de Reumatología, así como servicio de <u>psicología</u> .
Beneficios al término del estudio:	Al término del estudio sobre mi capacidad funcional y calidad de vida, recibiré apoyo por parte de la unidad médica si lo amerito.
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:	
Investigador Responsable:	<b>José Luis Martínez Peña</b> Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 162, Lugar de trabajo: Enseñanza. Matricula:98370182, correo electrónico: <a href="mailto:joselus7@yahoo.com">joselus7@yahoo.com</a> Teléfono: 5519321926
Colaboradores:	<b>Arturo Bruno Cruz Martínez</b> Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 162, Lugar de trabajo: Consulta externa. Matricula: 97380833, correo electrónico: <a href="mailto:abrunocm@gmail.com">abrunocm@gmail.com</a> Teléfono: 5611245442  <b>Jorge Gerardo Negrete Escamilla</b> Adscripción: Unidad de Medicina Familiar No. 162, Lugar de trabajo: Consulta externa. Matricula: 97389959, correo electrónico: <a href="mailto:vetzayer02@gmail.com">vetzayer02@gmail.com</a> Teléfono: 5516822377
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:	Comisión de Ética de Investigación del IMSS: Hospital General Regional No. 1 "Dr. Carlos MacGregor Sánchez Navarro", Calle Gabriel Mancera 222, Colonia del Valle, Alcaldía Benito Juárez, Ciudad de México, CP 3100. Teléfono (55) 50 87 58-71, Correo electrónico: <a href="mailto:conbioeticahgr@gmail.com">conbioeticahgr@gmail.com</a>
_____ Nombre y firma del sujeto	_____ <b>Jorge Gerardo Negrete Escamilla</b> 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**

## 20.2 Hoja de recolección de datos

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



### CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF/UMAA 162

\*Jorge Gerardo Negrete Escamilla. \*\* Arturo Bruno Cruz Martínez\*\* José Luis Martínez Peña

\*Residente de Primer Año de Medicina Familiar. \*\* Médico Familiar

#### HOJA DE DATOS

Aplique el cuestionario al paciente que cumpla con las siguientes características:

1. Pacientes masculino y femeninos
2. Derechohabiente de la Unidad de Medicina familiar número 162 de ambos turnos
3. Acepte participar en el estudio después de solicitarle consentimiento informado por escrito

No llenar

1	FOLIO _____			_ _ _ _	
2	Fecha (dd/mm/aa) ____/____/____			_ _ _ _	
3	Nombre: _____ Apellido Paterno                      Apellido Materno                      Nombre (s)				
4	NSS: _____	5	Teléfono _____	_ _ _ _	
6	Turno: 1.Matutino ( )    2.Vespertino ( )			_ _	
7	Número de Consultorio: (____)			_ _	
8	Edad: _____ años cumplidos	9	Sexo: 1.-Masculino ( ) 2.- Femenino ( )	_ _ _ _ / _ _	
10	ESTADO CIVIL 1.Soltero ( ) 2.Casado ( ) 3. Unión libre ( ) 4.Viudo(a) ( ) 5. Divorciado ( )			_ _	
11	ESCOLARIDAD 1.-Primaria incompleta ( ) 2.-Primaria completa ( ) 3.- Secundaria ( ) 4.-Preparatoria ( ) 5.- Licenciatura ( ) 6.-Posgrado ( )			_ _	
12	PESO: _____kgs	13	TALLA _____cms	14	IMC                      peso/talla <sup>2</sup> _____
15	¿USTED REALIZA ACTIVIDAD FÍSICA? 1.SI ( ) 2.NO ( )			_ _	
16	¿USTED FUMA? 1.SI ( ) 2.NO ( )			_ _	
17	ÍNDICE TABÁQUICO: No cigarros por día ____ x números de años de fumador ____/20 1. < 5 Leve ( ) 2.5-15 Moderado( ) 3.>15 Severo 1. <10 nulo ( ), 2. 10 a 20 moderado( ), 3. 21 a 40 intenso( ), 4. >41 alto ( )			_ _	
18	¿USTED PADECE ALGUNA OTRA ENFERMEDAD?: 1. Diabetes mellitus tipo 2 ( ) 2. hipertensión arterial sistémica ( ) 3. Ambos ( )			_ _	
19	AÑOS DE DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE: 1. 0-5 años ( ) 2. 6-10 años( ) 3. 11-15 años ( ) 4. > 15 años ( )			_ _	
20	¿CUAL ES EL TRATAMIENTO ACTUAL QUE RECIBE PARA LA ARTRITIS REUMATOIDE? 1. Paracetamol ( ) 2. AINES: Naproxeno, diclofenaco, indometacina o celecoxib ( ) 3. Esteroides: prednisona ( ) 4. FARMES: Metotrexato, sulfasalazina, leflunamida, hidroxicloroquina o cloroquina ( ) 5. Terapia biológica: Etanercep, Infliximab, Adalimumab ( ) 6. Otros, especifique _____			_ _	
21	CAPACIDAD FUNCIONAL: De acuerdo a puntaje obtenido de índice HAQ: 1. Leve: 0-1.0 ( ) 2. moderado :1.1-2.0 ( ) 3. severo :> 2.1( )			_ _	
22	CALIDAD DE VIDA: De acuerdo a puntaje obtenido de cuestionario QOL-RA II: 1. <5 mala calidad de vida ( ) 2. >5 buena calidad de vida ( )			_ _	
<b>GRACIAS POR SU COLABORACION</b>					



## 20.3 Instrumento 1: Cuestionario de Calidad de Vida QOL-RAII

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF/UMAA 162**

*\*Jorge Gerardo Negrete Escamilla. \*\* Arturo Bruno Cruz Martínez\*\* José Luis  
Martínez Peña*

*\*Residente de Primer Año de Medicina Familiar. \*\* Médico Familiar*

### Cuestionario de calidad de vida QOL-RA II

1. Si Ud. considera solo sus **habilidades físicas**, ¿diría que su  
"CALIDAD DE VIDA" es?:

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

2. Si Ud. solo considera la **ayuda que le han dado su familia y sus  
amistades**, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?:

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

3. Si Ud. solo considera su **dolor en sus articulaciones**, ¿diría que su  
"CALIDAD DE VIDA" es?:

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

4. Si Ud. solo considera su nivel de **tensión nerviosa**, ¿diría que su  
"CALIDAD DE VIDA" es?:

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

5. Si Ud. solo considera su **salud**, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?:

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

6. Si Ud. solo considera su **cansancio/agotamiento**, ¿diría que su  
"CALIDAD DE VIDA" es?:

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

7. Si Ud. solo considera su nivel de **interacción entre Ud. y su  
familia y amigo(a)s**, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?:

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

8. Si Ud. solo considera lo que Ud. dijo acerca de su **estado de  
ánimo**, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?:

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

## 20.4 Instrumento 2: Cuestionario de discapacidad HAQ - versión española

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



### CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA UMF/UMAA 162"

\*Jorge Gerardo Negrete Escamilla. \*\* Arturo Bruno Cruz Martínez\*\* José Luis Martínez Peña

\*Residente de Primer Año de Medicina Familiar. \*\* Médico Familiar

		Sin Dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo	
<b>*Durante la última semana, ¿ha sido usted capaz de...</b>						
Levantarse	1) Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2) Enjabonarse la cabeza?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comer	3) Levantarse de una silla sin 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"/>	
Caminar	5) Cortar un filete de carne?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	6) Abrir un cartón de leche nuevo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Higiene	7) Servirse la bebida?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8) Caminar fuera de casa por un terreno llano?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 0.000
Alcanzar	9) Subir cinco escalones?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 0.125
	10) Lavarse y secarse todo el cuerpo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 0.250
Prensión	11) Sentarse y levantarse del retrete?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 0.375
	12) Ducharse?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 0.500
Otras	13) Coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 0.625
	14) Agacharse y recoger ropa del suelo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 0.750
	15) Abrir la puerta de un coche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 0.875
	16) Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 1.000
	17) Abrir y cerrar los grifos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 1.125
	18) Hacer los recados y las compras?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 1.250
	19) Entrar y salir de un coche?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 1.375
	20) Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12 1.500
						13 1.625
						14 1.750
						15 1.875
						16 2.000
						17 2.125
						18 2.250
						19 2.375
						20 2.500

Señale para qué actividades **necesita la ayuda de otra persona**:

Vestirse, asearse.... Levantarse .. Comer..... Caminar, pasear .....

Higiene personal ..... Alcanzar ... Abrir y cerrar cosas... Recados y tareas de casa.....

Señale si utiliza alguno de estos **utensilios** habitualmente:

Cubiertos de mango ancho..... Bastón, muletas, andador o silla de ruedas.....

Asiento o barra especial para el baño..... Asiento alto para el retrete .....

Abridor para tarros previamente abiertos ...

\*Versión Española del Health Assessment Questionnaire (HAQ) traducida y adaptada por J. Esteve-Vives, E. Batlle-Gualda, A. Reig y Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española