

11227



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

PETRÓLEOS MEXICANOS
HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD

ESTADO DE SALUD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD PETRÓLEOS MEXICANOS ¿CUÁNTO SE EXPLICA POR ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD?

T E S I S

QUE PRESENTA:

DR. LEONARDO LIMÓN CAMACHO

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA INTERNA

ASESORES DE TESIS:

DR. CÉSAR ALEJANDRO ARCE SALINAS

DR. LUCIO VENTURA RIOS



PEMEX

MÉXICO, D.F.

2005

1347961



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.

HOSPITAL CENTRAL SUR DE ALTA ESPECIALIDAD



[Firma manuscrita]

Dr. Carlos Fernando Díaz Aranda

Director

SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.

[Firma manuscrita]

Dra. Judith López Zepeda

Jefa de Enseñanza e Investigación

[Firma manuscrita]

Dr. César Alejandro Arce Salinas

Jefe de Servicio de Medicina Interna. Profesor Titular del Curso de Especialización

(Asesor de tesis)

[Firma manuscrita]

Dr. Lucio Ventura Ríos

Adscrito del Servicio de Reumatología

(Asesor de tesis)



ÍNDICE

I. ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA	4
Encuesta Short Form 36	8
AIMS 1.	10
ACR <i>core set</i> .	11
HAQ-DI.	12
DAS 28.	12
Escala de satisfacción con la vida.	13
II. DEFINICION DEL PROBLEMA.	13
III. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.	14
IV. OBJETIVOS.	14
V. HIPOTESIS.	14
VI. DISEÑO DEL ESTUDIO.	15
DEFINICIÓN DEL UNIVERSO.	15
CRITERIOS DE INCLUSIÓN.	15
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.	16
DEFINICIÓN DE VARIABLES.	16
VII. MATERIAL Y METODOS.	18
VIII. RESULTADOS.	21
IX. DISCUSION.	43
X REFERENCIAS.	45

I. ANTECEDENTES Y MARCO DE REFERENCIA.

La calidad de vida se define como: "La percepción del individuo 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, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno".^{1,2,3,4} Así, la calidad de vida, consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas, que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien"^{2,3}. En este contexto, es el paciente quien debe emitir el juicio de calidad de vida y no el equipo de salud o extrapolarse de un paciente a otro⁵.

El uso de instrumentos de recolección de datos que miden y caracterizan el estado multidimensional de salud, promete el acercamiento en la relación del médico con el paciente; así, los pacientes tienen un marco de referencia respecto a sus médicos y éstos, a su vez, pueden valorar la efectividad del manejo⁶.

Aunque no existe consenso, la calidad de vida se mide por medio de la función física, del estado psicológico, de la función y la interacción sociales, y de los síntomas físicos⁷.

La práctica médica tiene como meta preservar la calidad de vida a través de la prevención y el tratamiento de las enfermedades. En este sentido las personas con enfermedad crónica requieren evaluaciones con relación a la mejoría o el deterioro de su estado funcional y de su calidad de vida. Una aproximación válida para su medición se basa en el uso de instrumentos validados, que ayudan a cuantificar en forma efectiva problemas de salud.²

Los instrumentos para medir calidad de vida se clasifican en específicos y genéricos. Los genéricos son útiles para comparar diferentes poblaciones y padecimientos, aunque tienen el riesgo de ser poco sensibles a los cambios clínicos, por lo que su finalidad es solamente descriptiva. Los específicos se basan en las características especiales de un determinado padecimiento, sobre todo para evaluar cambios físicos y efectos del tratamiento a través del tiempo. Estos nos dan mayor capacidad de discriminación y predicción, y son particularmente útiles para ensayos clínicos⁸.

Encuesta *Short Form* 36 (SF-36).

La encuesta formato corto 36 (por sus siglas en inglés SF-36) se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios -utilizados en el estudio conocido como *Medical Outcome Study (MOS) General Health Survey Instrument*-⁹⁻¹¹, con el fin de evaluar diferentes dimensiones de la calidad de vida, seleccionando la menor cantidad de preguntas, y a su vez, manteniendo condiciones metodológicas adecuadas (validez, consistencia)⁷; lo anterior, con el objeto de que fuera más sencillo para el encuestado, sin perder la capacidad de detectar estados positivos y negativos de salud. Este cuestionario ha mostrado ser fácil de usar en la práctica clínica y en la investigación médica; y debido a que mide la percepción del paciente, tiene poca variabilidad con respecto a la edad, el tipo de enfermedad o el tratamiento y permite la comparación y aplicación de la encuesta en diferentes grupos. La característica de este cuestionario es que evalúa de manera personal la calidad de vida, principalmente la percepción de salud en los pacientes con relación a su enfermedad.^{12,13}

Esta versión incluye 36 preguntas divididas en 8 secciones separadas, que abarcan las siguientes dimensiones: función física, función social, limitaciones de la vida diaria por problemas físicos, limitaciones de la vida diaria por trastornos emocionales, estado mental, vitalidad (energía/fatiga), dolor y percepción del estado de salud, con una pregunta adicional para cambios en el estado de salud. Cada una de las secciones tiene un puntaje de 0 a 100, donde 100 representa la mayor puntuación deseada. Esta encuesta se contesta en aproximadamente 8 a 12 minutos y generalmente de forma auto-administrada, (México por Zúñiga et al ⁶), por lo que ha tenido gran aceptación para ser contestada. Asimismo, este instrumento permite valorar la calidad de la salud en la población general, incluso en ancianos y con diferentes enfermedades ^{7,12}. Existen estudios previos en que se comparan encuestas que integran preguntas específicas de la enfermedad con la SF 36, pero no muestran mejoría en la evaluación. ⁸

Es un hecho que la valoración de la enfermedad desde la perspectiva del médico, está orientada de manera predominante a la evaluación de signos o síntomas, pronóstico médico, gravedad o al seguimiento de complicaciones de intervenciones terapéuticas; sin embargo, se sabe que los médicos subestiman los síntomas de los pacientes, que vistos desde la óptica del paciente, son de gran importancia pues se relacionan con limitaciones físicas o emocionales, o para el desarrollo de sus actividades cotidianas en el hogar y el trabajo a las que el médico generalmente no pone interés. Por ello, es conveniente que cuando se realice un juicio de la gravedad de la enfermedad, la eficacia del tratamiento o del pronóstico, es esencial contar con una herramienta que permita comparar la calidad de vida desde la perspectiva del paciente.

Otro aspecto importante para valorar la calidad de vida es la discapacidad, ya que ésta al disminuir la independencia del individuo, merma su percepción de la calidad de vida.

La discapacidad se define según la Organización Mundial de la Salud (OMS) como: "Toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano" (OMS 1980). Siendo una deficiencia "Toda pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, anatómica o fisiológica de la persona", la discapacidad no es una enfermedad, sino cualquier restricción o ausencia de la capacidad física, intelectual o sensorial.¹⁴

Definiciones más recientes de discapacidad (1995) incluyen la de la *Americans with Disabilities Act* (ADA): "Alteración física o mental que tiene un efecto adverso sustancial y a largo plazo en las habilidades de una persona para llevar a cabo de manera normal sus actividades diarias".¹⁵

Los pacientes con artritis reumatoide padecen discapacidad en un alto porcentaje conformando más de un tercio de los trabajadores formales con discapacidad física y esta proporción se incrementa en un 50 % a los 10 años¹³.

La discapacidad en los pacientes con artritis reumatoide es multifactorial siendo la deformidad articular y el dolor las mejor comprendidas. Sin embargo, otros factores que no están directamente relacionados con la enfermedad pueden contribuir a la discapacidad; por ejemplo, el estado psicológico, la escolaridad, el entorno social y la presencia de algunas condiciones de comorbilidad (^{16,17,18}); ello hace difícil determinar las causas principales.

Las escalas de calidad de vida son de utilidad para proporcionar información en morbilidad a largo tiempo, como predictores de morbilidad, uso de los servicios médicos, y necesidad de incapacidades, además para detectar cambios clínicos en los estudios clínicos controlados (valorar tratamientos).⁸

ENCUESTAS.

A continuación se dará una breve descripción y especificaciones de cada una de las encuestas:

Short Form 36 (SF-36).

El SF-36 ha sido traducido a diferentes idiomas y validado para ello (IQOLA). En castellano existen 6 versiones que se han adaptado y utilizado incluyendo la versión 1.1. de la encuesta, autorizada para usarse en México⁷.

Generalidades de la encuesta. Evalúa aspectos de la calidad de vida en poblaciones adultas (más de 16 años), se divide en 8 conceptos: 1) *Función física* 10 preguntas, 2) *Rol físico* 4 preguntas, 3) *Dolor corporal* 2 preguntas, 4) *Salud general* 5 preguntas, 5) *Vitalidad* 4 preguntas, 6) *Función social* 2 preguntas, 7) *Rol emocional* 3 preguntas, 8) *Salud mental* 5 preguntas, y una pregunta de *Transición de salud* (comparando la actual con respecto al año anterior). Es autoaplicable⁶.

Función Física: Grado en que la salud limita las actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, cargar o llevar pesos y los esfuerzos moderados o intensos.

Rol físico: Grado en que la salud física interfiere en el trabajo y otras actividades diarias incluyendo rendimiento menor que el deseado, limitación en el tipo de actividades realizadas o dificultad en la realización de actividades.

Dolor corporal: Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar.

Salud General: Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse.

Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

Función Social: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual.

Rol Emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias.

Salud mental: Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general.

Después de la aplicación de las encuestas las preguntas se dividen en los siguientes grupos, para valorar cada una de las categorías:

Funcionamiento físico: 10 apartados de pregunta 3.

Limitación rol por problemas de salud física: 4 apartados pregunta 4.

Dolor corporal: Preguntas 7 y 8.

Función o rol social: Pregunta 6 y 10.

Salud mental (incluye distress psicológico y bienestar) apartados b,c,d, f, h de pregunta 9.

Limitación de rol por problemas emocionales: pregunta 5 a, b, c.

Vitalidad, energía o fatiga: apartados a, e, g, i de la pregunta 9.

Percepción general de su salud: apartados e de la pregunta 1, y a,b,c,d de la pregunta 11.

Posteriormente se utiliza el enfoque Rand que transforma el puntaje a escala de 0 a 100 (lo mejor es 100). Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntan 0 - 50- 100; con 5 categorías se puntan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100.

Luego, los puntajes de una misma dimensión se promedian para crear los puntajes de las 8 escalas que van de 0 a 100.

Los valores de normalidad en México (Zuñiga et al ⁶) fueron:

1. Función física	94.6 SD (8.6)
2. Rol físico	94.5 SD (15.4)
3. Dolor corporal	88.6 SD (15.4)
4. Salud general	72.9 SD (15.5)
5. Vitalidad	81.0 SD (11.6)
6., Función social	86.9 SD (15.6)
7. Rol emocional	83.4 SD (25.1)
8. Salud mental	79.6 SD (13.9)

Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS-1).

Esta es una escala que ya cuenta con validaciones en México y otros países y se utiliza para evaluar la calidad de vida en artritis reumatoide de manera específica. Para los médicos es importante la valoración de discapacidad así como el impacto social y psicológico de la enfermedad.

Se contesta con opción múltiple en escala de Likert, que va de nunca a siempre y con puntajes de 1 a 7, de acuerdo a la dirección positiva o negativa de la pregunta. Cada escala se promedia con el número de reactivos resueltos y se transforma a base 10. Siendo el puntaje más alto el que representa la más baja calidad de vida. Esta también es una encuesta de salud auto administrable pero en su validación en México se recomienda la presencia de una persona capacitada en caso de confusión con las preguntas.

Los valores de normalidad encontrados en los pacientes de población mexicana por Abello –Banfi et al ¹⁸ son los siguientes:

Escalas:	MEDIA	DE	MIN-MAX
Movilidad	4.1	2.2	1.4-10
Actividad física	4.6	2.1	1.4-10
Destreza	3.3	2.1	1.4-9.1
Desempeño social	3.1	1.7	1.4-8.1
Actividad social	4.3	2.2	1.4-10
Actividades cotidianas	2.6	1.8	1.4-10
Dolor	6.1	2.5	0.00-10
Depresión	4.6	1.9	1.4-9.2
Ansiedad	4.9	1.7	1.6-8.8

ACR core set.

Criterios del American Collage of Reumatology (por sus siglas en ingles ACR) para calificar mejoría en AR. Se considera la disminución porcentual de: Cuenta de articulaciones dolorosas, cuenta de articulaciones inflamadas, escala visual análoga de

dolor del paciente (EVA-p), HAQ-Di, y VSG. Se considera el promedio de cambio principalmente de las cuentas articulares. Se tomarán cuentas de 44 articulaciones. Esta variable se manejará como ordinal. En cada evaluación se considerará el porcentaje de disminución o empeoramiento de ACR, y se calificará con relación a la evaluación previa.

HAQ-DI. (*The Disability Index of the Health Assessment Questionnaire*)

Esta es la versión corta del HAQ y es una herramienta clinimétrica que evalúa sólo la función física (discapacidad), en pacientes con enfermedades músculo-esqueléticas, particularmente la Artritis Reumatoide (AR). Consta de 19 preguntas enfocadas en la necesidad de ayuda externa, ya sea por personas o artefactos y que se contesta usando una escala ordinal que va de "sin dificultad" a "discapacitado para hacerlo" graduadas con un puntaje de 0 a 3. La calificación final es el promedio de la suma de cada concepto y esta a su vez se transforma en base diez, siendo el puntaje más alto la peor discapacidad. Su capacidad de distinguir cambio clínico es de 0.4 o mayor. Se tomará como una escala de intervalo. En la validación que se realizó en México, a pesar de ser una escala auto administrable se requirió de la presencia de una persona capacitada para despejar dudas y evitar errores en la respuesta.¹⁹

DAS 28. (*Disease Activity Score 28*)

Éste es el índice europeo para evaluar la actividad de la artritis reumatoide que consiste en: 0.54 (índice de Ritchie de articulaciones dolorosas) + 0.065 (índice de Ritchie de articulaciones inflamadas) + 0.33 (VSG) + 0.72 (EVA de estado de salud

global del paciente). Se proporcionará un software para cálculo automático y la variable se tomará como de intervalo. Se tomará en cuenta el porcentaje de modificación de esta variable entre cada punto a comparar.

El criterio de actividad de la enfermedad se toma a partir de 1.5 o 2.8 dependiendo del autor consultado, para este estudio se tomara a partir de 2.8.

Los reactivos no contestados no se consideran en el análisis.

Escala de satisfacción con la vida.

Esta es una escala que de manera breve evalúa estados de depresión e insatisfacción de los pacientes, consta de 5 preguntas que se contestan con opción múltiple con escala de Lickert, con opciones que van de: Totalmente en desacuerdo a totalmente de acuerdo con puntaje que va de 1 a 7 puntos, posteriormente se promedia el total, siendo el puntaje más alto el de mayor satisfacción con la vida 35 - 31 extremadamente satisfecho, 26 - 30 satisfecho, 21 - 25 ligeramente satisfecho, 20 neutro, 15 - 19 ligeramente inconforme, 10 - 14 insatisfecho, 5 - 9 extremadamente insatisfecho.²⁰

II. DEFINICION DEL PROBLEMA.

Los pacientes con artritis reumatoide pueden ver afectada su calidad de vida sin que esto se corresponda con la agudización de la enfermedad, por lo que ésta no debe ser evaluada sólo por parámetros clínicos de actividad ni de manera subjetiva.

III. PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.

¿La afección en la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide se encuentra en relación directa con la actividad de la enfermedad?

¿Algunas variables epidemiológicas, de función física, social o emocional, están relacionadas con la percepción en la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide en la consulta de reumatología del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos?

IV. OBJETIVOS.

- 1) Determinar si la percepción de salud de los pacientes con artritis reumatoide, es explicada sólo por la actividad de la enfermedad.
- 2) Valorar otros factores que pueden influir en la percepción de la calidad de vida como . desempeño físico, dolor, satisfacción con la vida, estado de ánimo.
- 3) Medir la proporción de discapacidad que se explica por manifestaciones de la enfermedad comparado con factores no propios de la misma, como escolaridad, estado psicológico del paciente, el entorno social y comorbilidades en pacientes reumatológicos.

V. HIPOTESIS.

La percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide puede encontrarse modificada por diversas variables, tales como el desempeño físico, dolor, satisfacción con la vida, estado de ánimo, grado de escolaridad, así como otras

comorbilidades no propias de la enfermedad; y no solamente por la actividad de la enfermedad.

VI. DISEÑO DEL ESTUDIO.

Por la forma de recolección de datos:	Prolectiva
Por el tipo de seguimiento de los casos:	Longitudinal
Por la asignación y evaluación de las variables:	Observacional
Por su relación con el efecto:	Prospectiva

DEFINICIÓN DEL UNIVERSO.

Se incluirán todos los pacientes que acudan a la consulta de Reumatología y cumplan con criterios del *American College of Rheumatology* (ACR) para artritis reumatoide, sin importar el grado de actividad de la enfermedad o la gravedad de la misma. Que acepten resolver el cuestionario y que sean mayores de 16 años.

CRITERIOS:

INCLUSIÓN:

Los pacientes que acuden a la consulta de Reumatología en este Hospital sin importar si es primera vez o subsecuente y que cumplan criterios para artritis reumatoide del *American College of Rheumatology* ²³.

Se aplicarán encuestas en dos determinaciones, la segunda tres meses posterior a la primera.

EXCLUSIÓN:

Pacientes que no deseen participar, posterior a la solicitud verbal.

Pacientes menores de 16 años.

Pacientes con alteraciones cognitivas.

MÉTODOS DE SELECCIÓN

Los pacientes que acuden a la consulta externa de Reumatología del Hospital Central Sur de Alta Especialidad, que cumplan con criterios para artritis reumatoide ²³, mayores de 16 años y que acepten participar en el estudio.

DEFINICIÓN DE VARIABLES.

Variable dependiente:

Calidad de vida.

La calidad de vida se define como: "La percepción de los individuos de su posición en la vida, en el contexto de su cultura y sistema de valores en la cual ellos viven y en relación a sus metas, expectativas, estándares e intereses" (Harper & Power, 1998). Se trata de un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y su relación con las características sobresalientes del entorno^{1,2,3,4}. Así, la calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por las personas, que representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del "sentirse bien"^{2,3}.

Variables independientes:

Actividad de la enfermedad.

La actividad de la enfermedad se tomó en cuenta con los valores del *Disease Activity Score* (DAS 28), que incluye el número de articulaciones inflamadas, articulaciones dolorosas, valoración visual análoga por el paciente, y como parámetro bioquímico, la velocidad de sedimentación globular, considerándose actividad por arriba de 1.5 ó 2.8 dependiendo del autor o que presentaran: 6 o más articulaciones inflamadas, 8 o más articulaciones dolorosas, Escala Visual Análoga (EVA) de dolor mayor a 5 por parte del paciente y EVA mayor a 5 de estado global del paciente, por parte del médico (se tomó en cuenta como aspecto más relevante las cuentas articulares aunque será deseable que se incluyan todos los criterios).

Satisfacción con la vida.

Se determinó con la escala de satisfacción con la vida con los parámetros comentados posteriormente.²⁰

Discapacidad.

La discapacidad se valoró con la escala HAQ-Di. La discapacidad se define según la OMS, como toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano (OMS 1980). Siendo una deficiencia la pérdida o anomalía de una estructura o función psicológica, anatómica o fisiológica de la

persona, por lo que la discapacidad no es una enfermedad, sino cualquier restricción o ausencia de la capacidad física, intelectual o sensorial.^{14,19}

VII. MATERIAL Y METODOS.

SUJETOS.

Se seleccionó a los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que acuden a la consulta externa del servicio de Reumatología del Hospital Central Sur de Alta Especialidad de Petróleos Mexicanos.

A cada sujeto se le proporcionó un formato de la SF36, un formato del HAQ-di, un formato del AIMS-1 y una escala de satisfacción con la vida.

Para la realización de las encuestas se utilizaron lápices, gomas y plumas, a conveniencia del paciente.

Para la recolección y análisis de datos se utilizó el programa SPSS para Windows versión 8.0.

Se solicitó autorización de manera verbal a cada uno de los pacientes entrevistados.

PROCEDIMIENTOS.

Una vez otorgado el consentimiento por parte del paciente, se llevó a cabo la aplicación de las encuestas se calculó el ACR y se tomaron los siguientes datos: fecha de diagnóstico de la artritis reumatoide, tratamiento actual para la artritis reumatoide,

tratamientos previos recibidos para la artritis reumatoide, cirugías en relación con la artritis reumatoide, ocupación, otras enfermedades, tratamiento para las otras enfermedades y estado actual de las otras enfermedades, velocidad de sedimentación globular más cercana a la evaluación, así como edad y sexo.

Tres meses después se llevó a cabo una segunda aplicación de las encuestas anteriormente mencionadas, con el fin de observar la consistencia de los datos.

Encuesta Short Form 36 (SF-36).

Una vez divididos los grupos, se utilizó el enfoque Rand para transformar los puntajes en escala de 0 a 100, considerando como mejor al 100. Después los puntajes se promediaron con el fin de crear los puntajes de las siguientes 8 escalas, tomando en cuenta los valores de normalidad para la población mexicana de Zúñiga et al.,⁶: función física 94.6 SD (8.6); rol físico 94.5 SD (15.4); dolor corporal 88.6 SD (15.4); salud general 72.9 SD (15.5); vitalidad 81.0 SD (11.6); función social (15.6); rol emocional 83.4 SD (25.1) y salud mental 79.6 SD (13.9).

Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS-1).

La calificación de la encuesta se realizó promediando cada escala con el número de reactivos resueltos y se transformó en base 10, tomando el puntaje más alto como la más baja calidad de vida, para lo anterior, se consideraron los valores de normalidad para la población mexicana de Abello-Banfi et al.¹⁸ Movilidad, actividad física, destreza desempeño social, actividad social, actividades cotidianas, dolor, depresión y ansiedad.

Escala de Satisfacción con la Vida.

Se promedió el total de puntos obtenidos en la encuesta, utilizando como referencia las siguientes escalas: 35 - 31 extremadamente satisfecho, 26 - 30 satisfecho, 21 - 25 ligeramente satisfecho, 20 neutro, 15 - 19 ligeramente inconforme, 10 - 14 insatisfecho, 5 - 9 extremadamente insatisfecho.

HAQ-DI.

La suma de cada concepto se promedió y se transformó en base 10, siendo el puntaje más alto la mayor discapacidad. Su capacidad de distinguir cambio clínico es de 0.4 o mayor. Se tomó como una escala de intervalo.

DAS 28.

Se tomó en cuenta el porcentaje de modificación de la actividad en artritis reumatoide según la prueba del DAS 28 entre cada punto obtenido por el software.

El criterio de actividad de la enfermedad se tomó a partir de 2.8.

ANÁLISIS DE DATOS

El análisis estadístico se efectuó utilizando la correlación de Pearson, con el fin de identificar la relación que existe entre la calidad de vida obtenida a través de la encuesta SF-36 y la escala para medir la calidad de vida para la artritis AIMS, el grado de discapacidad HAQ-DI, actividad de la enfermedad DAS 28 y la escala de satisfacción con la vida. También se correlacionó la calidad de vida de la primera y de la segunda aplicación de las encuestas.

De igual forma, se realizó el análisis de varianza por medio del ANOVA de dos vías, para identificar diferencias, así como interacciones entre las variables antes mencionadas.

Finalmente, se ejecutó el análisis descriptivo del género, edad, ocupación, tratamiento, fecha de diagnóstico, cirugías relacionadas con la artritis, velocidad de sedimentación globular.

VIII. RESULTADOS.

Se encuestaron 59 pacientes (N=59), con un promedio de 140 meses de evolución de la enfermedad, siendo el paciente con menos tiempo de diagnóstico 10 meses y el de más evolución de la enfermedad 416 meses, con un promedio de 140 meses y desviación estándar de 99.98 meses. De los 59 pacientes 42 (71.19%) refieren discapacidad y este número no presenta cambios en la segunda encuesta. En cuanto a la calidad de vida 49.15% tienen buena calidad de vida al inicio del estudio y 52.54% en la segunda determinación con la escala genérica SF 36.

Se utilizó la prueba de Pearson para el análisis de correlación de variables; los datos obtenidos del DAS 28 y del HAQ DI, muestran que la actividad de la enfermedad y la discapacidad, se correlacionan negativamente con la calidad de vida ($r=-.499$ y $r=-.643$, respectivamente; $P<0.01$); señalando que la calidad de vida disminuye a medida que la actividad de la enfermedad y la discapacidad aumentan. Sin embargo, la satisfacción con la vida, muestra una relación directamente proporcional con la calidad de vida ($r=0.418$, $P<0.01$); por lo que los pacientes que presentan mayor satisfacción con la vida, tienen mejor calidad de vida.

La escala de impacto de la artritis (AIMS-1) en relación con la calidad de vida, muestra que mientras los puntajes de la escala sean más altos, la calidad de vida disminuye para los siguientes valores: *movilidad*: $r = -0.696$; *actividad física*: $r = -0.644$; *destreza*: $r = -0.597$; *desempeño social*: $r = -0.497$; *actividad cotidiana*: $r = -0.289$; *dolor*: $r = -0.599$; *depresión*: $r = 0.594$ y *ansiedad*: $r = -0.421$ ($P < 0.01$), no obstante, la actividad social no correlaciona significativamente con la calidad de vida ($P = 0.06$).

En cuanto al análisis de varianza, las pruebas HAQ DI $F[(36.609), 4.308/1, P = 0.001]$ y DAS 28 $F[(10.895), 1.282/1, P = 0.002]$, resultaron altamente significativas, en comparación con la escala de satisfacción con la vida, la cual no resultó estadísticamente significativa ($P = 0.093$). Del mismo modo se llevó a cabo la interacción de variables, en la que se expresa que la discapacidad HAQ-DI y la actividad de la enfermedad DAS 28, interactúan para explicar la calidad de vida (Fig. 1).

El análisis de correlación obtenido de las aplicaciones tres meses después, demuestra que la actividad de la enfermedad (DAS 28) y la discapacidad (HAQ DI) correlacionan negativamente con la calidad de vida ($r = -0.440$ y $r = -0.500$, respectivamente; $P < 0.01$). En cuanto a la satisfacción con la vida se observa una correlación positiva con la calidad de vida ($r = 0.500$, $P < 0.01$). Los datos anteriores, indican que la evaluación de la calidad de vida, posterior a tres meses, se conservan consistentes con respecto a la primera medición.

En este estudio no se encuentra correlación entre el tiempo de evolución de la enfermedad y la discapacidad de la misma, tampoco se encuentra correlación entre la

calidad de vida y comorbilidades. Pero si existe una correlación directa en la presencia de cirugía relacionada a la enfermedad y tiempo de evolución de la enfermedad.

TOTAL DE PACIENTES.

Total de pacientes	HAQ-DI (discapacidad)	DAS 28 (actividad)	SF36 (genérico de calidad de vida)
59			
Bien	42	27	31
Mal	17	32	28

TIEMPO EN MESES DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD A LA PRIMERA ENCUESTA.

N 59	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviación estándar
Tiempo en meses del diagnóstico de la enfermedad a la primer encuesta	10	416	140.42	99.988



Fig. 1 Satisfacción de la vida y calidad de vida. La gráfica muestra el comportamiento de la variable satisfacción según su escala de medición. Obsérvese que los puntos de mayor calidad de vida son más altas cuando el nivel de satisfacción es neutral o de insatisfacción.

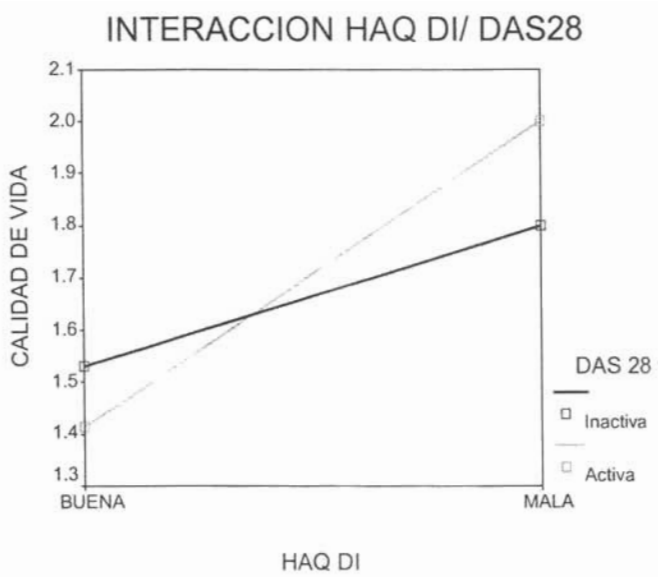
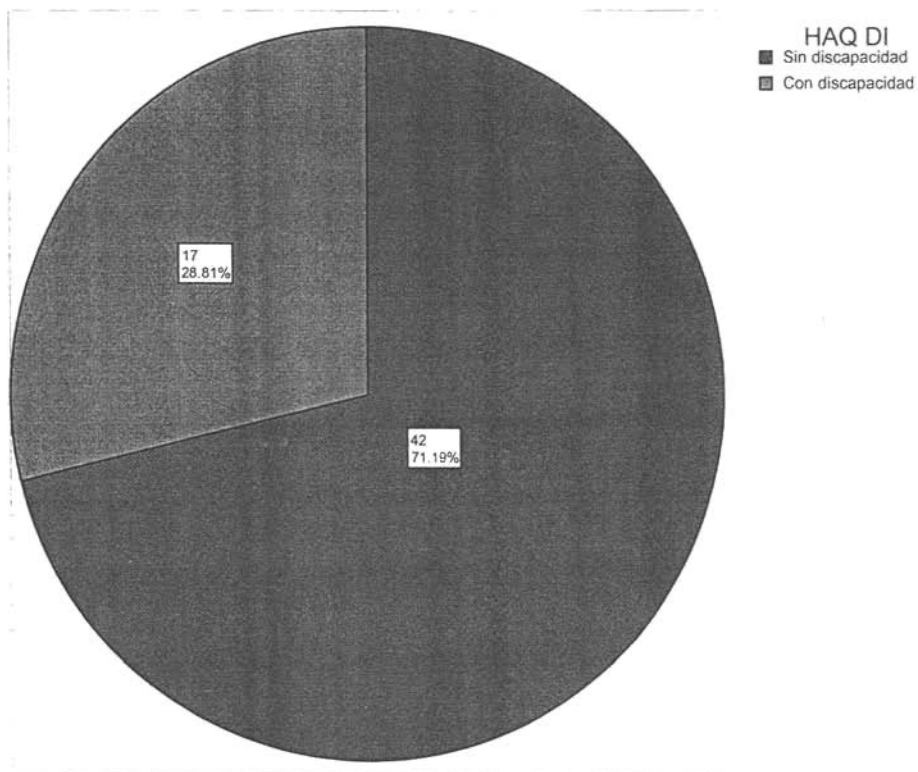


Fig 2. Interacción de la discapacidad HAQ y de la actividad de la enfermedad DAS. Ambas variables se unen para explicar la calidad de vida.

RESULTADOS DE PUNTAJE HAQ-DI PRIMERA DETERMINACIÓN

HAQ-DI				
Primera determinación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje valido	Porcentaje acumulado
0	11	18.6440678	18.6440678	18.6440678
0.18	5	8.474576271	8.474576271	27.11864407
0.37	5	8.474576271	8.474576271	35.59322034
0.55	6	10.16949153	10.16949153	45.76271186
0.74	3	5.084745763	5.084745763	50.84745763
0.92	3	5.084745763	5.084745763	55.93220339
1.11	3	5.084745763	5.084745763	61.01694915
1.29	3	5.084745763	5.084745763	66.10169492
1.48	1	1.694915254	1.694915254	67.79661017
1.66	1	1.694915254	1.694915254	69.49152542
1.85	1	1.694915254	1.694915254	71.18644068
2.03	2	3.389830508	3.389830508	74.57627119
2.22	2	3.389830508	3.389830508	77.96610169
2.4	2	3.389830508	3.389830508	81.3559322
2.77	1	1.694915254	1.694915254	83.05084746
3.14	5	8.474576271	8.474576271	91.52542373
3.33	1	1.694915254	1.694915254	93.22033898
3.7	1	1.694915254	1.694915254	94.91525424
4.25	1	1.694915254	1.694915254	96.61016949
4.62	1	1.694915254	1.694915254	98.30508475
6.11	1	1.694915254	1.694915254	100
Total	59	100	100	

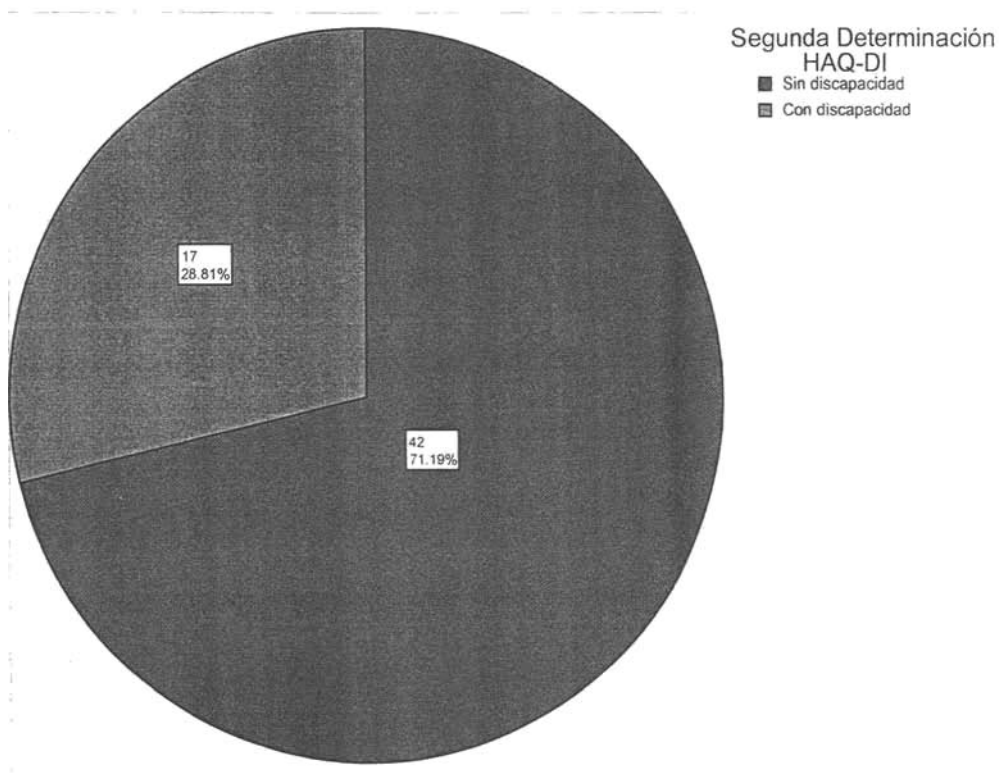
DISCAPACIDAD AL INICIO DEL ESTUDIO HAQ-DI.



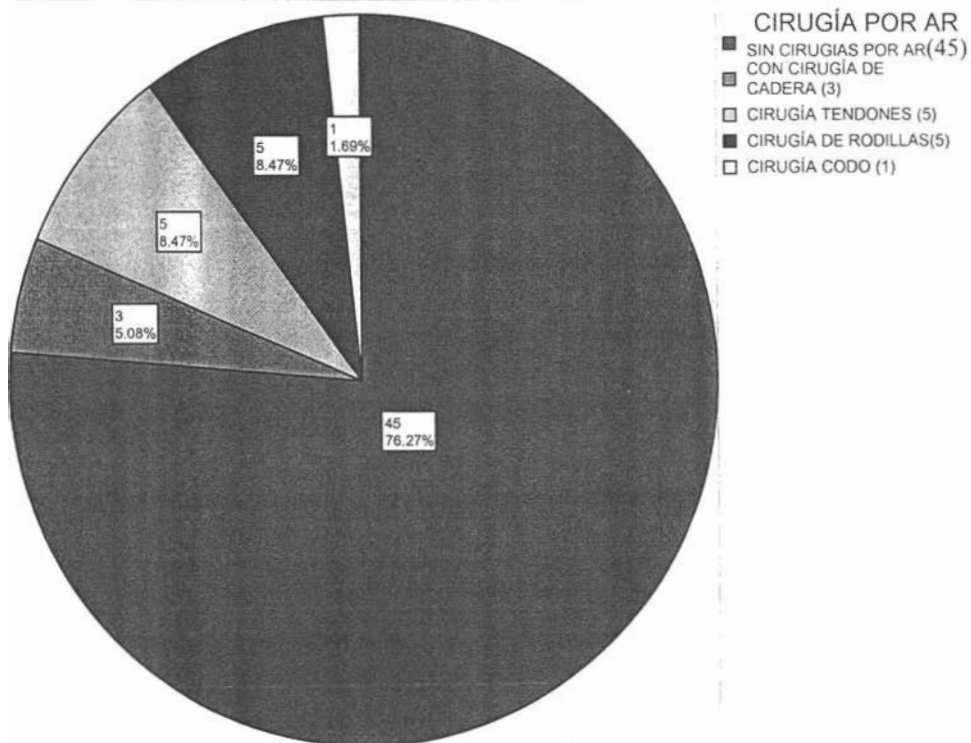
PUNTAJE DE HAQ-DI SEGUNDA DETERMINACIÓN.

HAQ -DI				
Segunda determinación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
0	12	20.33898305	20.33898305	20.33898305
0.18	3	5.084745763	5.084745763	25.42372881
0.37	7	11.86440678	11.86440678	37.28813559
0.55	6	10.16949153	10.16949153	47.45762712
0.74	5	8.474576271	8.474576271	55.93220339
0.92	2	3.389830508	3.389830508	59.3220339
1.11	3	5.084745763	5.084745763	64.40677966
1.29	2	3.389830508	3.389830508	67.79661017
1.66	1	1.694915254	1.694915254	69.49152542
1.99	1	1.694915254	1.694915254	71.18644068
2.03	2	3.389830508	3.389830508	74.57627119
2.22	3	5.084745763	5.084745763	79.66101695
2.4	1	1.694915254	1.694915254	81.3559322
2.59	1	1.694915254	1.694915254	83.05084746
3.14	4	6.779661017	6.779661017	89.83050847
3.33	2	3.389830508	3.389830508	93.22033898
3.7	1	1.694915254	1.694915254	94.91525424
4.25	2	3.389830508	3.389830508	98.30508475
6.11	1	1.694915254	1.694915254	100
Total	59	100	100	

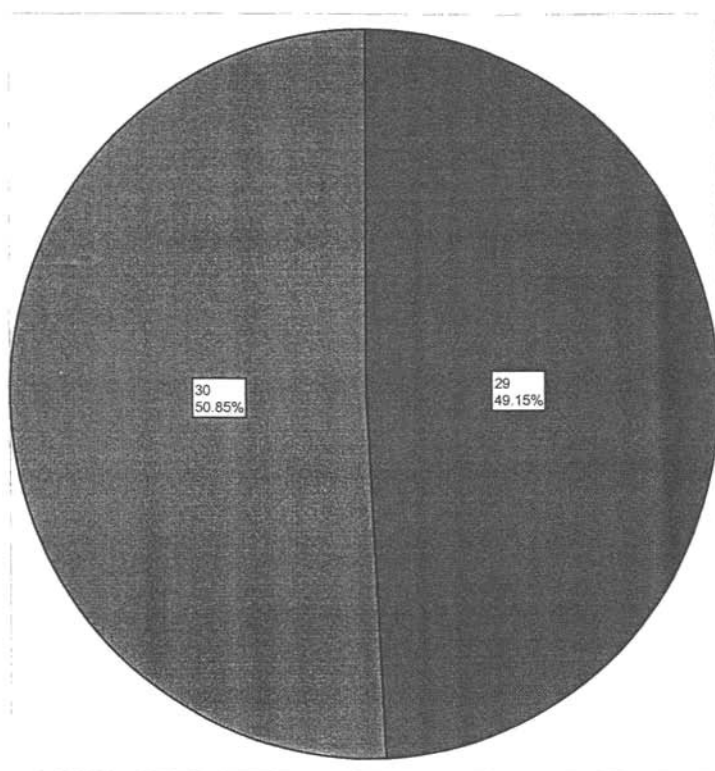
VALORACIÓN DE DISCAPACIDAD CON HAQ-DI A LOS 3 MESES (SEGUNDA DETERMINACIÓN).



CIRUGÍA POR ARTRITIS REUMATOIDE (AR).



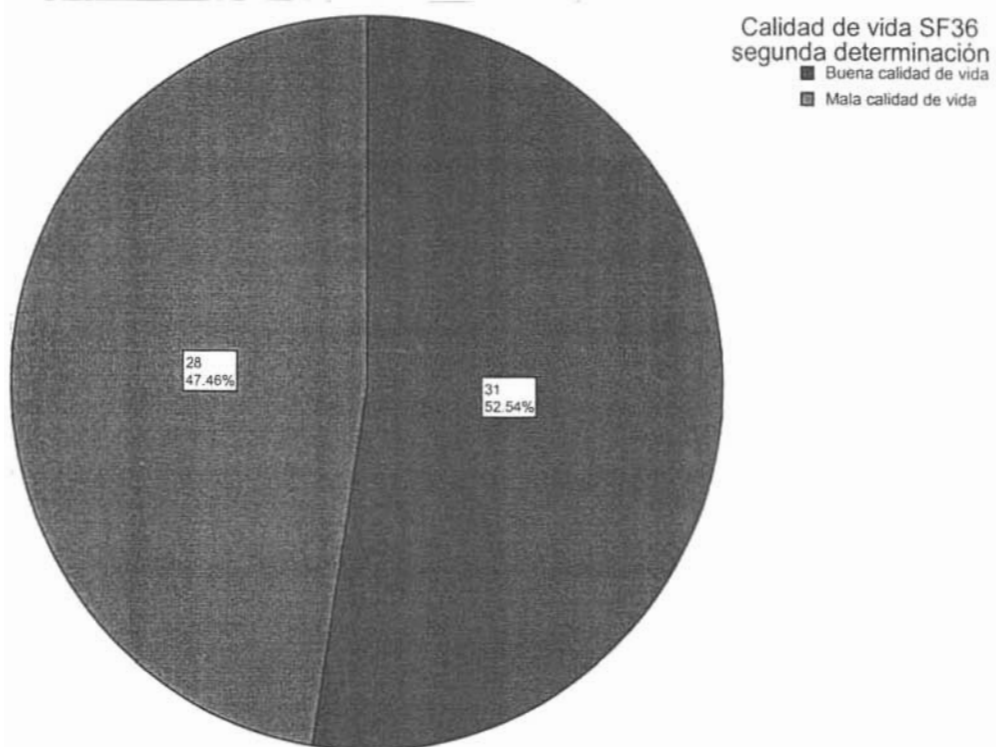
CALIDAD DE VIDA CON SF 36.



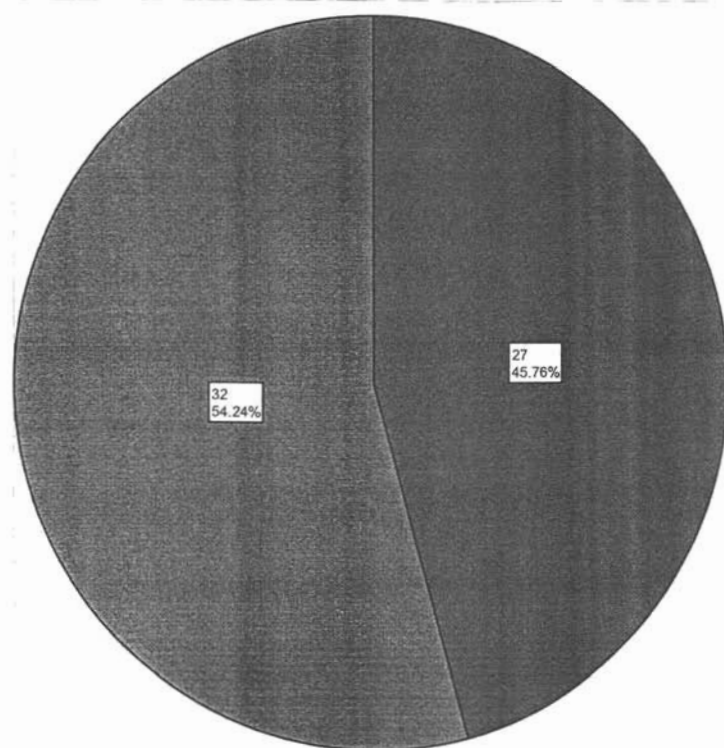
SF 36 Primera
determinación

- Buena calidad de vida
- Mala calidad de vida

CALIDAD DE VIDA SF 36 SEGUNDA DETERMINACION



ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD DAS 28



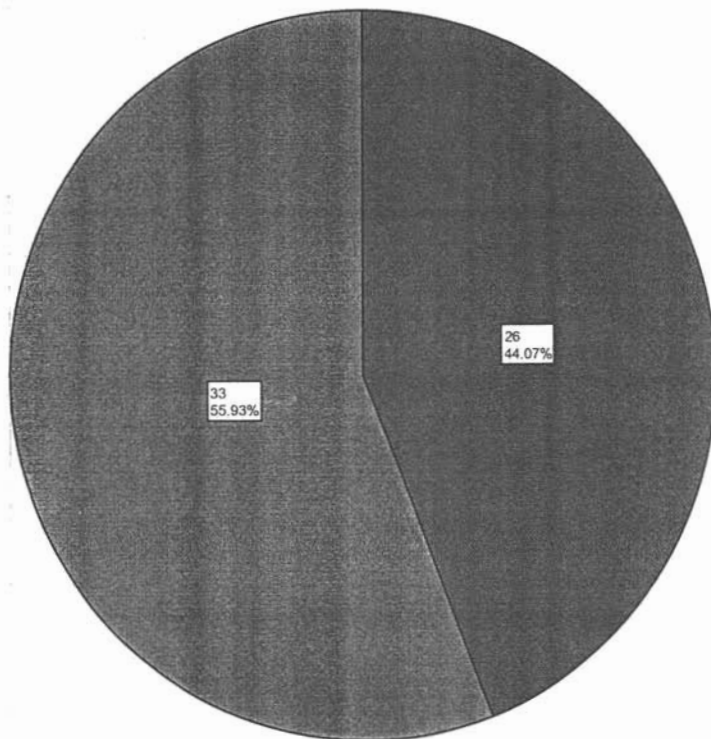
DAS 28 primera
determinación

■ Inactiva

■ Activa

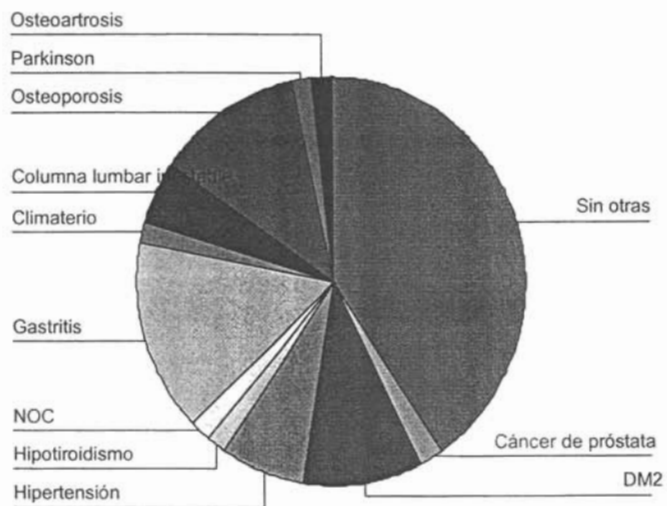
SEGUNDA DETERMINACION DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD DAS 28

Segunda determinación DAS 2



- Inactiva
- Activa

OTRAS ENFERMEDADES



Osteoartritis	1.7%
Parkinson	1.7%
Osteoporosis	11.9%
Columna lumbar inestable	5.1%
Climaterio	1.7%
Gastritis	15.3%
NOC	1.7%
Hipotiroidismo	1.7%
Hipertensión	6.8%
DM2	10.2%
Cáncer de próstata	1.7%

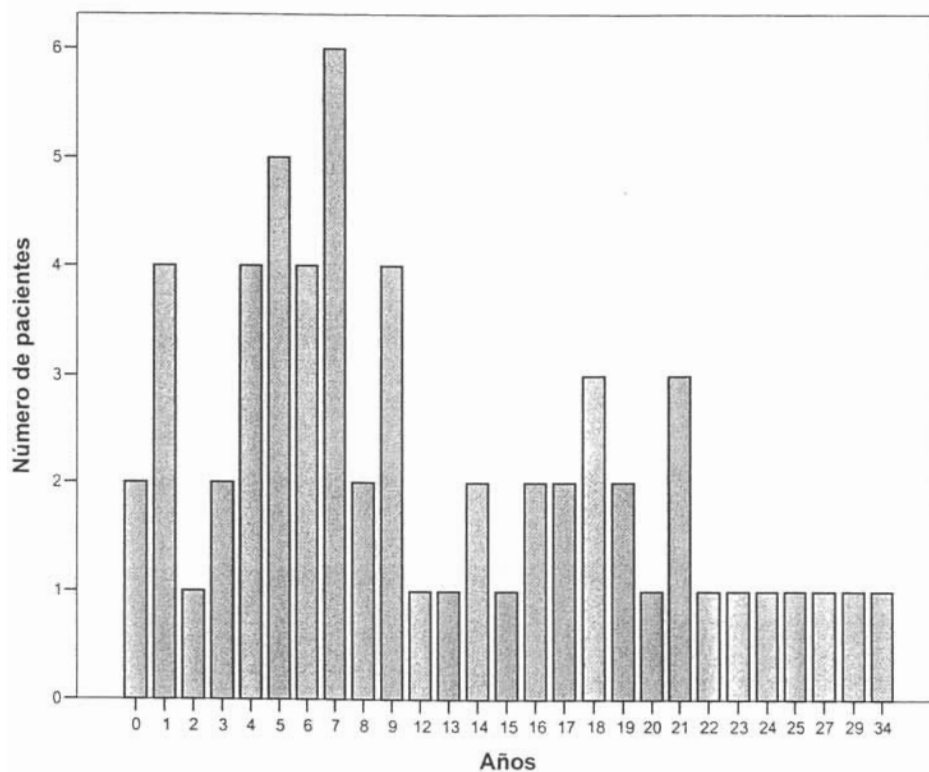
OTRAS ENFERMEDADES.

Comorbilidades	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Sin otra enfermedad	24	40.7	40.7	40.7
Con una enfermedad extra	20	33.9	33.9	74.6
Con dos o más enfermedades extras	15	25.4	25.4	100.0
Total	59	100.0	100.0	

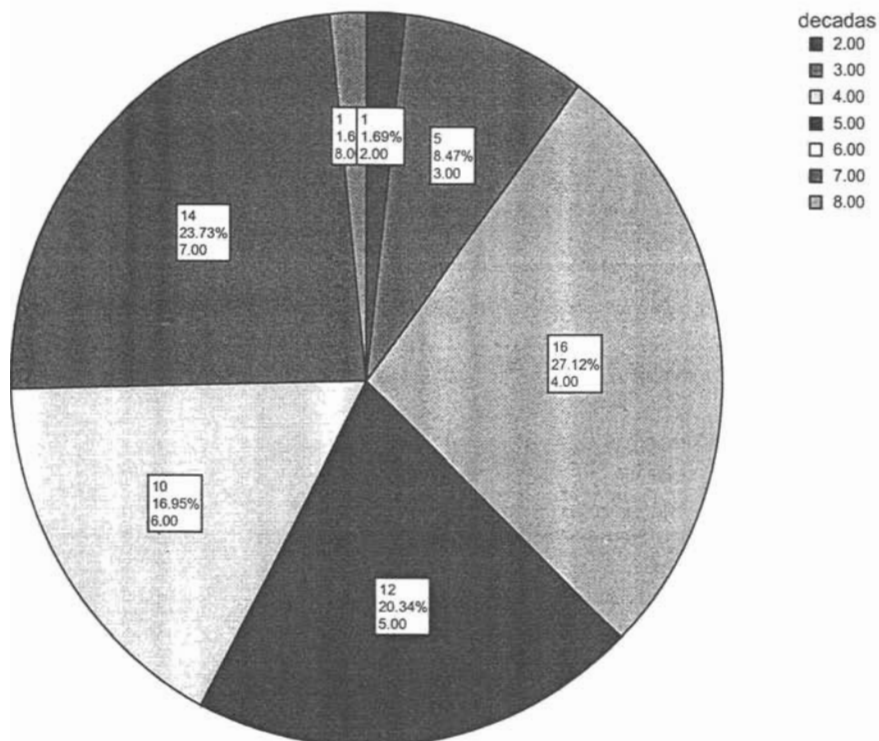
CORRELACIÓN COMORBILIDADES CALIDAD DE VIDA.

Correlación			Otras enfermedades	SF36
Spearman's rho	Otras enfermedades	Coefficiente de correlación	1.000	.219
		Sig. (2-colas)	.	.095
		N	59	59
SF36		Coefficiente de correlación	.219	1.000
		Sig. (2-colas)	.095	.
		N	59	59

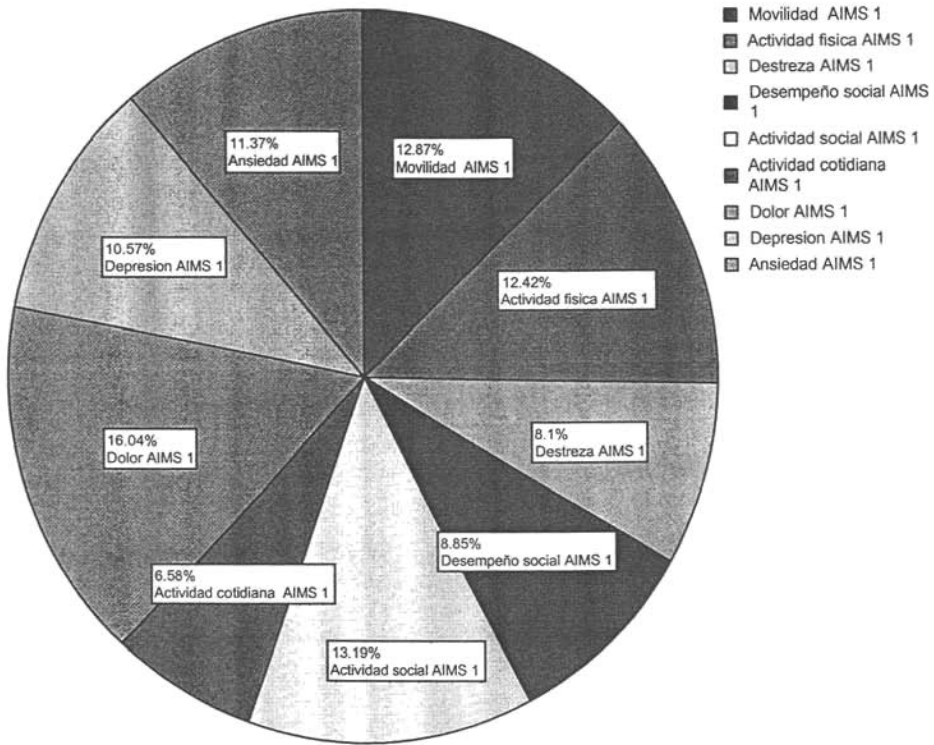
TIEMPO DEL DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD AL MOMENTO DE LA PRIMERA ENCUESTA



PORCENTAJE DE PACIENTES SEGÚN DÉCADA.



AIMS 1 DISTRIBUCIÓN



DESCRIPTIVOS AIMS 1.

	N	Mínimo	Máximo	Promedio	Desviaciones estándar
MOVILIDAD	59	1.42	9.64	4.21389831	2.42683561
ACTIVIDAD FISICA	59	1.42	10	4.06711864	2.26320954
DESTREZA	59	1.42	9.42	2.65152542	1.73331137
DESEMPEÑO SOCIAL	59	1.42	6.73	2.89881356	1.58049652
ACTIVIDAD SOCIAL	59	1.42	8	4.31966102	1.78062365
ACTIVIDAD COTIDIANA	59	1.42	10	2.15372881	1.88894141
DOLOR	59	1.42	9.29	5.25169492	2.45854537
DEPRESION	59	1.42	9.52	3.45983051	1.98620197
ANSIEDAD AIMS 1	59	1.42	8.33	3.7240678	1.60705569

CALIDAD DE VIDA CONTRA DAS 28(actividad)

Correlación			SF36	DAS 28
Spearman's rho	SF36	Coefficiente de correlación Sig. (2-colas) N	1 59	0.32180125 0.01294002 59
	DAS 28	Coefficiente de correlación Sig. (2-colas) N	0.32180125 0.01294002 59	1 59
* La correlación es significativa al 0.05 (2-colas).				

CALIDAD DE VIDA CONTRA HAQ-DI (discapacidad)

Correlación			SF 36	HAQ DI
Spearman's rho	SF 36	Coefficiente de correlación Sig. (2-colas) N	1 59	0.40093905 0.00164988 59
	HAQ DI	Coefficiente de correlación Sig. (2-colas) N	0.40093905 0.00164988 59	1 59
** Correlación es significativa en el 0.01 (2-colas).				

CALIDAD DE VIDA CONTRA SATISFACCION CON LA VIDA

Correlación			SF36	Satisfacción
Spearman's rho	SF 36	Coefficiente de correlación Sig. (2-colas) N	1 59	-0.27206862 0.03710694 59
	SATISFACCIÓN CON LA VIDA	Coefficiente de correlación Sig. (2-colas) N	0.27206862 0.03710694 59	1 59
* La correlación es significativa al 0.05 (2-colas).				

CALIDAD DE VIDA CONTRA MOVILIDAD AIMS 1.

Correlación			traducción sf36	MOVILIDAD AIMS TR
Spearman's rho	SF 36	Coefficiente de correlación Sig. (2-colas) N	1 59	0.38901162 0.00232648 59
	MOVILIDAD AIMS 1	Coefficiente de correlación Sig. (2-colas) N	0.38901162 0.00232648 59	1 59
** Correlación es significativa a 0.01(2-colas).				

Correlación tiempo de la enfermedad contra discapacidad (HAQ-di)

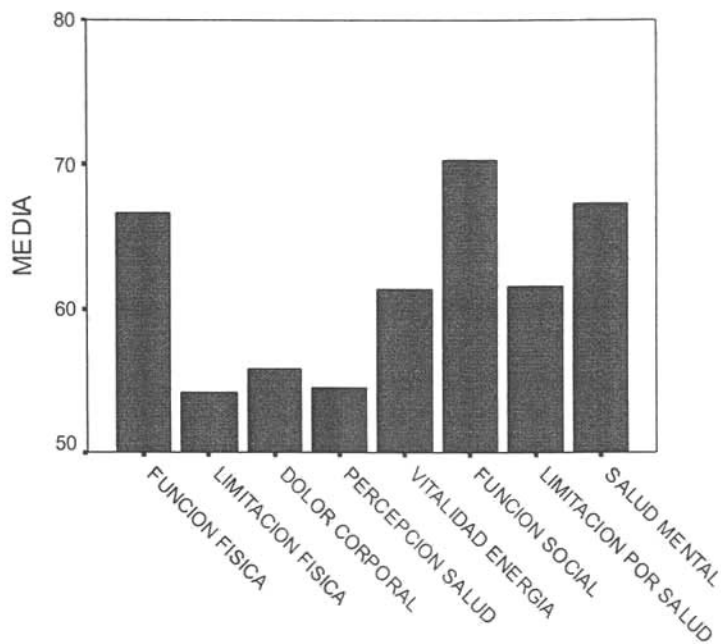
Correlación			Tiempo de la enfermedad en años	Traducción del HAQ di
Spearman's rho	tiempo de la enfermedad en años	Coefficiente de correlación (2-colas) N	1.000 59	.045 .734 59
	traducción del HAQ di	Coefficiente de correlación Sig. (2-colas) N	.045 .734 59	1.000 59

CORRELACIÓN TIEMPO DE LA ENFERMEDAD CONTRA CIRUGÍAS POR LA ENFERMEDAD

Correlación			Tiempo de la enfermedad en años	Cirugía por AR
Spearman's rho	Tiempo de la enfermedad en años	Coefficiente de correlación Sig. (2-tailed) N	1.000 59	.447(**) .000 59
	Cirugía por AR	Coefficiente de correlación Sig. (2-tailed) N	.447(**) .000 59	1.000 59

** Correlación es significativa en 0.01 (2-colas).

DISTRIBUCIÓN DE CADA SECCIÓN DEL SF-36



IX. DISCUSION

A partir de los resultados anteriores, se pueden comentar diversos aspectos del estudio.

La calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide, puede medirse a través de la encuesta SF-36, sin embargo resultó útil combinar instrumentos de medida de discapacidad como el HAQ-di y el DAS 28, que evalúa la actividad en la enfermedad, ya que se presentaron relaciones entre estas variables., mostrando una interacción de ambas para explicar el incremento o la disminución del índice de calidad de vida obtenido por el SF 36.

Los resultados demuestran que la calidad de vida disminuye a medida que la actividad de la enfermedad y la discapacidad aumentan.

No obstante no podemos asegurar que sean las únicas variables que determinan la percepción de la calidad de vida de los pacientes, Velarde-Jurado y Ávila-Figueroa⁵, explican que factores como empleo, vivienda, acceso a servicios públicos, comunicaciones, criminalidad, contaminación del ambiente y otros que conforman el entorno social, influyen en la calidad de vida.

La escala de satisfacción con la vida, no resultó estadísticamente significativa para explicar cambios en la percepción de la calidad de vida, pero, muestra una tendencia directamente proporcional con ésta.

A pesar de que el AIMS 1 y la SF-36, miden el mismo constructo, en este estudio se encuentran ciertas discrepancias entre ambas pruebas en cada subescala ya que en la evaluación realizada con la SF-36, el dolor no fue la principal determinante para la percepción de la calidad de vida, mientras que resultó ser el punto más importante en la escala de impacto por artritis reumatoide (AIMS 1). Sin embargo, los resultados generales obtenidos por medio de la prueba AIMS, concuerdan al compararlos con los de la SF-36.

Tal vez las diferencias obtenidas entre ambas pruebas, se deban a la especificidad que tiene el AIMS 1, para valorar artritis reumatoide y por este motivo dé mayor importancia a la valoración del dolor corporal en contraste con la SF-36²², que, por otra parte en la valoración del dolor las preguntas incluyen limitación a causa del mismo y esto da puntuaciones más bajas^{6,9}. Aunque la SF-36 es un instrumento genérico, no detectó diferencias en los pacientes con comorbilidades en relación con el

AIMS 1, lo que puede explicarse porque la calidad de vida no está afectada por las otras enfermedades.

La correlación entre las dos evaluaciones de discapacidad, se encuentra sin cambios, lo que puede deberse a que la discapacidad en los pacientes evaluados ya es permanente y no refleja un periodo de exacerbación de la enfermedad.

La segunda evaluación, realizada tres meses después, mostró la misma interacción entre la actividad de la enfermedad (DAS 28) y la discapacidad (HAQ DI) correlacionándose negativamente con la calidad de vida.

Contrario a lo que reporta Abello-Banfi²², no se encuentran cambios ni en la actividad de la enfermedad ni en la calidad de vida entre la primera y la segunda evaluación, que quizá se deban a que los pacientes se encuentran controlados en el tratamiento o a que el periodo de tiempo de evaluación, fue muy breve.

X. REFERENCIAS .

1. Constitution of the World Health Organization. In: World Health Organization. Handbook of basic documents. 5th Ed. Geneva. Palais des Nations, 1952: 3-20.
2. Guyatt GH, Cook DJ. Health status, quality of life, and the individual. JAMA 1994;272:630-1.
3. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. N Engl J Med 1996;334:835-40.
4. Clare Bradley. Importance of differentiating health status from quality of life. Lancet 2001;357:7-8.
5. Velarde-Jurado E, Ávila- Figueroa C. Evaluación de la calidad de vida. Sal Pub Mex 2002;44:349-61.
6. Zuñiga MA, Carrillo-Jimenez GT, Fos PT. Evaluación del estado de salud con la encuesta SF-36: resultados preliminares en México Sal Pub Mex 1999;41:110-8.
7. Guyatt GH, Feeny DH, Patrick DL. Measuring Health-related Quality of Life. Lancet 1993;118:622-9.
8. Velarde-Jurado E, Ávila- Figueroa C. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. Sal Pub Mex 2002;44:448-463.
9. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36) I. Med Care 1992;30:473-83.
10. McHorney CA, Ware JE, Raczek AE. The MOS 36-item short form health survey (SF-36) II. Psychometric and clinical tests of validity in measuring physical and mental health constructs. Med Care 1993;31:247-63.

11. McHorney CA, Ware JE, Lu R, Sherbourne CD. The MOS 36-item short form health survey (SF-36) III. Tests of data quality scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Med Care* 1994; 32: 40-66.
12. Aaronson NK, Acquadro J, Alonso J, Apolone G, Bucquet D, Bullinger M et al. International quality of life assessment (IQOLA) project. *Qual Life Res* 1992; 1: 349-51.
13. Ware JE, Gandek B, and the IQOLA Project Group. The SF-36 Health Survey: development and use in mental health research and the IQOLA project. *Int J Ment Health* 1994; 23: 49-73.
14. Clasificación Internacional del Funcionamiento, las Discapacidades y la Salud. (CIF) Ginebra 2001 OMS.
15. Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Med Clin* 1995; 104: 771-6.
16. Yelin E, Meenam R, Nevitt, M Epstein W. Work disability in rheumatoid arthritis: effects of disease, social and work factors. *Ann Intern Med* 1980;93:551-6.
17. Parker J, Smar K, Anderson S, Hewett J, Walker S, Bridges A. Relationship of changes in helplessness and depression to disease activity in rheumatoid arthritis *J Rheumatol* 1992;19:1901-5.
18. Abello-Banfi M., Cardiel M. H., Ruíz-Mercado R., y Alarcón-Segovia D..Quality of life in rheumatoid arthritis: validation of a spanish version of the arthritis impact measurement scales. *The Journal Of Reumathology* 1994; 21:1250-1255.
19. Cardiel MH, Abello-BAnfi M Ruiz-Mercado R, Alarcon Segovia D. How to measure health status in rheumatoid arthritis in non English speaking patients:validation of a

Spanish version of the health assessment questionnaire disability index (Spanish HAQ-di)

20. Diener, E., Emmons, R.A., Larson, R.J., Griffin, S. The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment*. 1985 49, 71-75
21. J Talamo, A. Frater, S. Gallivan, A. Young. use of the short form 36 (SF-36) for health status measurement in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1997;36:463-9.
22. Berkanovic E, Hurwicz ML. Rheumatoid arthritis and comorbidity. *J Rheumatol* 1990;17:888-92.
23. Arnet FC, Edworthy SM, Bloch DA, Mc Shane DF, Fries JF, Cooper NS, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1988; 31:315-24.
24. Pincus T, Summey JA, Soraci SA, Wallston KA, Hummon NP. Assessment of patients satisfaction in activities of daily living using a modified Stanford Health Assessment Questionnaire. *Arthritis Rheum* 1983; 26:1346-53.
25. Smolen J. S., Breedveld F. C., Schiff M. H., Kalden J. R., Emery P., Eberl G., Van Riel P. L., Tugwell P. A simplified disease activity index for rheumatoid arthritis for use in clinical practice. *Rheumatology* 2003; 42: 244-57.