

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CENTRO MÉDICO NACIONAL “20 DE NOVIEMBRE” I.S.S.T.E.

No. DE REGISTRO 263.2008

“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE QUE TOMAN CORTICOESTEROIDES
DIARIO Y EN DÍAS ALTERNOS”

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

**ESPECIALISTA EN ALERGIA E INMUNOLOGÍA
CLÍNICA**

PRESENTA

DR. ENRIQUE QUEZADA PÉREZ.

ASESOR DE TESIS: DRA. MARÍA EUGENIA VARGAS CAAMAÑO.
PROFESOR TITULAR: DR. RICARDO LEOPOLDO GUIDO BAYARDO.



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.

No. Registro 263.2008

Dr. Mauricio Di Silvio López.
SubDirector de Enseñanza e Investigación

Dr. Ricardo Leopoldo Guido Bayardo.
Titular del Curso de Inmunología Clínica y Alergia

Dra. María Eugenia Vargas Caamaño.
Asesor de Tesis

Índice

Paginas

3.....	Antecedentes Científicos
11.....	Planteamiento del problema
12.....	Objetivo General
12.....	Objetivos secundarios
12.....	Justificación
13.....	Materiales
14.....	Criterios de Inclusión
15.....	Grupos de estudio
16.....	Análisis de datos
17.....	Variables
18.....	Aspectos éticos
19.....	Cuestionario SF-36
27.....	Resultados
42.....	Discusión

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE
TOMAN CORTICOESTEROIDES DIARIO Y EN DIAS ALTERNOS**

DR. ENRIQUE QUEZADA PÉREZ.

DRA. MARÍA EUGENIA VARGAS CAAMAÑO

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La evaluación de encuestas que integran la percepción del estado de salud de los individuos en actividades de la vida cotidiana ha sido objeto de un creciente interés por parte de la comunidad de investigadores de los servicios de salud. El uso de instrumentos de recolección de datos que miden y caracterizan el estado multidimensional de salud promete el acercamiento en la relación médico-paciente, de forma tal que los pacientes tendrán un nuevo marco de referencia respecto a sus prestadores de servicios de salud, y estos últimos podrán juzgar la efectividad del manejo de la población atendida.^{1,2}

La rigurosidad psicométrica de los instrumentos actuales ha permitido la incorporación del concepto de evaluación de la calidad de vida, o lo que otros autores refieren como calidad de vida relacionada con la salud³, y lo ha convertido en la unidad fundamental para la medición de resultados en investigaciones dentro de este campo.

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

El espectro de indicadores para la medición de dichos resultados incluye cinco dominios principales:

a) mortalidad, b) morbilidad, c) incapacidad, d) incomodidad y e) insatisfacción.

Tradicionalmente, los informes comparativos del estado de salud y enfermedad en diversos grupos poblacionales sólo incluyen datos de mortalidad y morbilidad.

En la actualidad, hay una explosión en la literatura médica respecto a la inclusión de las opiniones de los usuarios de servicios médicos para la evaluación de las percepciones del estado de salud. Esta tendencia también se presenta en la literatura mexicana.⁴⁻⁶ Las dimensiones de incapacidad, incomodidad e insatisfacción son reconocidas como componentes del concepto de calidad de vida.

La incapacidad se mide por la habilidad de realizar actividades y por el impacto físico que esta última produce en la actividad física, en la ocupacional y en la cotidiana. La incomodidad se caracteriza por la presencia o ausencia del dolor físico y la fatiga. La insatisfacción se mide por el funcionamiento social, el bienestar general y la satisfacción con la atención que brindan los prestadores de servicios de salud.

Con el reconocimiento de que, para comparar el estado de salud de las poblaciones de diferentes países se requiere de instrumentos estandarizados, en 1991 se inició el proyecto conocido como “Evaluación internacional de la calidad de vida” (International Quality of Life Assessment Project, IQOLA) para traducir, adaptar y probar la aplicabilidad intercultural de un instrumento genérico denominado Encuesta de Salud SF-36 (Short Form 36 Health Survey).^{7,8} Inicialmente, este instrumento se usó en el estudio de resultados médicos (Medical Outcomes Study, MOS), donde se demostró su validez y confiabilidad; asimismo, se determinaron las normas de comparación para la población de Estados Unidos de América (EUA).⁹⁻¹²

Posteriormente, el proyecto IQOLA incluyó 14 países industrializados, y en la actualidad hay más de 40 naciones participantes. Existen seis versiones de la Encuesta

SF-36 en castellano que se han adaptado y utilizado en Argentina, Colombia, España, Honduras y México, así como entre la población México-norteamericana de EUA.

Los investigadores de estos países tienen como objetivo final la adaptación y el establecimiento de normas de las escalas de la Encuesta SF-36 para su uso en poblaciones genéricas y específicas. La SF-36 se ha utilizado en investigaciones clínicas también específicas; por ejemplo, Alonso y colaboradores informaron sobre la validez y la confiabilidad de una versión en castellano (para usarse en España), a partir de un estudio hecho entre 46 pacientes con cardiopatía coronaria estable.¹³

Para su evaluación se han propuesto dos formas diferentes de puntuación:

1. El Rand Group estableció una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuesta para cada pregunta.
2. El Health Institute otorga diferentes pesos específicos a cada respuesta, según unos coeficientes que no siguen una distribución lineal.

Las características de las puntuaciones son como siguen:

- Los temas y las dimensiones del cuestionario proporcionan unas puntuaciones que son directamente proporcionales al estado de salud; cuanto mayores sean, mejor estado de salud.
- El rango de las puntuaciones para cada dimensión oscila de 0 a 100.

En cuanto al cuestionario:

No está diseñado para proporcionar un índice global, aunque en ocasiones se han propuesto puntuaciones resumen de salud física y de salud mental, mediante la combinación de las respuestas de los temas.

El cuestionario detecta tanto estados positivos de salud, como negativos. El contenido de las cuestiones se centra en el estado funcional y el bienestar emocional. Su ámbito de

aplicación abarca población general y pacientes, y se emplea en estudios descriptivos y de evaluación.

Existe una “versión estándar” que hace referencia al estado de salud en las 4 semanas anteriores y una “versión aguda” que evalúa la semana anterior.

El SF-36 contiene 36 temas formando 8 dimensiones.

Definición de las dimensiones y calificación de los temas:

1. Función Física: Grado de limitación para hacer actividades físicas tales como el autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, coger o llevar pesos y los esfuerzos moderados e intensos (preguntas 3, 4, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12).
2. 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 (preguntas 13, 14, 15, 16).
3. Dolor corporal: Intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera de casa como en el hogar (preguntas 21 y 22).
4. Salud General: Valoración personal de la salud que incluye la salud actual, las perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a enfermarse (preguntas 1,2, 33, 34, 35, 36).
5. Vitalidad: Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento (preguntas 23, 27, 29, 31).
6. Función Social: Grado en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social habitual (preguntas 20, 32).
7. Rol Emocional: Grado en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias (preguntas 17, 18, 19).

8. Salud mental: Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control de la conducta o bienestar general (preguntas 24, 25, 26, 28, 30).

“Short form” es un instrumento que se diseñó como indicador genérico de nivel de salud para usarse en evaluaciones poblacionales y de políticas de salud. Se puede usar en conjunto con instrumentos específicos para medir resultados en práctica clínica o de investigación. Deriva del “Out Study Questionnaire”. Es aplicable a una gama de problemas.

Debido a la alta prevalencia de enfermedades autoinmunes en nuestro país se ha enfocado la investigación al tratamiento y etiología de estas enfermedades dejando a un lado la calidad de vida de los pacientes que las padecen.

Especialmente la Artritis Reumatoide que por su incidencia y prevalencia es de especial importancia.¹⁴.

La Artritis Reumatoide es una enfermedad sistémica de tipo inflamatorio, de causa desconocida que afecta primariamente a las articulaciones, sus manifestaciones son variadas produciendo afectaciones diversas, tiene un componente básico de autoinmunidad y es una causa importante de discapacidad, la incidencia reportada en hombres es de 0.16 a 0.45 casos por 1000 personas al año y en las mujeres de 0.24 a 0.88 casos por 1000 personas al año¹⁵.

Los criterios diagnósticos de acuerdo al American College of Rheumatology indican que un paciente tiene AR (Artritis Reumatoide) si presenta al menos 4 de los siguientes 7 criterios. Los criterios del 1 al 4 deben estar presentes por al menos 6 semanas. Los pacientes con 2 diagnósticos clínicos no son excluidos. La denominación como clásico, definitivo, o probable AR no se realiza¹⁶.

1. Rigidez matutina: Rigidez matutina en y alrededor de las articulaciones de al menos una hora de duración antes de su mejoría máxima.

2. Artritis de tres o más áreas articulares: Al menos tres de ellas tienen que presentar simultáneamente hinchazón de tejidos blandos o líquido sinovial (no sólo crecimiento óseo) observados por un médico; las 14 posibles áreas articulares son las interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF), muñecas, codos, rodillas, tobillos y metatarsofalángicas (MTF).

3. Artritis de las articulaciones de las manos: Manifestada por hinchazón en al menos una de las siguientes áreas articulares: muñeca, metacarpofalángicas (MCF) o interfalángicas proximales (IFP).

4. Artritis simétrica: Compromiso simultáneo de las mismas áreas articulares (como se exige en 2) en ambos lados del cuerpo (se acepta la afección bilateral de interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF) o metatarsofalángicas (MTF) aunque la simetría no sea absoluta).

5. Nódulos reumatoides: Nódulos subcutáneos, sobre prominencias óseas o en superficies extensoras o en regiones yuxtaarticulares, observados por un médico.

6. Factor reumatoide sérico: Demostración de "factor reumatoide" sérico positivo por cualquier método.

7. Alteraciones radiográficas: Alteraciones típicas de artritis reumatoide en las radiografías posteroanteriores de las manos y de las muñecas, que pueden incluir erosiones o descalcificación ósea indiscutible localizada o más intensa junto a

las articulaciones afectas (la presencia única de alteraciones artrósicas no sirve como criterio).

La clase funcional se clasifica de acuerdo a los siguientes criterios:

- I. Capacidad funcional completa para realizar las actividades habituales sin dolor ni limitación.
- II. Capacidad de realizar las actividades habituales a pesar de presentar dolor o limitación en una o más articulaciones.
- III. Capacidad funcional restringida a pocas o ninguna de las actividades o únicamente al cuidado personal.
- IV. Incapacidad. Enfermos confinados en la cama o en una silla

Gran parte de los pacientes con Artritis Reumatoide toman corticoesteroides por sus acciones inmunomoduladoras y antiinflamatorias, desafortunadamente se conoce de los efectos secundarios de tales medicamentos como son hiperglucemia, síndrome de Cushing, supresión suprarrenal entre otros.

La pérdida de regulación de autoinmunidad lleva a la lesión característica de ambas enfermedades, debido a la falta de activación de células autorreactivas en un periodo no menor de 48 horas se considera la administración de corticoesteroides en días alternos

para disminuir los efectos secundarios y mantener la capacidad antiinflamatoria y de inmunomodulación en la autoinmunidad¹⁸.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Qué calidad de vida tienen los pacientes con Artritis Reumatoide que consumen corticoesteroides diario y en días alternos?

HIPOTESIS

Los pacientes con Artritis Reumatoide que toman corticoesteroides en días alternos tienen mejor calidad de vida que aquellos que los toman diario.

OBJETIVO GENERAL

Determinar la Calidad de vida en pacientes que toman corticoesteroides de forma crónica, diario y en días alternos, con diagnóstico de Artritis Reumatoide

OBJETIVOS SECUNDARIOS

- Conocer la calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide con clase funcional II y III.

JUSTIFICACIÓN

No hay reportes en la literatura mexicana ni internacional que comenten ni estudien la calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide tratados con corticoesteroides en días alternos y cada 24 horas.

PROGRAMA DE TRABAJO

Materiales

- Cuestionario SF-36 (cuestionario de salud validado al español en 1999).
- Recursos humanos
- Pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” I.S.S.S.T.E.

Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos
- Mayores de 14 años
- Diagnóstico de Artritis Reumatoide (servicios de Reumatología e Inmunología Clínica y Alergia) con base en criterios del Colegio Americano de Reumatología.
- Clase funcional II y III (corroborado mediante el expediente electrónico).
- Ingesta de corticoesteroides por lo menos 3 meses antes de la aplicación del cuestionario.

Grupos de estudio

1. Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de Artritis Reumatoide tratados con corticoesteroides en días alternos con clase funcional II y III.
2. Pacientes mayores de 14 años con diagnóstico de Artritis Reumatoide tratados con corticoesteroides diario con clase funcional II y III.

Diseño del estudio

- Observacional
- Transversal
- Descriptivo
- Abierto

Análisis de datos

- Estadística descriptiva en donde se incluye: frecuencias, porcentajes, tablas, gráficas, comparativo.
- Coeficiente de correlación. Para determinar el grado de asociación entre dos variables.

Población

Pacientes en consulta externa de Reumatología e Inmunología Clínica y Alergia con diagnóstico de Artritis reumatoide en clase funcional II y III del CMN “20 de Noviembre” I.S.S.S.T.E.”.

Tamaño de la muestra (n)

$$n = \frac{0.25 N}{(\alpha / Z)^2 (N-1) + 0.25}$$

En donde:

- $\alpha = 10\%$
- Nivel de confianza = 90%
- $Z = 1.644$

Entonces:

- $n = 50$

Donde N es el tamaño de la población α es el valor del error tipo 1 z es el valor del número de unidades de desviación estándar para una prueba de dos colas con una zona

de rechazo igual alfa. 0.25 es el valor de p^2 que produce el máximo valor de error estándar, esto es $p = 0.5$ n es el tamaño de la muestra.

Variables

Cualitativas

- Ambos sexos.
- Nacionalidad Mexicana.

Cuantitativas

- Dosis de corticoesteroides (continua).

Aspectos éticos

Comprendido el estudio en el Reglamento de la Ley General de Salud y la Declaración de Helsinki modificada en la 52 Asamblea General, Edimburgo Escocia, Octubre 2000. Nota de Clarificación sobre el párrafo 29, añadida por la Asamblea General, Washington, 2002 ^(28, 29,30) solicitando el consentimiento informado por escrito y firmado por el paciente, padre o tutor antes de ingresar al estudio.

Cuestionario SF-36

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

- 1 Excelente
- 2 Muy buena
- 3 Buena
- 4 Regular
- 5 Mala

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

- 1 Mucho mejor ahora que hace un año
- 2 Algo mejor ahora que hace un año
- 3 Más o menos igual que hace un año
- 4 Algo peor ahora que hace un año
- 5 Mucho peor ahora que hace un año

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

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

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

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

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

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

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

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

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

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

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

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

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

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

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

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

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

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

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

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

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

- 1 Sí
- 2 No

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

- 1 Sí
- 2 No

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

- 1 Sí
- 2 No

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

- 1 Sí
- 2 No

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

- 1 Sí
- 2 No

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

- 1 Sí
- 2 No

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

- 1 Sí
- 2 No

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

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

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

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

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

- 1 Nada
- 2 Un poco

- 3 Regular
- 4 Bastante
- 5 Mucho

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

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

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

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

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

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

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

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Muchas veces

- 4 Algunas veces
- 5 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

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

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

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

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

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

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

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

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre

- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez
- 6 Nunca

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

- 1 Siempre
- 2 Casi siempre
- 3 Algunas veces
- 4 Sólo alguna vez

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

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

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

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

34. Estoy tan sano como cualquiera.

- 1 Totalmente cierta
- 2 Bastante cierta
- 3 No lo sé
- 4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

35. Creo que mi salud va a empeorar.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

36. Mi salud es excelente.

1 Totalmente cierta

2 Bastante cierta

3 No lo sé

4 Bastante falsa

5 Totalmente falsa

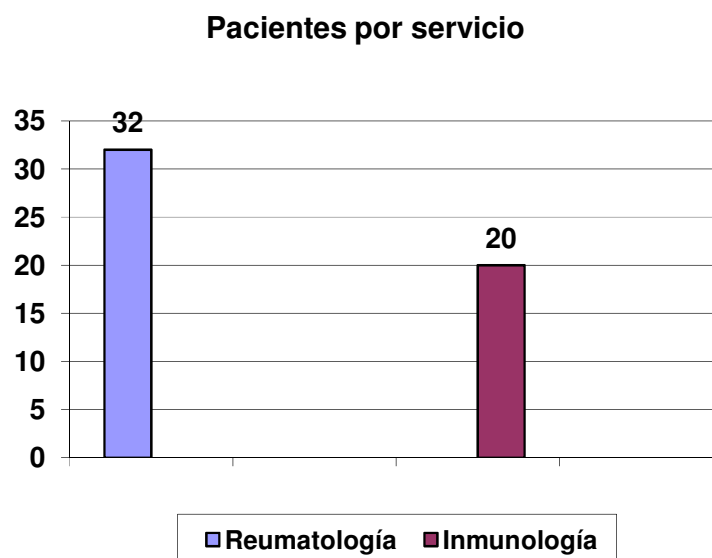
Resultados

Los resultados de analizaron de forma separada en cada combinación de dimensión del SF-36 entre los grupos (con toma de corticoesteroides diario y en días alternos). El paquete estadístico que se uso fue el SPSS-15.

Se realizo estadística descriptiva determinando desviación estándar y significancia estadística (p).

Se obtuvo una muestra de cuestionarios aplicados a pacientes de los servicios de Reumatología e Inmunología Clínica y Alergia, 52 en total, del 01 al 08 de Agosto de 2008.

20 cuestionarios obtenidos de pacientes del servicio de Inmunología y Alergia y 32 cuestionarios obtenidos de pacientes del servicio de Reumatología del Centro Médico Nacional “20 de Noviembre” I.S.S.S.T.E. previo consentimiento informado por escrito. El 100% de los pacientes encuestados fueron del sexo femenino.



La Media de edad general fue 53.1 años.

La Media Aritmética general fue de 52.9 años.

Rango de edad general (extremos 14 y 72 años) 58 años.

La Media de edad en pacientes con Artritis Reumatoide en clase funcional II fue de 55 años.

La Media de edad en pacientes con Artritis Reumatoide en clase funcional III fue 51 años.

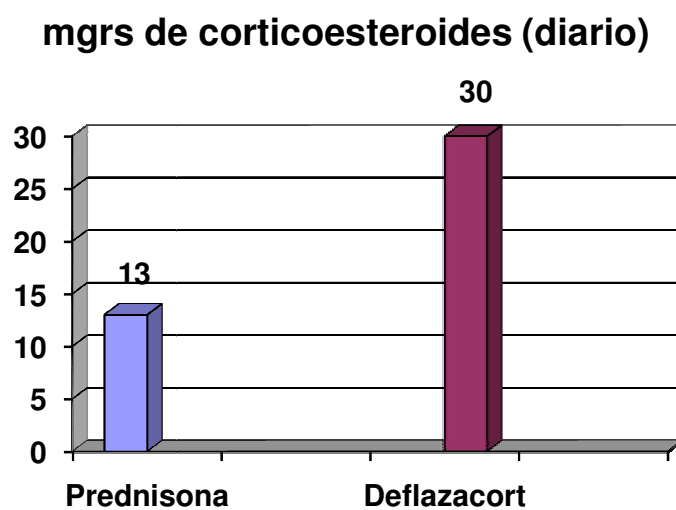
Corticoesteroides.

En cuanto a la edad de los pacientes con Artritis Reumatoide que toman Corticoesteroides en días alternos y diariamente en promedio son 57 (DE* 13.4) y 51 (DE* 14.2) años respectivamente.

*DE= desviación estándar.

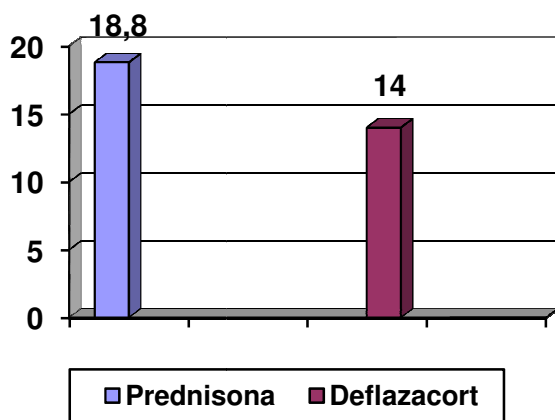
Los corticoesteroides utilizados como tratamiento únicamente fueron dos: Prednisona y Deflazacort.

Los pacientes con toma de corticoesteroides cada 24 horas utilizaron Prednisona, desde 5 mg hasta 30 mgrs (promedio 13 mgrs) al día y deflazacort desde 15 hasta 45 mg (promedio de 30 mgrs) al día. El tiempo promedio de utilización fueron 8 años con 8 meses.



Los paciente que consumen corticoesteroides en días alternos utilizaron Prednisona desde 10 hasta 25 mgrs (promedio 18.8 mgrs) cada 48 horas y Deflazacort de 6 a 30 mgrs (promedio 14 mgrs) cada 48 hrs. El tiempo de utilización fue de 8 años.

mgrs de corticoesteroides (alternos)



Clase funcional de Artritis Reumatoide.

En cuanto a la clase funcional de la Artritis Reumatoide 23 pacientes tuvieron clase funcional II y 29 pacientes se encontraron en clase funcional III.

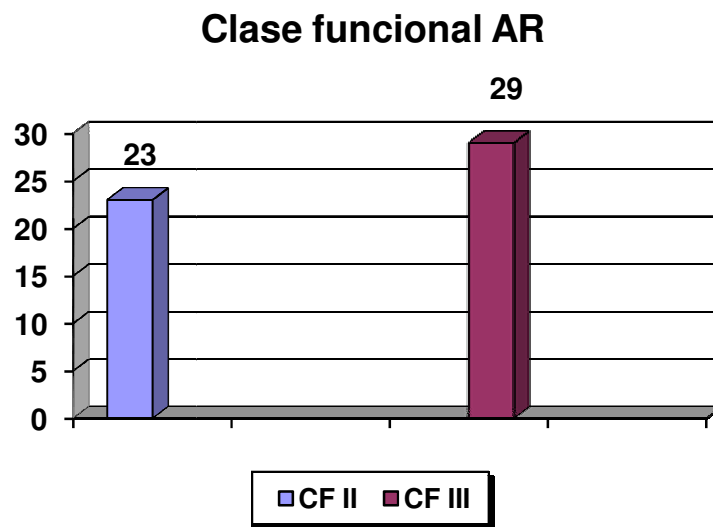


Tabla 1.

	Artritis reumatoide Clase funcional II	Artritis reumatoide Clase funcional III
Función física	64	51.9
Rol físico	75.2	53.8
Dolor corporal	56.2	50
Salud general	59.5	52
Vitalidad	60.2	50.1
Función social	80	59.6
Rol emocional	86.6	79.4
Salud mental	78.8	63.3

Los pacientes con Artritis Reumatoide en clase funcional II tuvieron mejor calidad de vida en las 8 dimensiones que explora el cuestionario SF-36 (tabla 1) lo cual puede estar relacionado a la menor progresión de la enfermedad a pesar de la mayor edad de este grupo.

Las dos dimensiones con mayor diferencia en puntuación entre los pacientes con Artritis Reumatoide en clase II y III son el Rol físico y la Vitalidad (21.4 y 20.4 respectivamente), es decir, en los pacientes con Artritis Reumatoide la salud física interfiere menos en el trabajo físico y en otras actividades diarias como un menor rendimiento del esperado y limitación en el tipo de actividades realizadas.

También la vitalidad es mayor con sentimiento de energía predominando frente a los sentimientos de cansancio y agotamiento.

Tabla II.

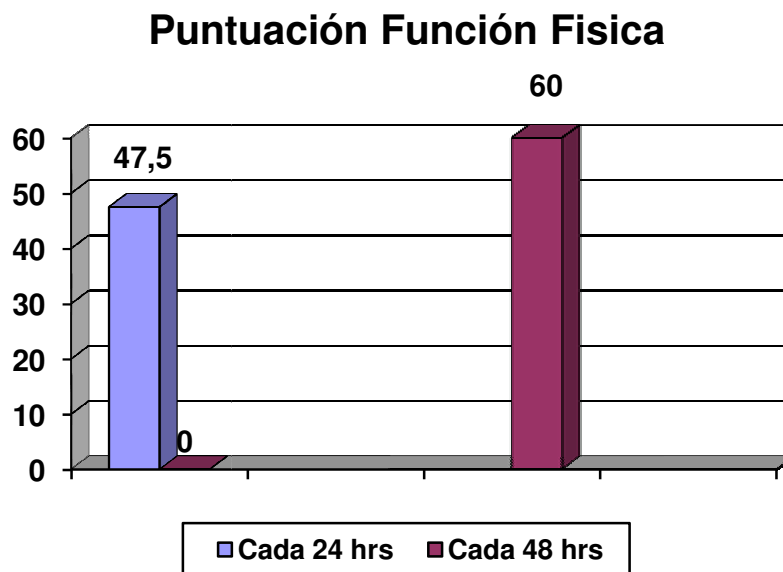
	Corticoesteroides cada 24 horas	Corticoesteroides cada 48 horas	Valor de <i>p</i>
Función física	47.3	60	0.10
Rol físico	61.5	57.5	0.90
Dolor corporal	55.1	46.7	0.75
Salud general	52.2	60.3	0.30
Vitalidad	49.2	63.6	0.05*
Función social	66.3	78.7	0.70
Rol emocional	76.9	90	0.04*
Salud mental	68.5	72	0.84

$P = 0 < 0.05$

En la tabla II encontramos la comparación de los grupos con Artritis reumatoide con consumo diario de esteroides y en días alternos.

A continuación se comparara cada una de las dimensiones del cuestionario SF-36 entre ambos grupos.

Función física.

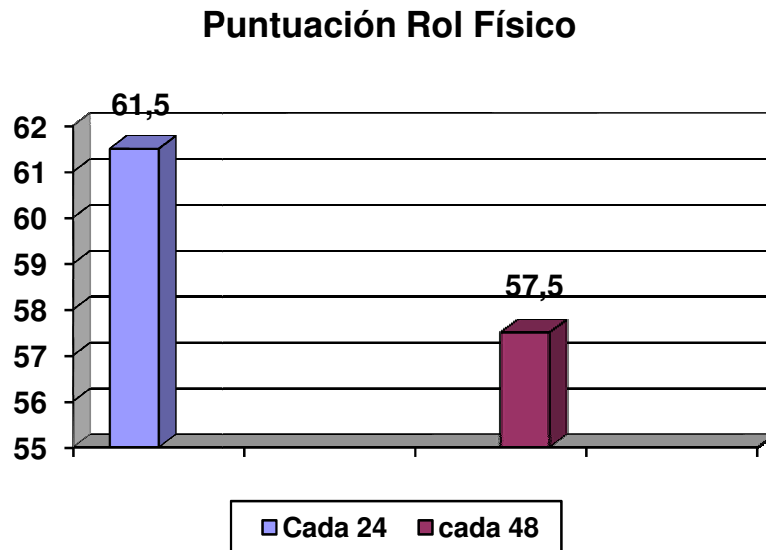


Los pacientes con Artritis Reumatoide tratados con corticoesteroides en días alternos tienen mejor función física que aquellos que los toman cada 24 horas, con diferencia entre ambas dimensiones de 12.5 puntos.

Es decir, en el grupo de pacientes que toman corticoesteroides en días alternos hay menor grado de limitación para hacer actividades como el autocuidado, subir y bajar escaleras, inclinarse y realizar esfuerzos de moderados a intensos.

La p determinada estadísticamente no es significativa.

Rol Físico



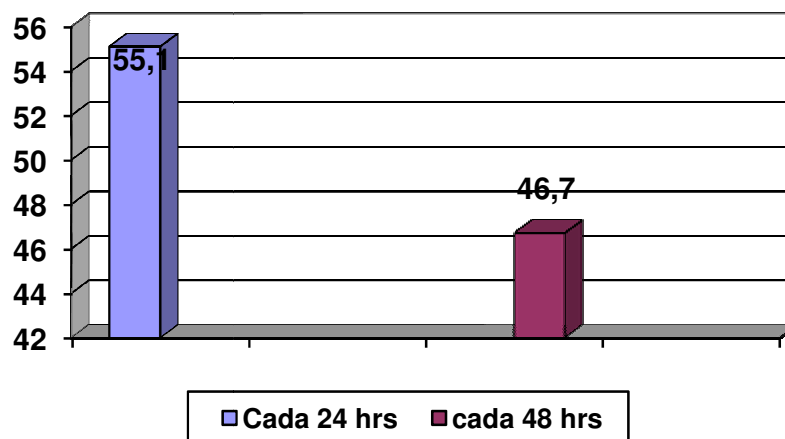
Encontramos la diferencia entre ambas dimensiones del SF-36 de 4 puntos a favor de los pacientes que toman corticoesteroides cada 24 horas, lo que se traduce en mejor actividad física en el ámbito laboral y en otras actividades diarias con mejor rendimiento físico.

En esta dimensión los pacientes con toma de corticoesteroides cada 48 horas tuvieron mayor limitación en las actividades realizadas requiriendo mayor tiempo para ellas.

No hubo significancia estadística (p 0.90) entre ambas.

Dolor Corporal

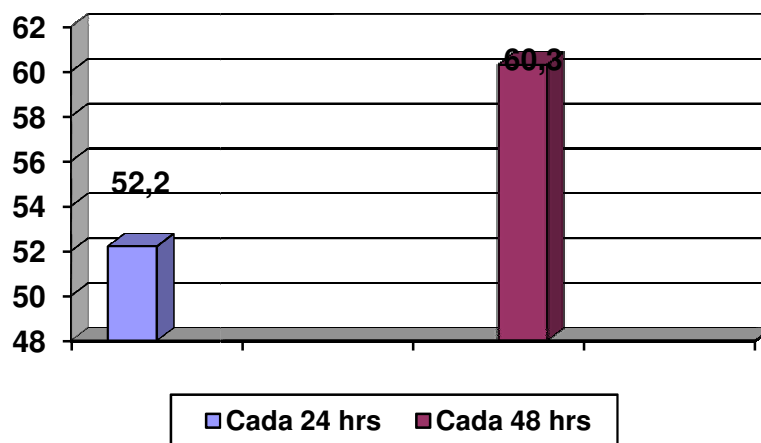
Puntuación Dolor Corporal



La dimensión de dolor corporal en el cuestionario SF-36 solo esta evaluado por dos preguntas, encontramos menor dolor en los pacientes con toma de corticoesteroides cada 24 horas con diferencia en puntuación de 8.4.

Es decir, los pacientes con toma de corticoesteroides cada 48 horas tienen mayor intensidad en el dolor lo que les ocasiona limitaciones en su trabajo. Debido a la propiedad analgésica de los corticoesteroides tal puntuación a favor de los pacientes que lo toman con mayor frecuencia pudiera considerarse algo esperado lo que no se refleja en la significancia estadística ($p 0.75$).

Puntuación Salud General

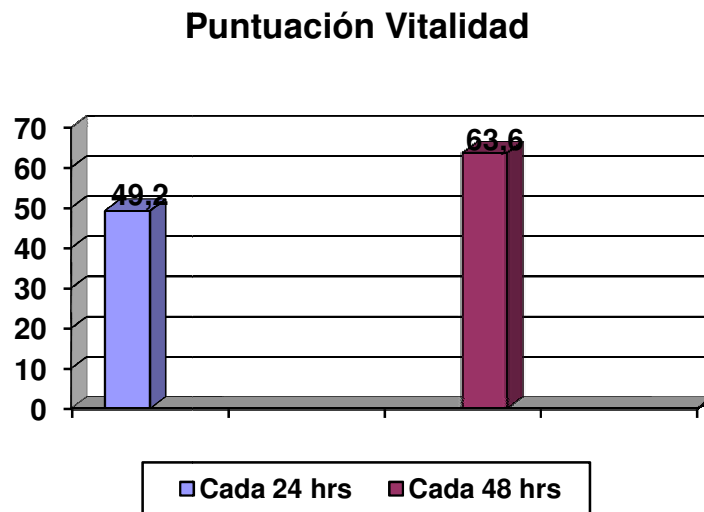


Los pacientes con tratamiento a base de corticoesteroides en días alternos tienen mayor puntuación en la visión de salud general que los pacientes con tratamiento cada 24 horas de corticoesteroides (8.1 puntos de diferencia).

Tal dimensión se refiere a la valoración personal de la salud que incluye la salud actual, la perspectiva de la salud en el futuro y la resistencia a enfermar.

Estadísticamente sin significancia (p 0.30).

Vitalidad

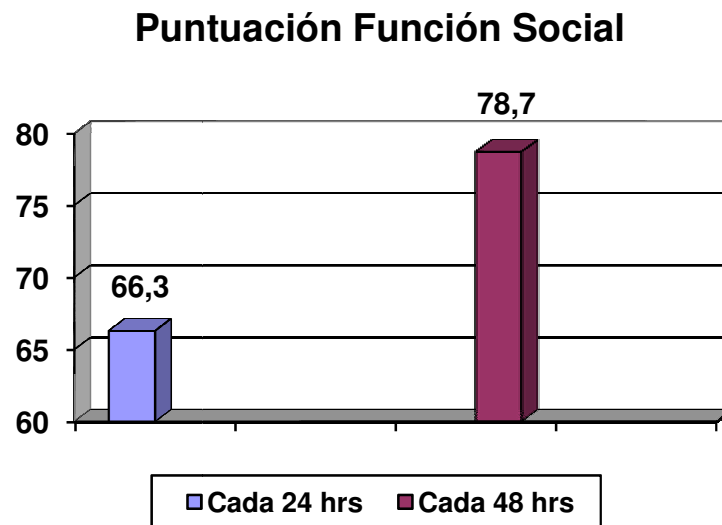


Otra de las dimensiones del cuestionario SF-36 a favor de los pacientes con Artritis Reumatoide con tratamiento a base de corticoesteroides en días alternos es la vitalidad, con puntuación de 63.6 en comparación con los pacientes con tratamiento cada 24 horas con diferencia en puntos de 14.4.

Es decir, los pacientes con mayor puntuación tienen mayor vitalidad y energía frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.

Encontramos la primera dimensión del cuestionario que en correlación si tiene significancia estadística ($p < 0.05$).

Función Social

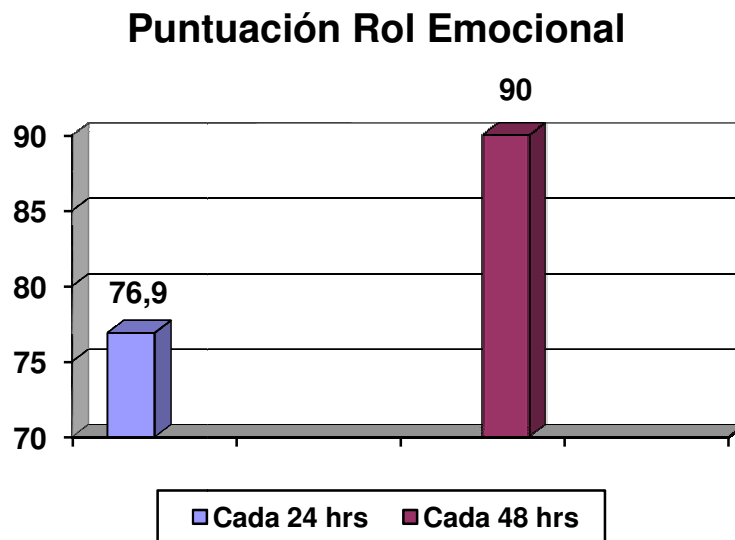


Los pacientes con mejor función social son aquellos que tienen tratamiento con corticoesteroides cada 48 horas (78.7 puntos) en comparación a aquellos con tratamiento con corticoesteroides cada 24 horas (66.3 puntos) con diferencia entre ambos en puntos de 12.4.

Los pacientes con menor puntuación tienen mayor interferencia en su vida social habitual por problemas físicos y emocionales.

Estadísticamente no se encontró significancia estadística. (p 0.70).

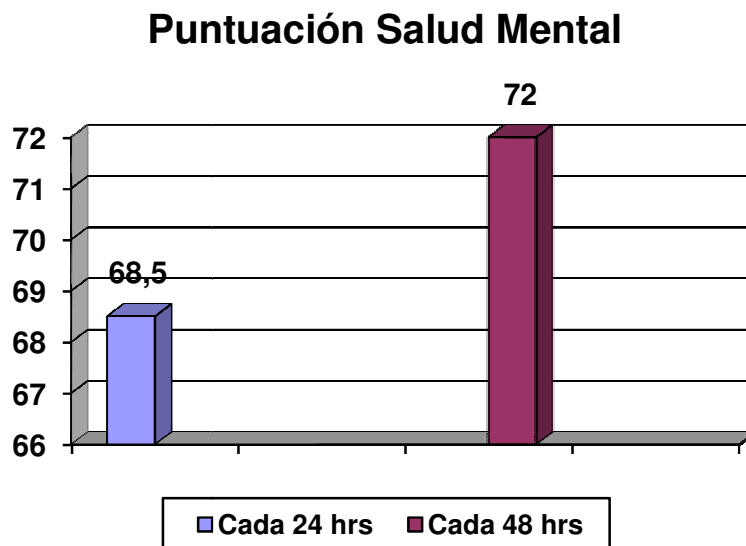
Rol Emocional



Otra de las dimensiones de la salud mental es el rol emocional en el que los pacientes con tratamiento con corticoesteroides en días alternos tuvieron mayor puntuación (90 puntos) comparados con los pacientes tratados con corticoesteroides cada 24 horas (76.9) con una de las diferencias más grandes encontradas en los 8 aspectos del cuestionario SF-36 (13.1 puntos).

Es decir, el grado en el que los problemas emocionales interfieren en el trabajo y en otras actividades diarias de la vida es menor en el grupo de corticoesteroides en días alternos.

Si se encontró significancia estadística (p 0.04) entre ambos grupos.



La mayor puntuación obtenida en la dimensión de salud mental fue de 72 en el grupo de los pacientes tratados con corticoesteroides cada 48 horas, los pacientes con tratamiento cada 24 horas de corticoesteroides solo obtuvieron 68.5 puntos con diferencia entre ambos de 3.5 puntos.

Los pacientes con tratamiento diario de corticoesteroides tuvieron mayor deterioro de tal dimensión por presentar patologías tales como depresión y ansiedad, pero no hubo significancia estadística entre ambos grupos (0.84).

Discusión

La necesidad de tener datos confiables para comparar el efecto de los corticoesteroides en días alternos y de los corticoesteroides tomados cada 24 horas sobre la calidad de vida relacionados con la salud, en grupos de pacientes específicos, especialmente en enfermedades autoinmunes, fue lo que motivo este estudio.

No encontramos en la revisión bibliográfica tal comparación pues todos los estudios encontrados solo hacen referencia al tratamiento con corticoesteroides cada 24 horas y en enfermedades alérgicas como el asma.

A pesar de que la muestra del estudio se restringió a una sola enfermedad (Artritis Reumatoide en clase funcional II y III) esto nos da pie a discutir varios aspectos. Es necesaria la mediación de la calidad de vida en una encuesta representativa nacional lo cual nos permitiría generar datos normativos de calidad de vida relacionada con la salud y la toma de corticoesteroides que resultaran más adecuados para hacer comparaciones generales.

Mientras se logra lo anterior queremos proponer el uso de los datos presentados en esta investigación como datos normativos para ser utilizados de acuerdo al origen de los grupos de pacientes con los cuales se quiere comparar: si son pacientes con diferente clase funcional de Artritis Reumatoide a clase funcional II y III se requiere realizar otro estudios que los incluya.

En los resultados obtenidos encontramos que el 100% de los pacientes encuestados fueron mujeres lo que refleja la prevalencia de la Artritis Reumatoide en el sexo femenino con edad promedio general de 53.1 años.

Al hacer la división de los pacientes con tratamiento a base de corticoesteroides cada 24 horas de aquellos con tratamiento cada 48 horas encontramos grupos homogéneos en edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad y tiempo de utilización de corticoesteroides.

Sin embargo, no hay que perder de vista que las diferencias entre ambos grupos pueden aumentar al incluir otras variables como son los fármacos que toman los pacientes además de los corticoesteroides, el nivel educacional entre otros.

Llama la atención que en los pacientes con Artritis reumatoide con tratamiento a base de corticoesteroides cada 24 horas el fármaco mas utilizado es deflazacort, el cual se considera con menores efectos secundarios, tanto glucocorticoides como mineralcorticoides. En cambio los pacientes tratados con corticoesteroides en días alternos utilizan predominantemente prednisona.

A pesar de lo anterior encontramos mayor puntuación obtenida en la aplicación del cuestionario SF-36 en los pacientes tratados con corticoesteroides cada 48 horas, en 6 de las 8 dimensiones evaluadas.

Las dos dimensiones con diferencia estadística (p menor de 0.05) fueron la “vitalidad” y el “rol emocional” a favor de los pacientes tratados con corticoesteroides en días alternos, es decir, la sensación de agotamiento es menor, así como menor son los problemas emocionales que les permiten a los pacientes a realizar con mas eficacia su trabajo habitual.

Otras dimensiones con puntuaciones mayores en los pacientes con tratamiento a base de corticoesteroides en días alternos fueron: función física, salud general, función social y salud mental sin correlación estadísticamente significativa.

Las dos dimensiones con puntuación mayor del cuestionario SF-36 a favor de los pacientes tratados con corticoesteroides cada 24 horas fueron el rol físico y el dolor corporal sin significancia estadística.

Sin duda, las medidas de calidad de vida relacionada con la salud cada vez son más importantes, especialmente en los pacientes con ingesta crónica de corticoesteroides por sus efectos secundarios, especialmente en aquellos pacientes con enfermedades autoinmunes en los cuales tales medicamentos son una piedra angular en el tratamiento. Esperamos se experimente un crecimiento mayor en la investigación de los efectos y beneficios del tratamiento con corticoesteroides en días alternos en comparación con el tratamiento con corticoesteroides cada 24 horas, por lo que se necesita fomentar y apoyar este tipo de investigación con estudios de evaluación de ensayos clínicos aleatorios y estudios de costo-efectividad.

Cuando estas medidas se apliquen a grupos de pacientes específicos, será necesario contar con datos normativos nacionales e incluso regionales para valorar correctamente el efecto de las intervenciones (corticoesteroides en días alternos); en ausencia de estos datos normativos no será posible valorar verdaderamente las contribuciones de las intervenciones medicamentosas, de manera que sea posible hacer comparaciones, manteniendo constante el efecto de otros padecimientos o factores observables en la población.

Bibliografía.

1. Patrick DL, Bergner M. Measurement of health status in the 1990's. *Ann Rev Public Health* 1990;11:165-183.
2. Ware JE Jr. The status of health assessment 1994. *Ann Rev Public Health* 1995;16:327-354.
3. Guyatt GH, Feeney DH, Patrick DL. Measuring health related to quality of life. *Ann Intern Med* 1993;118:622-629.
4. Vandale-Toney S, Durán-Arenas JLG, Ortega-Minor H. La medición del estado de salud de la población: una actividad fundamental para los servicios de salud. *Salud Publica Mex* 1985;27(2):116-123.
5. Schlaepfer-Pedrazzini L, Infante-Castañeda C. La medición de la salud: perspectivas teóricas y metodológicas. *Salud Publica Mex* 1990;32(2): 141-155.
6. Ruiz de Chávez M, Martínez-Narvaez G, Manuel Calvo-Ríos J, Aguirre- Gas H, Arango-Rojas R, Lara-Carreno R, *et al.* Bases para la evaluación de la atención de las unidades médicas del sector salud. *Salud Publica Mex* 1990;32(2):156-169.
7. Aaronson NK, Acquadro C, Alonso J, Apolone G, Eucquet D, Bullinger M, *et al.* International quality of life assessment (IQOLA) project. *Qual Life Res* 1992;1:349-351.

8. Ware J, Keller S, Gandek B, Brazier J, Sullivan M, the IQOLA Project Group. Evaluating translation of health status questionnaires: Methods from the IQOLA Project. *Int J Technol Assess Health Care* 1995;11(3):525-551.

9. Ware JE. SF-36 health survey manual and interpretation guide. Boston: The Health Institute, New England Medical Center, 1993.

10. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care* 1992;30: 473-483.

11. Abramson MJ, Puy RM, Weiner JM. Allergen immunotherapy for asthma. *Cochrane Database Syst Rev* 2000; (2): CD001186.

12. Powell H, Gibson PG. Inhaled corticosteroid doses in asthma: an evidence-based approach. *Med J Aust* 2003; 178: 223-225.

13. Silman AJ: The changing face of rheumatoid arthritis: Why the decline in incidence? *Arthritis Rheum* 2002; 46: 579-81.

14. Cardiel MH, Rojas-Serrano J. Community based study to estimate prevalence, burden of illness and help seeking behavior in rheumatic diseases in Mexico City. A COPCORD study. *Clin Exp Rheumatol* 2002; 20:617-24

15. Fuchs HA, Kaye JJ, Callahan LF, Nance EP, Pincus T. Evidence of significant radiographic damage in rheumatoid arthritis within the first 2 years of disease. *J Rheumatol* 1989; 16:585-91.

16. Guías de Tratamiento de la Artritis Reumatoide. Sociedad Chilena de Reumatología. Reumatología 2004; 20:112-124)

17. Mottonen TT. Prediction of erosiveness and rate of development of new erosions in early rheumatoid arthritis. Ann Rheum Dis 1988; 47:648-53.

18. Arnett FC; Edworthy SM; Bloch DA, et al. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 1988; 31:315-24.

19. Shulman ST. Is there a role for corticosteroids in Kawasaki disease ? J Pediatr 2003;142:601-3

20. Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis. American College of Rheumatology Ad Hoc Committee. Arthritis Rheum 1996;39:713-722.