



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

DELEGACIÓN SUR, MEXICO, D. F.

UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN SIGLO XXI

“UNIDAD CERTIFICADA POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD
GENERAL”

“VALORACIÓN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN
PERSONAS QUE CURSAN CON ARTRITIS REUMATOIDE EN
TRATAMIENTO CON FARMACOS ANTI-FACTOR DE
NECROSIS TUMORAL ALFA”

T E S I S

PARA OBTENER EL TÍTULO DE
MÉDICO ESPECIALISTA
EN
MEDICINA DE REHABILITACIÓN

P R E S E N T A

DRA. PAULINA FLORIAN MIRANDA

ASESOR DE TESIS

DRA. GEORGINA HERNANDEZ CORDERO

MEDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA DE REHABILITACION UFRSXXI



MEXICO, D. F.

2013



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.

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACIÓN SUR, MEXICO, D. F.
UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN SXXI
COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD
“UNIDAD CERTIFICADA POR EL CONSEJO DE SALUBRIDAD GENERAL”

TÍTULO

**“VALORACIÓN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS QUE CURSAN
CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON FARMACOS ANTI-
FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA”**

Trabajo de Investigación que con motivo de tesis para obtener el Título de
Especialista en Medicina de Rehabilitación

Presenta:

DRA. PAULINA FLORIAN MIRANDA

Médico residente de tercer grado de la especialidad en Medicina de Rehabilitación

Asesor de Tesis:

DRA. GEORGINA HERNANDEZ CORDERO

Médico especialista en Medicina de Rehabilitación UMFRSXXI

Profesora adjunta de la Especialidad

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

APROBACIÓN DE TESIS

DR. MARIO IZAGUIRRE HERNÁNDEZ

Médico especialista en Audiología y Otoneurología
Director Médico de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI

DR. JAIME ALFREDO CASTELLANOS ROMERO

Médico especialista en Medicina de Rehabilitación.
Subdirector Médico de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI

DRA. MARÍA DEL CARMEN MORA ROJAS.

Médico Especialista en Medicina de Rehabilitación
Coordinadora clínica de Educación e Investigación en Salud
Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI

**“VALORACIÓN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS
QUE CURSAN CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO
CON FARMACOS ANTI-FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA”**

FIRMA DE ASESORES DE INVESTIGACIÓN

DRA. GEORGINA HERNANDEZ CORDERO

Médico especialista en Medicina de Rehabilitación UMFRSXXI

Profesora adjunta de la Especialidad.

Asesor de materia y metodológico

DEDICATORIA

A mi MADRE, un ejemplo a seguir.

A mis dos amores, Paulinita y Roberto, son el motor que me impulsan a seguir adelante.

A toda mi familia, sin su gran apoyo no podría haber logrado este sueño.

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por permitirme lograr un sueño más.

A mi Padre, a mis tías Bola y Cristi, por su gran apoyo y consejos.

A Roberto por su apoyo y amor.

A Dra. Georgina Hernández por compartir su conocimiento, por su apoyo, sus consejos, por su asesoría en la realización de tesis, su confianza, y por enseñarme que lo más importante es el trato digno al paciente.

A mis compañeros, por su amistad compartida estos 3 años, por su gran apoyo y comprensión.

ÍNDICE

I.	RESUMEN	.....	01
II.	INTRODUCCIÓN	.....	02
III.	ANTECEDENTES	.....	04
IV.	MARCO TEORICO	.....	06
V.	JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	.....	19
VI.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA OBJETIVO.....		20
VII.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN.....		21
VIII.	OBJETIVOS	.....	22
IX.	HIPÓTESIS	.....	23
X.	MATERIAL Y MÉTODOS	.....	24
XI.	RESULTADOS	.....	30
XII.	DISCUSIÓN	.....	36
XIII.	CONCLUSIONES	.....	37
XIV.	BIBLIOGRAFIA	.....	38
XV.	ANEXOS	.....	41

I. RESUMEN

“VALORACIÓN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS QUE CURSAN CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON FARMACOS ANTI-FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA”

Florián Miranda P¹. Hernández Cordero G². UMFR SXXI, IMSS. 2013.

INTRODUCCIÓN: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, que afecta aproximadamente 0.5 a 1% de la población mundial. Se asocia con dolor, incapacidad y pérdida funcional, que puede conducir a una disminución en la calidad de vida del paciente (CV). La calidad de vida medida en la rehabilitación médica es plenamente reconocida como una parte esencial de la medición de los resultados funcionales. Con la introducción de fármacos que se dirigen a la patogénesis de la AR, como los fármacos anti-factor de necrosis tumoral (TNF) alfa se ha observado una disminución significativa de la actividad inflamatoria, mejorando la función física, y por consiguiente la calidad de vida.

OBJETIVO: Determinar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide tras tratamiento con fármacos anti-TNF alfa, a través de la medición con las escalas RAQoL y HAQ. *METODOLOGÍA:* Estudio observacional, descriptivo y transversal. Recolección de datos a partir de revisión de expedientes con diagnóstico de artritis reumatoide en tratamiento con agentes anti-TNF alfa. Se efectuó contacto con los pacientes por vía telefónica, se aplicaron las escalas RAQoL y HAQ. *Criterios de inclusión:* Derechohabientes del IMSS, diagnóstico de artritis reumatoide en tratamiento con agentes anti-TNF, ambos géneros, mayores de 25 años. *Resultados:* 51 pacientes que se encontraban en tratamiento se localizaron vía telefónica y contestaron los cuestionarios. La población con mayor afección fue el género femenino 44 pacientes (86%) y el masculino 7 pacientes (14%). El promedio de edad fue de 56 ± 9.37 . En la escala de QOL-RA se presentó una media del total de la escala de 7.93. En la escala de HAQ se obtuvo calificación de la escala total con mediana de 0.875. *Conclusiones:* Se observó que la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide afectada principalmente los síntomas de dolor y depresión. Todos los pacientes

consideraron que su calidad de vida había mejorado desde que habían recibido la administración del anti-TNF.

II. INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamación crónica, que afecta aproximadamente 0.5 a 1% de la población mundial, aunque la AR afecta a una amplia gama de las articulaciones, las más comúnmente involucradas son las manos, las rodillas, y los pies, con un peso significativo el daño articular radiográfico que ocurre en la mayoría de los pacientes dentro de los 2 primeros años de la enfermedad. La AR se asocia con dolor, fatiga, incapacidad y pérdida funcional, que puede conducir a una disminución en la calidad de vida del paciente (CV).

La Medicina de Rehabilitación tiene por objeto valorar personas con problemas de salud que enfrentan dolor físico, o que probablemente enfrentarán discapacidad, para lograr y mantener un funcionamiento óptimo en la interacción con el medio. La rehabilitación es un proceso de resolución de problemas y de educación que requiere el uso de diversas escalas como instrumentos capaces de medir la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria. La calidad de vida medida en la rehabilitación médica es plenamente reconocida como una parte esencial de la medición de los resultados funcionales. La importancia de la valoración funcional estandarizada en Rehabilitación se debe a la necesidad de expresar los resultados clínicos de forma uniforme, objetiva y medible.

La medida de la calidad de vida es particularmente importante en las enfermedades, como es el caso de la artritis reumatoide, donde se hace difícil la utilización de medidas que reflejen el resultado del tratamiento.

Programas multidisciplinarios, de rehabilitación pueden mejorar la independencia y la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide. Modalidades de tratamiento no farmacológico se utilizan a menudo como un complemento al tratamiento farmacológico en la artritis reumatoide. Con la introducción de fármacos que se dirigen a la patogénesis de la AR, como los fármacos anti-factor de necrosis tumoral (TNF) alfa se ha observado una disminución significativa de la actividad inflamatoria y mejoría en la función física, al mejorar la calidad de vida. Existen diversos estudios en Europa que valoran la calidad de vida relacionada

con la salud tras terapia anti-factor de necrosis tumoral en pacientes con artritis reumatoide, mostrando que el tratamiento con fármacos anti-TNF representa una opción terapéutica de gran interés para prevenir discapacidad y así poder mantener la autonomía de los pacientes afectados de AR durante el mayor tiempo posible

En México se han realizado pocos estudios para valorar la calidad de vida en pacientes con AR que se encuentran en manejo con anti-TNF. Dada la situación epidemiológica en México, el presente estudio es de utilidad para valorar los resultados de los tratamientos en pacientes con AR tras manejo anti-TNF, valorando su impacto en la calidad de vida de estos pacientes.

III. ANTECEDENTES

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica inflamatoria autoinmune que tiene manifestaciones articulares y extraarticulares. Tiene una prevalencia mundial de aproximadamente 0,5-1% y es más prevalente en las mujeres, con una relación de 2,5 / 1 entre mujeres y hombres. La artritis reumatoide causa una importante inflamación de las articulaciones, dolor y destrucción del hueso y del cartílago.

Sin tratamiento adecuado, este daño conduce a una pérdida de capacidad funcional y una mala calidad de vida, por lo que es de importancia comenzar un tratamiento eficaz lo antes posible con el fin de controlar la inflamación crónica, y prevenir o retardar la progresión de la destrucción de las articulaciones irreversible.

Los agentes biológicos ofrecen un nuevo y más agresivo medio de tratamiento de la AR, ya que bloquean directamente el factor de necrosis tumoral alfa (TNF α), la citoquina proinflamatoria que se cree que es el principal mediador de la inflamación de las articulaciones y la destrucción; detienen el daño articular y, cuando se usan al inicio de la enfermedad, llevan a remisión clínica a un porcentaje significativo de estos pacientes.

La influencia que la AR tiene en estos aspectos de la vida diaria de los pacientes y la carga que representa la AR para la sociedad, hacen de la mejora de la calidad de vida del paciente una consideración importante al evaluar el impacto y la eficacia de las estrategias de tratamiento.

La rehabilitación tiene por objeto valorar personas con problemas de salud que enfrentan, o probablemente enfrentarán discapacidad, para lograr y mantener un funcionamiento óptimo en la interacción con el medio; en el campo de la rehabilitación, los resultados convencionales se han centrado en la evaluación de la capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud debido a la

mejora no sólo de la enfermedad en sí, sino también de la calidad de vida de los pacientes.

El concepto de calidad de vida hace referencia a la evaluación objetiva y subjetiva de al menos los siguientes elementos: prácticas higiénico-alimentarias, educación, trabajo, vivienda, seguridad social, vestido, ocio, derechos humanos; además, puede ser definido en términos generales, como una medida compuesta de bienestar físico, mental y psicológico, tal como lo percibe cada persona y cada grupo.

Determinar el impacto de la enfermedad y/o su tratamiento sobre la vida de las personas que las padecen nos permite evaluar respuestas a los tratamientos médicos.

IV. MARCO TEÓRICO

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune y sistémica de etiología desconocida, su principal órgano blanco es la membrana sinovial; se caracteriza por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico en cualquier momento de su evolución.

Afecta del 0.5 al 1% de la población mundial, en México la prevalencia de artritis reumatoide es de aproximadamente 0.4%, afecta principalmente al grupo etario con mayor capacidad laboral o productiva dentro de la sociedad, la edad de inicio es a los 40 años \pm 10 años (25-50 años) aunque puede comenzar a cualquier edad. Es más frecuente en mujeres que en hombres, con una relación de 3:1, esta diferencia de género disminuye a edades avanzadas. La mortalidad reportada en pacientes con artritis reumatoide es mayor que en la población general con una tasa estandarizada de 2.26, demostrándose una reducción en su expectativa de vida. (1, 20)

La causa de la artritis reumatoide es desconocida, y el pronóstico es reservado. Sin embargo, los avances en la comprensión de la patogénesis de la enfermedad han impulsado el desarrollo de nuevas terapias, con mejores resultados. (2)

Debido a una tendencia familiar, parece probable que una combinación de factores genéticos y ambientales estén implicados en el desarrollo de la enfermedad. La tasa de concordancia entre gemelos monocigóticos es de entre 15% y 30%. Las personas con el antígeno complejo principal de histocompatibilidad (MHC), HLA-DR4, tienen un riesgo relativo de 4 a 5 de desarrollar AR. El factor de necrosis tumoral citoquinas-alfa (TNF- α) es una de estas sustancias críticas. Los hallazgos patológicos en la sinovial reumatoide se parecen a una reacción de hipersensibilidad clásica del tipo retardado. Cuando el antígeno y la interleucina-1 (IL-1) están presentes, las células T CD4 + estimulan la producción de citoquinas tales como el interferón-gamma (IFN-g) y la interleucina-2 (IL-2), que conduce a la activación de los macrófagos, células B, y otras células T. Esta actividad puede conducir a la angiogénesis y la generación

de moléculas de adhesión celular que a su vez crea un ambiente proinflamatorio y procoagulante.

El daño a la matriz extracelular es una característica de la AR, con la degradación de los ligamentos, los tendones y los huesos que llevan a los hallazgos clínicos típicos. Las sustancias responsables de este daño son un grupo de enzimas proteolíticas conocidas como metaloproteinasas de matriz (MMP). Estos actúan en el colágeno, proteoglicanos, y fibronectina y por lo tanto tienen la capacidad de degradar la mayoría de los componentes de matriz extracelular. Los primeros cambios en la sinovial reumatoide incluyen edema, daño microvascular y la deposición de fibrina. Junto con estos cambios, hay inflamación del endotelio y la transformación de los vasos sinoviales en los vasos con endotelio alto, las llamados vénulas endoteliales altas (HEV). Estas HEV permiten la salida de los linfocitos de sangre periférica para formar los infiltrados perivascuales de linfocitos, seguidos por los macrófagos, que conducen a la hiper celularidad de la membrana sinovial en la RA. (3)

El TNF- α juega un papel fundamental a través de la activación de la expresión de citoquinas y quimioquinas, la expresión de moléculas de adhesión de células endoteliales, la protección de los fibroblastos sinoviales, la promoción de la angiogénesis, la supresión de las células T reguladoras, y la inducción del dolor.

Criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología (ACR) de 1987 de la artritis reumatoide

En 1987, la ACR publicó un conjunto de criterios basados en su capacidad para distinguir entre 262 pacientes con artritis reumatoide establecida y 262 con otras enfermedades reumáticas de similar duración (artrosis, lupus eritematoso sistémico, fibromialgia y otras) reemplazando el término “diagnóstico” por “Clasificación”. Los criterios ACR de 1987 se comportan bien en pacientes con enfermedad establecida. Se considera AR probable cuando están presentes 4 ó

más criterios de los 7 que conforman la lista. Esta clasificación diagnóstica tiene una sensibilidad que varía entre el 75% - 95% y una especificidad del 73% – 95%.

Criterios de clasificación del ACR de la artritis reumatoide (1987)

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

Aunque estos criterios fueron bien aceptados como un punto de partida para la definición de la enfermedad, y para intentar discriminar pacientes con AR establecida de aquellos que padecían otra enfermedad reumática, no son válidos para identificar pacientes que podrían beneficiarse de una intervención precoz eficaz. Por este motivo se han desarrollado los criterios de clasificación EULAR/ACR de 2010.

Criterios de clasificación de la EULAR / ACR de 2010

Los nuevos criterios se han desarrollado fundamentalmente por la falta de sensibilidad de los previos (de 1987) en la enfermedad precoz (21). Estos nuevos criterios clasifican una enfermedad como AR definida si se presenta sinovitis en al menos una articulación en ausencia de un diagnóstico que lo justifique y una puntuación de 6 (de un total de 10) en cuatro dominios:

Criterios de Clasificación EULAR/ACR 2010	
Número y lugar de afectación articular	(0-5)
Anormalidades serológicas	(0-3)
Elevación de reactantes de fase	(0-1)
Duración de la sintomatología	(0-1)

Son criterios de clasificación, no de diagnóstico. El objetivo es poder discriminar de forma estandarizada en una población de pacientes con sinovitis indiferenciada cual es el subgrupo que con mayor probabilidad puede desarrollar AR erosiva y persistente, para ser incluidos en ensayos clínicos u otros estudios que necesiten criterios uniformes.

Criterios revisados por el Colegio Americano de Reumatología para la clasificación del estado funcional en la artritis reumatoide

CLASE	DEFINICIÓN
-------	------------

FUNCIONAL	
I	Capacidad completa para realizar las actividades usuales de la vida diaria, que incluyen actividades de autocuidado, avocacionales y vocacionales.
II	Puede realizar las actividades usuales de autocuidado y avocacionales, pero con limitaciones en las actividades vocacionales.
III	Puede realizar las actividades de autocuidado, pero tiene limitaciones en las actividades avocacionales y vocacionales.
IV	Tiene limitaciones para realizar las actividades usuales de autocuidado, avocacionales y vocacionales.

Diagnóstico de la AR

Líquido sinovial: El contenido del líquido sinovial inflamatorio confirma el diagnóstico de artritis pero es poco específico de AR. La celularidad y otros parámetros permiten clasificar al líquido sinovial en 5 categorías: normal, no inflamatorio, inflamatorio, purulento y hemorrágico.

Reactantes de fase aguda: Los reactantes de fase aguda son un grupo heterogéneo de proteínas que se sintetizan en el hígado y cuya cantidad en la circulación aumenta rápidamente en presencia de inflamación y de necrosis tisular. Las pruebas más frecuentemente utilizadas en clínica son la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR). Los reactantes de fase aguda reflejan la presencia e intensidad de un proceso inflamatorio pero no son específicos de la AR, ya que aparecen o varían su concentración en más de un 25% en presencia de un proceso inflamatorio, independientemente de la causa y no tienen valor en el diagnóstico de la AR.

Factor reumatoide (FR): La presencia de FR en un paciente con poliartritis hace muy probable el diagnóstico de AR pero su ausencia no lo excluye (su sensibilidad

oscila entre 40-80% según el ámbito en el que se realice). El FR es un autoanticuerpo dirigido contra la fracción Fc de la IgG. En presencia del FR, aumenta la probabilidad de evolución a AR. Los valores predictivos positivo y negativo son de 70-80% y más del 95%, respectivamente. EL FR tiene valor pronóstico ya que se asocia a enfermedad más grave, con más extensión del compromiso articular, mayor destrucción y mayor discapacidad.

Anticuerpos anti péptidos cíclicos citrulinados (anti-CCP): La sensibilidad de los anticuerpos anti-CCP oscila entre el 12 y el 93% y su especificidad entre el 63 y el 100%. Su aparición puede preceder en años a la enfermedad y se relaciona con su pronóstico evolutivo. Comparados con el FR, tienen una mayor especificidad (96% frente al 86%) con una sensibilidad similar, y sólo aparecen en el 1-3% de las personas sanas. (4)

Tratamiento de la artritis reumatoide

El tratamiento de la AR comprende la educación de los pacientes y sus familiares, terapia farmacológica, fisioterapia, apoyo psicológico, terapia ocupacional y procedimientos quirúrgicos. El tratamiento farmacológico incluye el uso de medicamentos anti-inflamatorios no esteroideos (AINE), corticoides, fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad sintéticos y biológicos (DMARDs) y drogas inmunosupresoras.

Medidas educativas

Antes de comenzar cualquier forma de tratamiento, los pacientes deben ser educados acerca de su enfermedad, y en particular, sobre su posible evolución, el Tratamiento y el pronóstico. Los pacientes deben ser instruidos sobre el papel desempeñado por los ejercicios y la protección de las articulaciones y especificaciones técnicas de la terapia física y rehabilitación, para que puedan involucrarse más con las actividades de éstos, para evitar deformaciones de las articulaciones. Además, deben ser educados

acerca de la posible adaptación de los electrodomésticos y modificaciones en el ambiente de trabajo.

Tratamiento Rehabilitador

Programas multidisciplinarios de rehabilitación integral que implica la participación de diverso personal de la salud. El ejercicio es el principal componente en la rehabilitación de estos pacientes y su objetivo es mejorar la capacidad física, la fuerza muscular, ejercicio aeróbico, gimnasio cardiovascular y las capacidades funcionales, así como a prevenir desacondicionamiento secundario a la reducción de la actividad. Diversos autores concluyen que el entrenamiento de la capacidad aeróbica combinada con entrenamiento de fuerza muscular debe ser recomendado como una práctica rutinaria en pacientes con artritis reumatoide. Modalidades de tratamiento No farmacológico se utilizan a menudo con terapia adjunta con medicamentos en la artritis reumatoide (22).

Tratamiento farmacológico

Fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINE): Útiles para reducir el proceso inflamatorio y el dolor, principalmente en la fase temprana de la enfermedad.

Corticoesteroides: El efecto más conocido y esperado de los corticoides en la AR es la mejora en el proceso inflamatorio y el dolor. Se sugiere el uso de prednisona o prednisolona en dosis bajas (≤ 15 mg/día)..

Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME)

Los FARME se deben indicar a los pacientes desde el momento en que la AR se diagnostica. El uso de FARME debe ser considerado en pacientes con artritis indiferenciada y biomarcadores para la AR, tales como la positividad para anticuerpo péptido anti-cíclico citrulinados (anti-CCP) y/o el factor reumatoide (FR).

FARME SINTETICOS

Metotrexate- MTX: El MTX es un agente inmunomodulador, que inhibe la síntesis de ADN, ARN, la timidina, y las proteínas. Es considerado la primera elección para el tratamiento de la AR. La dosis inicial recomendada es de MTX 10-15 mg / semana, por administración oral o parenteral.

Sulfasalazina-(SSZ): La SSZ pertenece al grupo de salicilatos y sulfonamidas, inhibe la producción de prostaglandinas, de varias funciones de neutrófilos y linfocitos, y de quimiotaxis, e inhibe enzimas dependientes del folato. Se prescriben en dosis de 3.1g/ día, vía oral.

Antimaláricos: difosfato de cloroquina (CQD) y sulfato de hidroxiclороquina (HCQ):

El mecanismo de acción involucra múltiples factores, tales como actividad anti-inflamatoria, y la interferencia con la producción de prostaglandina producción. La dosis máxima diaria de CQD es de 4 mg/kg/día, y de HCQ es de 6 mg/kg/día, por vía oral. El HCQ es eficaz, disminuyendo los parámetros de laboratorio (velocidad de sedimentación globular, VSG).

FARME BIOLÓGICOS

Uno de los avances más relevantes en el tratamiento de la AR fue el desarrollo de los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad biológicos. Los FARME biológicos están indicados para pacientes con actividad de la enfermedad persistente, a pesar del tratamiento con al menos dos horarios de FARME sintéticos. Los agentes anti-TNF son los FAME biológicos más utilizados.

Agentes anti-TNF

El TNF es una citocina inflamatoria potente expresada en grandes cantidades en el suero y el líquido sinovial de pacientes con AR. Produce la liberación de otras citoquinas inflamatorias, en particular, las interleuquinas IL-1, IL-6 e IL-8, y estimula la producción de proteasas. La inhibición del TNF ha demostrado ser una forma eficaz y rápida para controlar la actividad de la enfermedad. Agentes anti-TNF se debe utilizar en asociación con MTX u otros FARME, debido

a que su uso combinado demuestra ser seguro y proporciona beneficio rápido en el control de actividad de la enfermedad, comparado con el uso de anticuerpos anti-TNF como monoterapia. Para los pacientes con contraindicaciones para el uso de FARME sintéticos, agentes anti-TNF pueden ser ocasionalmente prescrito como monoterapia. (5)

Los agentes anti-TNF más utilizados son:

Adalimumab-ADA: Es un anticuerpo humano contra el TNF, prescrito para la administración subcutánea a la dosis de 40 mg, una vez cada dos semanas.

Etanercept-ETN: Proteína de fusión compuesta por el receptor soluble de TNF además de la región Fc de la IgG, prescrito en una sola dosis semanal de 50 mg a través de la administración subcutánea.

Infliximab-IFX: Anticuerpo anti-TNF monoclonal quimérico humano-ratón, prescrito en la dosis inicial de 3 mg/kg iv, seguido por la misma dosis (3 mg / kg) en las semanas segunda y sexta, y luego cada ocho semanas.

Es importante que el paciente reciba información concerniente a la enfermedad, el tratamiento y los posibles desenlaces.

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune común que se asocia con discapacidad progresiva, complicaciones sistemáticas, muerte temprana y costo socioeconómico. La AR puede tener un gran impacto en la salud relacionados con la calidad de vida (CVRS).

La rehabilitación es un proceso de resolución de problemas y de educación que requiere el uso de evaluaciones con el fin de identificar los problemas relevantes que afectan la funcionalidad y calidad de vida de los pacientes. La medida de la calidad de vida es particularmente importante en las enfermedades, como es el caso de la artritis reumatoide, donde se hace difícil la utilización de medidas que reflejen el resultado del tratamiento.

CALIDAD DE VIDA

La calidad de vida medida en la rehabilitación médica es plenamente reconocida como una parte esencial de la medición de los resultados funcionales.

La calidad de vida es un concepto amplio que se puede definir como el impacto de la salud en la capacidad del individuo para funcionar y en el bienestar percibido en los ámbitos físico, mental y social de la vida.

La “calidad de vida relacionada con la salud” se define como el valor asignado a la duración de la vida con sus modificaciones por impedimentos, estados funcionales, oportunidades sociales y percepciones, que es influido por las enfermedades, lesiones o tratamientos. El estado de la misma enfermedad o limitación por lo tanto puede afectar la CVRS de manera diferente en cada paciente, dependiendo de factores personales. (7)

Existen dos tipos de evaluación de la calidad de vida:

Medidas generales: las medidas generales o no específicas se han desarrollado con la finalidad de evaluar el funcionamiento de pacientes con cualquier enfermedad. Una de las principales ventajas de tales instrumentos es la oportunidad de comparar los resultados entre grupos de enfermedades, y así para cubrir una amplia variedad de factores relacionados con la enfermedad. Las desventajas son que los instrumentos genéricos pueden carecer de los aspectos que pueden ser importantes en algunas enfermedades pero no en otras, sino que también pueden ser menos sensibles a los cambios.

Medidas específicas: Ofrecen la posibilidad de evaluar diferencias sutiles y problemas específicos de una enfermedad particular. Los instrumentos específicos para la evaluación de la enfermedad se han desarrollado para su uso en pacientes con artritis reumatoide u otras enfermedades artríticas. Su ventaja es que su objetivo es cubrir todos los factores importantes en estas condiciones - ejemplificado los componentes que pueden ser menos importantes en la evaluación de las herramientas de un amplio espectro de enfermedades. La desventaja de cualquier medida específica de la enfermedad es que los resultados

obtenidos no pueden compararse con los resultados de los grupos de pacientes con otros diagnósticos. (6)

En términos generales, los factores que constituyen la calidad de vida relacionada con la salud son:

1. Síntomas y quejas subjetivas.
2. Diagnósticos
3. Funcionamiento fisiológico
4. Funcionamiento psicológico y cognitivo
5. Funcionamiento físico
6. Percepciones generales de salud
7. Funcionamiento social

La medida de la calidad de vida en reumatología ha utilizado por un lado medidas globales de salud como los cuestionarios SF.36, el SIP (Sickness Impact Profile) y el NHP (*Nottingham Health Profile*); y por otro lado se han empleado cuestionarios específicos como el AIMS (Arthritis Impact Measurement Scale), el RA-QoL (Rheumatoid Arthritis of Quality of life), o el RADAR (Rapid Assessment of Disease Activity in Rheumatology). (8)

Cuestionario de Calidad de vida en la artritis reumatoide (RAQoL)

El cuestionario de Calidad de vida en la artritis reumatoide (RAQoL) es una medida de calidad de vida específica de la AR que comprende 30 declaraciones acerca de las necesidades insatisfechas relacionadas con las actividades pertinentes a los pacientes. Es un cuestionario específico para la artritis reumatoide que se adapta de forma simultánea al inglés y español (validación de idioma) y es fácil para los pacientes entenderlo y utilizarlo.

La versión en español de la Escala de calidad de vida de la AR es validado por Danao y cols. Este cuestionario consta de 8 ítems seguidos de una escala

horizontal numeradas del 1 (muy mala calidad de la vida) a 10 (excelente calidad de vida). Las puntuaciones posibles van de 0 a 30, la puntuación más baja representa la peor calidad de vida. RAQoL. Es un cuestionario rápido para completar y validar. Este cuestionario ha demostrado ser relevante tanto para las poblaciones de habla inglesa y española. (9)

La discapacidad funcional autopercebida atribuida a la enfermedad se evaluará mediante cuestionarios específicos previamente validados. Se recomienda el empleo del HAQ como instrumento de evaluación de la discapacidad de forma estandarizada, por su amplia difusión, aceptación y características métricas comprobadas.

Cuestionario de evaluación de la salud (HAQ)

Los cuestionarios específicos para enfermedades reumáticas están centrados en la enfermedad y, por tanto, incluyen las dimensiones de la salud más afectadas, en especial la dimensión física, y dentro de ésta la discapacidad y el dolor.

El cuestionario de evaluación de la salud (HAQ) es el instrumento específico para enfermedades reumáticas más conocido por los reumatólogos. Se ha aplicado a casi todo tipo de procesos con buenos resultados y numerosos estudios han demostrado su fiabilidad, validez y sensibilidad al cambio. Este modelo divide el desenlace en 5 dimensiones, también denominadas «cinco D»: malestar (*discomfort*), discapacidad (*disability*), fármacos (*drugs*), coste (*dollars*) y muerte (*death*). A su vez, cada una de ellas se puede dividir en subdimensiones y éstas en componentes. En la subdimensión física se incluirían el dolor y el cansancio, mientras que en la psíquica cabrían la depresión y la ansiedad. El cuestionario de discapacidad del HAQ consta de 20 ítems que evalúan el grado de dificultad (discapacidad física) autopercebida para realizar 20 actividades de la vida diaria agrupadas en 8 áreas: vestirse y asearse, levantarse, comer, caminar/pasear, higiene personal, alcanzar, prensión y otras actividades. El HAQ se puede administrar de forma autoaplicada, si bien con frecuencia el enfermo puede

necesitar de cierta ayuda. El tiempo necesario para su complementación varía entre 5 y 10 min. (11) Cuatro categorías de respuesta están disponibles para cada pregunta: sin ninguna dificultad (puntuación 0), con alguna dificultad (Puntuación 1), con mucha dificultad (2 puntos) o no pueden hacerlo (puntuación 3). También se pregunta a los pacientes sobre el uso de ayudas y dispositivos, y si necesitan ayuda de otra persona para realizar actividades en cualquiera de las ocho categorías. Si la calificación de categoría es inferior a 2, se aumenta 2 dentro de cualquier categoría en la que el paciente utiliza un dispositivo o ayuda de otra persona, por lo que la discapacidad subyacente está más representada con exactitud. (6)

V. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La artritis reumatoide es una enfermedad de etiología desconocida y de naturaleza autoinmune que se caracteriza patológicamente por un proceso autoinflamatorio que afecta principalmente el tejido sinovial de las articulaciones. Al no conocerse la causa de la enfermedad, el tratamiento médico de la AR sigue siendo el de paliar o minimizar el deterioro por medio de fármacos así como por manejo rehabilitador. En el campo de la rehabilitación los resultados tradicionales se han centrado en la evaluación de la capacidad funcional y la calidad de vida relacionada con la salud debido a la mejora no sólo de la enfermedad en sí, sino también que la calidad de vida de los pacientes.

La disminución de la actividad en la AR, como respuesta al tratamiento con fármacos anti-TNF se asocia con un cambio significativo en la calidad de vida. En las etapas iniciales, la evaluación de la eficacia terapéutica en la artritis reumatoide se centra en el impacto de los tratamientos, en las mediciones de la actividad inflamatoria (dolor, recuento de articulaciones dolorosas e inflamadas, cansancio, reactantes de fase aguda, etc), asumiendo que su mejora afectaría directamente a los otras esferas.

La medición de la calidad de vida es especialmente importante en enfermedades como la artritis reumatoide, donde hay dificultades en la medición de los resultados del tratamiento.

Con el fin de ser capaz de monitorear la actividad de la enfermedad y modular apropiadamente el tratamiento, es necesario disponer de medidas de resultado simples y validadas capaces de describir el estado clínico del paciente y el curso de la enfermedad.

VI. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La calidad de vida medida en la rehabilitación médica es plenamente reconocida como una parte esencial de la medición de los resultados funcionales.

Las enfermedades reumáticas son la primera causa de discapacidad en los jóvenes y los ancianos, y su principal efecto es que, las consecuencias físicas impiden y limitan a las personas en la realización de sus actividades cotidianas.

La AR implica por consiguiente un cambio importante en la calidad de vida de las personas. Diversos estudios han demostrado que los pacientes con AR tienen peor calidad de vida en todas las dimensiones que la población general, y que pueden padecer enfermedades consideradas de mayor gravedad.

El tratamiento de la artritis reumatoide ha cambiado radicalmente en los últimos años debido a la introducción de fármacos anti-factor de necrosis tumoral (TNF) alfa, los cuales reducen significativamente la actividad inflamatoria y mejoran la función física. A medida que la calidad de vida mejora, el número de pacientes con limitaciones en las actividades laborales disminuye y aunque la enfermedad no desaparece, el impacto de la enfermedad en la vida de estas personas se reduce.

Determinar el impacto de la enfermedad y/o su tratamiento en la vida de las personas que sufren de ella nos permite disponer de una fuente adicional de información además de la que ofrecen los datos clínicos y las pruebas de laboratorio.

La medición de la calidad de vida nos permite evaluar el tratamiento médico y nos proporciona una comparación de los diferentes enfoques terapéuticos, que nos ayuda a decidir el mejor.

VII. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el nivel de calidad de vida de las personas con artritis reumatoide, expuestas a tratamiento con inhibidores del Factor de Necrosis Tumoral?

VIII. OBJETIVOS

Objetivo General

- Determinar la calidad de vida en un grupo de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide tras tratamiento con fármacos anti-TNF alfa.

Objetivo Específico

- Evaluar el nivel de calidad de vida en un grupo de pacientes con artritis reumatoide mediante el cuestionario de calidad de vida en la artritis reumatoide (RAQoL) y el cuestionario de evaluación de la salud (HAQ) posterior a tratamiento anti-TNF alfa.

IX. HIPÓTESIS

Por tratarse de un estudio transversal no requiere de hipótesis.

X. MATERIAL Y MÉTODOS

Tipo de estudio

Estudio observacional, descriptivo y transversal.

Ámbito geográfico

Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Siglo XXI, del Instituto Mexicano del Seguro Social, Delegación 4, Distrito Federal. Hospital General de Zona 32.

Universo de trabajo

Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social, hombres y mujeres adultos con diagnóstico de artritis reumatoide que reciben tratamiento ambulatorio con agentes anti-TNF.

Periodo de estudio: De julio a septiembre del 2012.

Criterios de selección

Criterios de inclusión:

- Pacientes derechohabientes del IMSS
- Pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide
- Ambos géneros
- Pacientes mayores de 25 años
- Pacientes que se encuentran en tratamiento con agentes anti-TNF,
- Pacientes que hayan sido tratados con un agente anti-TNF en un tiempo mínimo de 12 semanas
- Pacientes que acepten participar en el estudio, a través de la firma y conocimiento de la Carta de consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- Expediente que por alguna razón no porte la información necesaria
- Pacientes que no puedan ser contactados
- Pacientes en quienes no se complete el llenado de las escalas a evaluar
- Pacientes que no acepten participar en el estudio.

Técnica de muestreo

Se realiza muestreo de casos consecutivos no aleatorizados y observacional de pacientes de la consulta externa de rehabilitación de UMFRSXXI y reumatología del HGZ 32.

VARIABLES METODOLÓGICAS**VARIABLES DEPENDIENTES**

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Calidad de vida	La calidad de vida es el impacto de la salud en la capacidad del individuo para funcionar y en el bienestar percibido en los ámbitos físico, mental y social de la vida.	Determinar por medio de la base de datos y el expediente clínico los datos necesarios para llevar a cabo el contacto vía telefónica con el paciente y obtener la información requerida al aplicar los cuestionarios RAQoL y HAQ.	Cualitativa ordinal

VARIABLES INDEPENDIENTES

Nombre	Definición conceptual	Definición operacional	Escala de medición
Fármaco inhibidor del Factor de Necrosis Tumoral	<p>Anticuerpos monoclonales incluidos entre el grupo de fármacos llamado <i>tratamiento biológico</i>. Su mecanismo de acción es disminuir el efecto del factor de necrosis tumoral, e inducir la apoptosis (muerte celular) de linfocitos que se encuentran anormalmente activados. La inhibición del TNF ha demostrado ser una forma eficaz y rápida para controlar la actividad de la artritis reumatoide.</p>	<p>Pacientes que se encuentran en el programa de manejo con tratamiento biológico:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Si 2. No 	Cualitativa nominal
Cuestionario de Calidad de vida en la artritis reumatoide (RAQoL)	El RAQoL es una medida de calidad de vida específica de la AR que comprende 30	De acuerdo al puntaje obtenido la puntuación más alta representa la peor calidad de vida:	

	<p>declaraciones acerca de las necesidades insatisfechas relacionadas con las actividades pertinentes a los pacientes.</p>	<p>8 ítems seguidos de una escala horizontal numeradas del 1 (muy mala calidad de la vida) a 10 (excelente calidad de vida). Las puntuaciones posibles van de 0 a 30.</p>	<p>Cuantitativa continua</p>
<p>Cuestionario de evaluación de la salud (HAQ)</p>	<p>El HAQ es el instrumento específico para enfermedades reumáticas más conocido. Evalúa el grado de dificultad física autopercebida para realizar 20 actividades de la vida diaria agrupadas en 8 áreas: vestirse y asearse; levantarse comer; Caminar/pasear; higiene personal; alcanzar; prensión, y otras actividades.</p>	<p>Se le indican al paciente las características generales del cuestionario, y se procede a su llenado. Se suma el valor de todas las categorías y se divide entre 8. Los resultados obtenidos van desde el 0 hasta el 3. Significando 3 el peor índice de discapacidad. El tiempo necesario para su complementación varía entre 5 y 10 min.</p>	<p>Cuantitativa continua</p>

Metodología

DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

Recolección de datos de fuente secundaria, en expedientes de pacientes de la consulta externa de Rehabilitación y Reumatología con diagnóstico de artritis reumatoide, que se encontraban en el programa de FARME biológicos, agentes Anti-TNF para el manejo de artritis reumatoide, que cumplen los criterios de inclusión. Se efectúa contacto con los pacientes por vía telefónica, explicando la estructura y propósito del estudio, se les consulta si desean participar en este proyecto, en caso afirmativo y previa lectura del consentimiento informado, se aplican las escalas RAQoL y HAQ.

RECURSOS

HUMANOS

- Un investigador médico residente de la especialidad Medicina de Rehabilitación

MATERIALES

- Escalas de evaluación RAQoL y HAQ
- Formatos de consentimiento informado
- Papelería, formatos impresos necesarios para dicho estudio.
- Equipo de computo

CONSIDERACIONES ÉTICO LEGALES

El estudio se someterá a evaluación por el Comité Local de Investigación en Salud para obtener el número de registro.

El estudio se califica de riesgo nulo por ser un estudio transversal, observacional y se respalda en los siguientes documentos:

Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial en los Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en seres Humanos adaptada por la 8va Asamblea Médica Mundial, Helsinki Finlandia en Junio de 1964, ensamblada por la 29va Asamblea Médica Mundial en Tokio Japón en octubre de 1975, por la 35va Asamblea Mundial de Venecia Italia en octubre de 1983, la 41va Asamblea Médica Mundial de Hong Kong en septiembre de 1989 con última revisión en la 48va Asamblea General de Summerset West Sudáfrica en octubre de 1996 y la 52va Asamblea General de Edimburgo Escocia en octubre del 2000.

Declaración de Ginebra de la Asociación Médica Mundial se vincula al médico con la fórmula “velar solícitamente y ante todo por la salud de mi paciente”

Código de Nuremberg que en su primera disposición señala es absolutamente esencial el consentimiento informado o voluntario del sujeto humano.

Informe Belmont que habla sobre los principios éticos y directrices para la protección de sujetos humanos en investigación siendo un reporte de la Comisión Nacional para la Protección de Sujetos Humanos de Investigación Biomédica y del Comportamiento del 18 de Abril de 1979.

ANALISIS ESTADISTICO

Se realizó un muestreo de casos consecutivos no aleatorizado y observacional, con medidas de media, mediana y desviación estándar con IC 95%.

XI. RESULTADOS

Se realizó un muestreo de casos consecutivos no aleatorizados y observacional, con medidas de media, mediana y desviación estándar con IC 95%.

De la población atendida en la consulta externa de rehabilitación de la UMFR SXXI y reumatología del HGZ32, se obtuvo una muestra de 62 pacientes que se encontraban en tratamiento con anti-TNF de los cuales 51 pacientes se localizaron vía telefónica y contestaron los cuestionarios, aceptando el consentimiento informado.

Dentro de las características socio demográficas de la población predominó la afección del género femenino en 44 pacientes (86%) y el masculino en 7 pacientes (14%). (Gráfico 1). El promedio de edad fue de 56 ± 9.37 , con un rango de 34 a 72 años. (Tabla 1)

El tiempo promedio de evolución de la artritis reumatoide en el grupo de pacientes valorados presentó un rango mínimo de 2 años y un máximo de 20 años, con una media de 8.18 ± 3.76 . (Tabla 1)

De acuerdo al tiempo en tratamiento con biológico anti-TNF, 9 pacientes (17.64%) tenían 5 años en el programa, 19 pacientes (37.25%) 4 años, 10 pacientes (19.61%) 3 años, 3 pacientes (5.88%) 2 años y 10 pacientes (19.61%) 1 año, con una media de 3.27 ± 1.37 . (Gráfico 2)

De los 51 pacientes en tratamiento, 48 pacientes (94.11%) se encontraban con tratamiento biológico con Adalimumab y 3 pacientes (5.88%) con Rituximab. 43 pacientes (84.31%) tuvieron una terapia combinada con anti-TNF como tratamiento principal asociado a distintos fármacos como metotrexato, AINES y paracetamol. La media de dosis aplicadas de anti-TNF fue de 73.92 ± 29.60 con un mínimo de 18 aplicaciones y un máximo de 120. (Tabla 1)

De acuerdo a los ítems de la escala de QOL-RA se obtuvieron los siguientes datos: la capacidad física presentó una media de 7.65 ± 0.57 , apoyo con una media de 8.47 ± 0.70 , dolor con una media de 7.08 ± 1.04 , tensión con una media de 7.88 ± 0.83 , salud con una media de 7.81 ± 0.68 , artritis con una media 6.64 ± 1.17 , interacción con una media de 8.49 ± 0.67 , humor con una media de 8.34 ± 0.63 , y una media del total de la escala de 7.93 ± 0.54 . (Tabla 2)

De acuerdo a la escala de HAQ se obtuvo la siguiente puntuación: en el ítem vestirse y asearse 27 (52.94%) pacientes presentaron sin dificultad de realizarlo (0) y 24 (47.05%) pacientes con alguna dificultad (1), con una media de 0.47. En el área de levantarse 16 (31.37%) pacientes presentaron sin dificultad, 30 (58.82%) pacientes con alguna dificultad y 5 (9.80%) pacientes con mucha dificultad (2), con media de 0.78. En el ítem de comer 11 (21.56%) pacientes presentaron sin dificultad, 39 (76.47%) pacientes con alguna dificultad y 1 (1.96%) paciente incapaz de hacerlo (3), con una media de 0.82. En el área de caminar 7 (13.72%) pacientes presentaron sin dificultad de hacerlo, 40 (78.43%) pacientes con alguna dificultad, 3 (5.88%) pacientes con mucha dificultad y 1 (1.96%) paciente incapaz de hacerlo, con media de 0.96. En el ítem de higiene 30 (58.82%) pacientes presentaron sin dificultad, 18 (35.29%) pacientes con alguna dificultad y 3 (5.88%) pacientes con mucha dificultad, con una media de 0.47. En el ítem de alcanzar 6 (11.76%) pacientes presentaron sin dificultad, 38 (74.50%) pacientes con alguna dificultad, 6 (11.76%) pacientes con mucha dificultad y 1 (1.96%) paciente incapaz de hacerlo, con una media de 1.03. En el ítem de presión 2 (3.92%) pacientes presentaron sin dificultad, 31 (60.78%) pacientes con alguna dificultad, 17 (33.33%) pacientes con mucha dificultad y 1 (1.96%) paciente incapaz de hacerlo, con una media de 1.33- En el ítem de otras 5 (9.80%) pacientes presentaron sin dificultad, 44 (86.27%) con alguna dificultad y 2 (3.92%) con mucha dificultad con una media de 0.94. Se obtuvo un puntaje total de la escala con una mediana de 0.875.

Del universo 28 (54.90%) pacientes en el transcurso de su enfermedad recibieron manejo rehabilitador y 23 (45.09%) pacientes nunca lo han recibido. (Grafica 4)

De acuerdo a la clasificación funcional de la artritis reumatoide 4 (8%) pacientes se encontraron en una clase funcional I, 45 (88%) pacientes en clase funcional II y 2 (4%) pacientes en clase funcional III. (Grafica 5)

Todos los pacientes consideraron que su calidad de vida había mejorado desde que recibieron la administración del anti-TNF.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos

	N	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
EDAD	51	34	72	56.02	9.371
AÑOS DE DIAGNOSTICO AR	51	2	20	8.18	3.761
TIEMPO EN EL PROGRAMA	51	1	5	3.27	1.372
DOSIS APLICADA	51	18	120	73.92	29.607
N válido (según lista)	51				

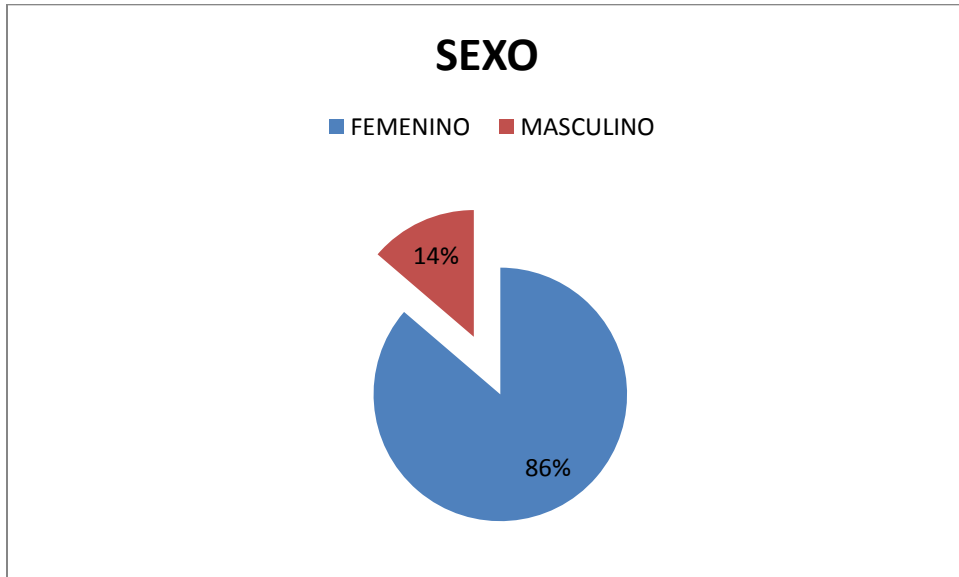
UMFR SXXI-PFM/2013

Tabla 2. QOL-RA Scale

Ítem	Pacientes en el estudio
Capacidad Física	7.65 ± 0.57
Apoyo	8.47 ± 0.70
Dolor	7.08 ± 1.04
Tensión	7.88 ± 0.83
Salud	7.81 ± 0.68
Artritis	6.64 ± 1.17
Interacción	8.49 ± 0.67
Humor	8.34 ± 0.63
Escala total	7.93 ± 0.54

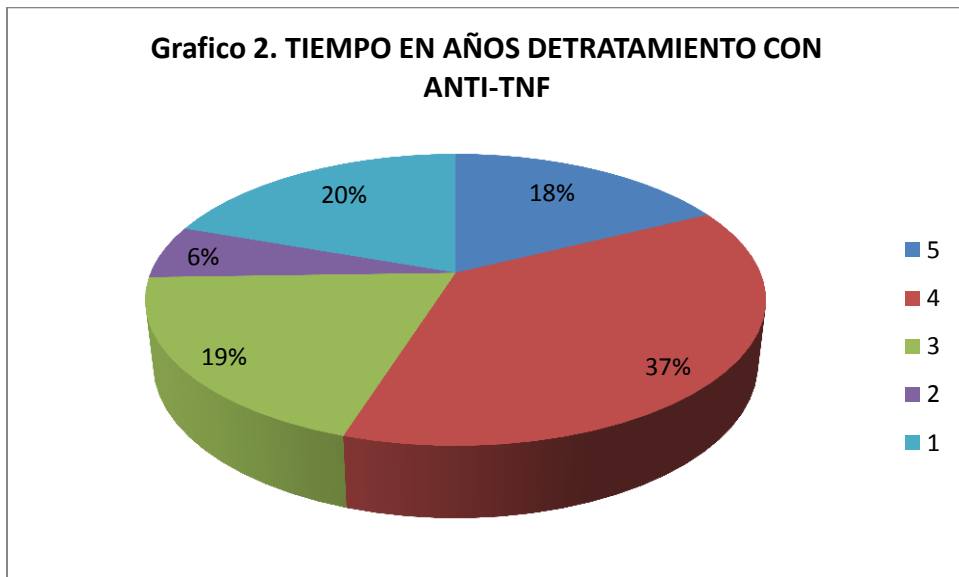
UMFR SXXI-PFM/2013

Grafico 1. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN



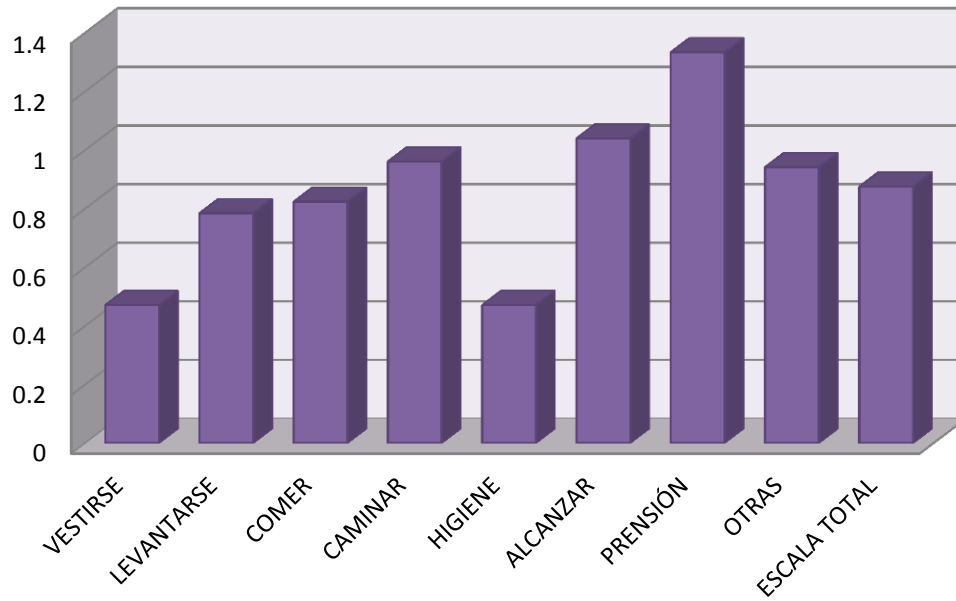
UMFR SXXI-PFM/2013

Grafico 2. TIEMPO EN AÑOS DETRATAMIENTO CON ANTI-TNF



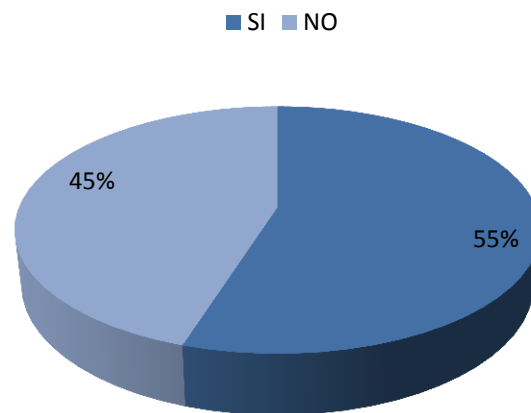
UMFR SXXI-PFM/2013

Grafica 3. Puntuación del cuestionario de discapacidad Health Assessment Questionnaire (HAQ)



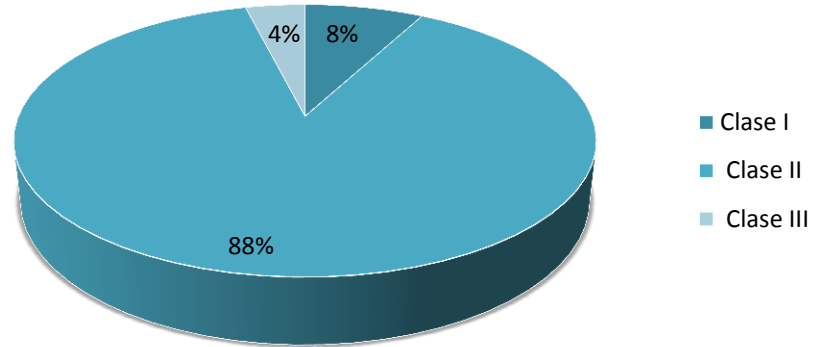
UMFR SXXI-PFM/2013

Grafica 4. Manejo Rehabilitador



UMFR SXXI-PFM/2013

Grafico 5. CLASIFICACIÓN FUNCIONAL DE LA ARTRITIS REUMATOIDE



UMFR SXXI-PFM/2013

XII. DISCUSIÓN

El estudio de la calidad de vida en diferentes patologías, ha llegado a ser propuesta como uno de los parámetros de éxito en los tratamientos de diversas patologías. La valoración de la calidad de vida y las medidas de capacidad funcional se han convertido en instrumentos básicos de resultados en la medicina de rehabilitación. La medición de la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide es muy importante, ya que es capaz de evaluar el impacto de la enfermedad y el tratamiento de los pacientes.

En este estudio todos los pacientes consideraron que el tratamiento con anti-TNF mejoro su enfermedad, su grado de discapacidad y su calidad de vida.

El cuestionario utilizado en este estudio (QOL-RA Scale) es el único específicamente para artritis reumatoide que se adapta simultáneamente para Ingles y Español y es fácil para los pacientes a entender y usar.

El género femenino fue el principal afectado, concordando con los datos de Dedhia y DiBartolomeo. La edad promedio fue de 56 años concorde a lo reportado en la literatura europea. El grado de discapacidad obtenido en la escala HAQ fue < 1, similar a lo reportado a la literatura europea.

Los resultados obtenidos en este estudio de los diferentes items de la escala QOL-RA son similares a los valores encontrados en la población Colombiana descrito por Vinaccia et al. Se encontró una puntuación mayor en el presente estudio en comparación con los resultados obtenidos para la población de los Estados Unidos descritos por Danao et al. Una menor puntuación se obtuvo para el estado de ánimo y el estrés. Una puntuación alta fue evidente en referencia al apoyo y la vida social. Existen diferentes estudios que muestran que la percepción del dolor y los síntomas de depresión (estado de ánimo, estrés) son los factores predictivos más importantes de la calidad de vida. En este sentido nuestros resultados corroboraron estos datos: el dolor es el factor más limitante para la calidad de la vida.

XIII. CONCLUSIONES

En el presente estudio se observó que la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide es afectada principalmente por los síntomas de dolor y depresión que experimentan estos pacientes debido a su enfermedad.

La artritis reumatoide es una de las enfermedades reumáticas con mal pronóstico, por lo que consideramos que el tratamiento con fármacos anti-TNF representa una opción terapéutica de gran interés en la prevención de la discapacidad y de este modo mantener una buena calidad de vida, causando impacto en el individuo en todos los ámbitos: físico, mental y social de la vida.

Es necesario tener en cuenta los factores de estrés y depresión, desde un punto de vista multidisciplinario. Los pacientes que reciben educación terapéutica muestran mejor progreso que aquellos que sólo reciben tratamiento farmacológico.

Todos estos datos apoyan la utilización en la práctica clínica diaria de los cuestionarios, que además de ser instrumentos muy eficientes para el seguimiento de los enfermos, son una valiosa fuente de información en estudios observacionales tan decisivos en el conocimiento de enfermedades crónicas como la AR.

XIV. BIBLIOGRAFIA

1. Guía de Practica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento de la Artritis Reumatoide del Adulto, México: Secretaria de Salud; 2009.
2. McInnes IB, Schett G. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *N Engl J Med* 2011;365:2205-19.
3. Dedhia HV, DiBartolomeo A. Rheumatoid arthritis. *Crit Care Clin* 2002; 18: 841– 854.
4. Actualizacion de la guia de practica clinica para el manejo de la artritis reumatoide, España; 2011.
5. Henrique da Mota LM, Cruz BA, Viegas BC, Alves PI, Stange RL, Barros BM, et al. 2012 Brazilian Society of Rheumatology Consensus for the treatment of rheumatoid arthritis. *Rev Bras Reumatol* 2012;52(2):135-174.
6. Lillegraven S, Kvien TK. Measuring disability and quality of life in established rheumatoid arthritis. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology* 2007; 21(5): 827–840.
7. Tena PC, Reyes CG, Mckenna, SP, Ríos BV. Adaptation and validation of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life Scale (RAQoL) to Mexican Spanish. *Reumatol Clin.* 2011;7(2):98–103.
8. Vinaccia S, Tobón S, Moreno ES, Cadena J, Anaya JM. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Psychological Therapy* 2005;5(1):47-61.
9. Fernández LB, Vázquez D, Fernández L, Moreno AP, Giménez IF, Liso RJ. Quality of Life of Patients With Rheumatoid Arthritis Undergoing Out-Patient Treatment With TNF Inhibitors. *Farm Hosp.* 2008;32(3):178-81.
10. Bazzani C, Filippini M, Caporali R, Bobbio PF, Giulio FE, Marchesoni A, et al. Anti-TNF α therapy in a cohort of rheumatoid arthritis patients: Clinical outcome. *Autoimmunity Reviews* 2009;8:260–265.

11. Ábalos MG, Ruiz VG, Sánchez CD, Ruiz VR, Ramírez RJ, Raya ÁE, et al. The impact of therapy with TNF-blockers on health-related quality of life in rheumatoid arthritis patients. A pilot study. *Reumatol Clin*. 2011;**7(3)**:167-171.
12. Vinaccia S, Fernández H, Moreno SE, Padilla GV. Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia. *REVISTA COLOMBIANA DE REUMATOLOGÍA* 2006;13(4):264-270.
13. Oblitas LA. *Psicología de la salud y calidad de vida*. México: Thomson: 2004.
14. Küçükdeveci AA, Tennant A, Grimby G, Franchignoni F. Strategies For Assessment and Outcome Measurement in Physical and Rehabilitation Medicine: An Educational Review. *J Rehabil Med* 2011; 43: 661–672.
15. *Tulsky ds, Rosenthal M*. Quality of Life Measurement in Rehabilitation Medicine: Building an Agenda for the Future. *Arch Phys Med Rehabil* 2002; 83 (2): S1-13.
16. Shergy WJ. Selective Costimulation Modulation with Abatacept: A Look at Quality-of-Life Outcomes in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 2009; 38:434-443.
17. Fautrel B, Pham T, Mouterde G, Le Loe“X, Goupille P, Guillemin F, et al. Recommendations of the French Society for Rheumatology regarding TNF antagonist therapy in patients with rheumatoid arthritis. *Joint Bone Spine* 2007; 74: 627-637.
18. Scott DL, Kingsley GH. Tumor Necrosis Factor Inhibitors for Rheumatoid Arthritis. *N Engl J Med* 2006;355:704-12.
19. Pincus T, Yazic Y, Bergman MJ. Patient Questionnaires in Rheumatoid Arthritis: Advantages and Limitations as a Quantitative, Standardized Scientific Medical History. *Rheum Dis Clin N Am* 2009;35: 735–743.
20. Mould JQ, Peláez BI, Vázquez MJ, Terán EL, Esquivel VJ, Ventura-RL, et al. El costo de las principales enfermedades reumáticas inflamatorias desde la perspectiva del paciente en México. *Gac Méd Méx* 2008;144 (3):225-231.

21. Corrao S, Calvo L, Licata G. The new criteria for classification of rheumatoid arthritis: what we need to know for clinical practice. *European Journal of Internal Medicine* 2011; 22: 217–219.
22. Flachenecker P. Autoimmune diseases and rehabilitation. *Autoimmunity Reviews* 2012;11: 219–225.
23. Danao LL, Padilla GV, Johnson DA. An English and Spanish quality of life measure for rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2001;45:167-73.
24. Vinaccia S, Tobón S, Moreno E, Cárdena J, Anaya JM. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Int J Psychol Psychological Ther.* 2005;5:47-61.

XV. ANEXOS

1. Consentimiento informado
2. Escala Quality of Life-Rheumatoid Arthritis (QOL-RA Scale): Versión Española
3. Versión española del Health Assessment Questionnaire (HAQ)
4. Bitácora de llamadas
5. Hoja de recolección de datos

Anexo 1

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

UNIDAD DE MEDICINA FÍSICA Y REHABILITACIÓN SIGLO XXI

México, D.F. a ____ de _____ del 2012

Nombre _____ del _____ paciente:

Por medio de la presente acepto participar en el protocolo de investigación titulado **“VALORACIÓN SOBRE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS QUE CURSAN CON ARTRITIS REUMATOIDE EN TRATAMIENTO CON FARMACOS ANTI-FACTOR DE NECROSIS TUMORAL ALFA”**.

El objetivo de este estudio es evaluar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que se encuentran en tratamiento con biológico anti-Factor de Necrosis Tumoral. Se me ha explicado que mi participación consistirá en contestar dos cuestionarios vía telefónica. Declaro se me ha informado que no existen riesgos. La investigadora principal se compromete a responder cualquier pregunta y me ha dado la seguridad de que no se me identificará en presentaciones públicas y los datos relacionados serán manejados de forma confidencial. Entiendo que conservo el derecho de negarme a contestar las preguntas en cualquier momento y respetaré mi decisión en caso de cambiar de parecer, sin que ello afecte la atención médica que recibo del IMSS.

Investigadora Principal

Dra. Paulina Florian Miranda R3 MR

Anexo 2

Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale (QOL-RA Scale): Versión Española

1. Si Ud. considera sólo 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. sólo 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. sólo considera su dolor artrítico, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

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

4. Si Ud. sólo 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. sólo 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. sólo considera su artritis, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

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

7. Si Ud. sólo 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. sólo 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

Anexo 3

Versión española del Health Assessment Questionnaire (HAQ)

		Durante la última semana, ¿ha sido usted capaz de				
		Sin dificultad	Con alguna dificultad	Con mucha dificultad	Incapaz de hacerlo	
Vestirse	1. vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y abrochar 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"/>	
Lavarse	3. levantarse de una silla sin brazos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	4. arrojarse y levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5. cortar un filete de carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Comer	6. abrir un cartón de leche nuevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7. servirse la bebida?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Caminar	8. caminar fuera de casa por un terreno llano?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	9. subir 5 escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	10. lavarse y secarse todo el cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	0 0,000
Higiene	11. sentarse y levantarse del retrete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 0,125
	12. ducharse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 0,250
Alcanzar	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"/>	3 0,375
	14. agacharse y recoger ropa del suelo?.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 0,500
Presión	15. abrir la puerta de coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 0,625
	16. abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 0,750
Otras	17. abrir y cerrar los grifos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 0,875
	18. hacer los recados y las compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 1,000
	19. entrar y salir de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 1,125
	20. hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 1,250
						11 1,375
						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
						21 2,625
						22 2,750
						23 2,875
						24 3,000

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.....

Anexo 5

HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE EXPEDIENTE CLINICO Y TELEFONICA

NOMBRE	
No. AFILIACIÓN	
TELEFONO	
EDAD	
SEXO	
FECHA DE DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE	
FECHA DE INGRESO AL PROGRAMA DE BIOLOGICO	
TIPO DE BIOLOGICO APLICADO	
NÚMERO DE DOSIS DE BIOLOGICO APLICADO	