



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FISICA Y REHABILITACIÓN
REGION NORTE**

**PROGRAMA EDUCATIVO PARA PACIENTES CON
ARTRITIS REUMATOIDE, EN LA UNIDAD DE MEDICINA
FISICA Y REHABILITACIÓN REGIÓN NORTE**

TESIS DE POSTGRADO

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA DE REHABILITACION
P R E S E N T A:
DRA. MARGARITA ZUÑIGA ROMO**



MEXICO, D.F.

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INVESTIGADOR RESPONSABLE

Dra. Margarita Zúñiga Romo.

Médico residente de tercer año
de la Especialidad en Medicina Física y
Rehabilitación de la U.M.F.R.R.N. – I.M.S.S.

ASESOR :

Dra. María Elena Mazadiego González.

Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
Adscrito a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación
Región Norte del I.M.S.S.

HOJA DE APROBACIÓN

ASESOR

DRA. MARÍA ELENA MAZADIEGO GONZÁLEZ.

Médico Especialista en Medicina Física y Rehabilitación
Adscrito a la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación
Región Norte del I.M.S.S.

DR. IGNACIO DEVESA GUTIERREZ

Director médico de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación
Región Norte del I.M.S.S.
Profesor titular del curso universitario de la especialidad de medicina
de rehabilitación en el I.M.S.S.-U.N.A.M.

DRA. DORIS BEATRIZ RIVERA IBARRA

Jefe de Educación e Investigación Médica de la Unidad de Medicina
Física y Rehabilitación Región Norte del I.M.S.S.

DEDICATORIA

A MI FAMILIA:

A la pequeña **Suyin q.e.p.d** por existir y mostrarnos el valor de la discapacidad.

A **mis padres**; por elegir darme la vida, por el amor, confianza y apoyo durante todos estos años.

A **María Elena**; por su ternura.

A **Emilio**; por “todo”.

A mi **Maryfer**, por completar mi existencia y mostrarme las cosas que verdaderamente importan.

AGRADECIMIENTOS

A las autoridades de la U.M.F.R.R.N. del I.M.S.S. por su apoyo.

Dr. Ignacio Devesa Gutiérrez

Dra. Guadalupe García Vázquez

Dra. Concepción Navarro Contreras

Dr. Jaime Castellanos Romero

Dra. Doris B. Rivera Ibarra; por su sinceridad y apoyo.

Dra. María de la Luz Montes Castillo; por sus conocimientos, apoyo, consejos y experiencias compartidas.

Dra. María Elena Mazadiego González; por su asesoría y muestras de afecto.

A todo el personal médico de la U.M.F.R.R.N., con especial cariño a: Dra. Georgina Maldonado, Dra. Romina Alanis, Dr. Adrián Carreon, Dr. David Escobar, Dra. Teresa Sapiens, Dr. Alberto Pérez, Dra. Rocío Hernández, Dr. Eduardo Jiménez.

A las Instituciones y su personal que me dieron la oportunidad de aprender a lo largo de mis rotaciones:

H. Colonia, U.M.F.R.R.C I.M.S.S.; Dra. Blanca Pérez, Dra. Eva Pérez, Dr. Ávila, Dr. Servin, Dr. Portillo.

H. Traumatología y Ortopedia “Dr. Victorio de la Fuente Narnaez”, Dr. Jesús Velázquez, Dr. Sánchez, Dr. Sergio Anaya.

Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias; Dra. Dominguez, Dra. Romero, Dr. Rogerio López, Dr. Alejandro Medina.

H. Infantil de México, “Federico Gómez”; Dra. Catalina Cuellar, Dra. Pérez, Dra. Almaro, Dra. Martín.

A todos los terapeutas físicos y ocupacionales por compartir sus conocimientos, especialmente a: TF Gustavo Cabañas y Lucila Ramírez. TO Miguel, Susana Maldonado y Silvia Tesch Knoch.

Al personal administrativo: Isabel, Amelia, Clemente.

Al personal de la Biblioteca: Juan Carlos, Salvador y con respeto, cariño y admiración a don "Mike", por su colaboración durante estos tres años en mi formación.

A mis RIII; Carmen Aboytes, Rogerio López, Mauricio Amante, Sergio Sánchez y Dulce María Flores por su infinita paciencia y conocimientos otorgados.

A todos mis compañeros RI y RII de la U.M.F.R.R.N., deseándoles que cumplan con sus metas.

A mis compañeros residentes RII y RII de la U.M.F.R.R.S., D.I.F.(Toluca, Guadalajara y México, D.F.), I.S.S.S.T.E. (H. 1ro. De Octubre), I.N.R., por el tiempo compartido y el intercambio de conocimientos.

A mis compañeros Benita, Angel, Mariela, Eloisa, Gertrudis Lilia y Julio, por las angustias, triunfos, fracasos, alegrías y tristezas compartidas en estos 3 años.

ÍNDICE

Justificación.....	1
Antecedentes científicos.....	2
Objetivos.....	6
Hipótesis.....	7
Material y métodos.....	8
Resultados.....	11
Discusión.....	14
Conclusiones.....	17
Anexos y tablas.....	18
Gráficas.....	27
Bibliografía.....	37

JUSTIFICACIÓN

La artritis reumatoide es uno de los padecimientos inflamatorios, de curso crónico que ocasiona discapacidad a mediano y largo plazo. Uno de los puntos fundamentales en el tratamiento de este padecimiento es la educación al paciente acerca de su enfermedad, ya que se ha visto que ésta es efectiva para ayudarlos a ajustar los regímenes de tratamiento y alcanzar el autocuidado y las destrezas necesarias para mejorar su calidad de vida, aún con las complicaciones propias de la enfermedad.

En diversos países se han implantado programas educativos para pacientes con artritis reumatoide, en la U.M.F.R.N del Instituto Mexicano del Seguro Social no existe un programa específico dirigido a éste tipo de pacientes, de lo anterior surgió la inquietud de implantar éste programa.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad, que se caracteriza por un proceso inflamatorio crónico, tanto de articulaciones como del tejido conectivo en diversos sistemas del organismo ¹; puede iniciar a cualquier edad, aunque la causa no es conocida, se sabe que la etiología es autoinmune.

Contribuyendo a la iniciación y mantenimiento del proceso inflamatorio mecanismos inmunes humorales y celulares los cuales conllevan a una destrucción articular progresiva con subsecuente deformidad y diferentes grados de discapacidad ².

Se caracteriza por una evolución impredecible, con periodos de remisión y exacerbación de la actividad presentando porcentajes variables de morbi-mortalidad ³. Tiene una distribución mundial, afectando a todas las razas y grupos étnicos; la prevalencia es aproximadamente del 1%, con mayor afectación del sexo femenino (relación mujer/hombre 3:1) ³.

El porcentaje de sobrevida es más bajo que en la población general ⁴⁻⁹, y tienen seis veces más probabilidad de sufrir limitaciones severas en sus actividades ^{4,5,10}.

El porcentaje de discapacidad laboral es diez veces mayor y el porcentaje de hospitalización es el doble comparados con la población general 4,5,10 , en consecuencia los costos relacionados con la enfermedad son altos.

El diagnóstico se basa en los criterios establecidos por la Asociación Americana de Reumatismo (ARA) en 1958 ¹¹ , revisados en 1991 ¹² y nuevamente retomados por el Colegio Americano de Reumatología (ACR). El sistema de clasificación funcional fue establecido en 1949 por Steinbrocker y Cols ¹³ y posteriormente aceptada por la ARA, la cual ha sido comúnmente utilizada durante las últimas décadas.

El tratamiento de la AR es un esfuerzo multidisciplinario ¹⁴ ; encaminado a preservar la función y productividad de los pacientes. Dependiendo de la sintomatología del paciente, especialistas en reumatología, Rehabilitación, Enfermería, Terapia Física, Terapia Ocupacional, Rehabilitación laboral, Ortopedia y Trabajo social son requeridos para llevar a cabo un tratamiento integral ¹⁴.

Dentro de los componentes esenciales en el manejo de la Artritis reumatoide se incluye en etapas tempranas tanto la educación al paciente como el tratamiento de Rehabilitación al mismo tiempo que el tratamiento con antiinflamatorios no esteroides.

La educación puede mejorar la calidad de vida de los pacientes con enfermedades reumáticas ¹⁵⁻¹⁷. Se ha visto que la educación en pacientes con AR es efectiva en el incremento de sus conocimientos acerca de la enfermedad y la conducta hacia la misma, así como una mejoría tanto física como psicosocialmente. Un objetivo importante en el educación al paciente con AR es la enseñanza de los conocimientos y destrezas necesarias para el autocuidado de las complicaciones de su padecimiento. ¹⁸.

El tratamiento de los pacientes con AR, es generalmente una combinación de reposo, ejercicio y medicamentos ¹⁹. Los pacientes con AR deben aprender a ajustar el reposo, el ejercicio y los medicamentos, de acuerdo a las variaciones de las fases de actividad de la enfermedad. La educación puede ayudarlos a ajustar los regímenes de tratamiento y alcanzar el autocuidado y las destrezas necesarias para mejorar su calidad de vida aún con las complicaciones propias de la enfermedad ¹⁸.

Según la teoría del aprendizaje social de Bandura²⁰, la conducta de las personas está influenciada por sus expectativas de autoeficacia. Las expectativas de autoeficacia se refieren a la creencia que tenemos acerca de nuestras capacidades para adoptar las conductas necesarias para alcanzar exitosamente un resultado deseado.

Los programas de autocuidado aplicados a pacientes con AR, han demostrado su efectividad en el mejoramiento de la salud y en la reducción de la utilización de recursos médicos y su uso ha sido ampliamente diseminado en países como Canadá, con la dirección y aprobación de la Fundación Nacional de Artritis ²¹⁻²³ . Sus efectos se han visto por lo menos en los últimos 6 años y replicando en diversos lugares ²⁴⁻²⁶ . Estos programas se han basado en modelos de educación dirigidos a mejorar la autoeficacia personal, empleando un grupo dinámico y algunos apoyos materiales ²⁷. Típicamente un programa educativo de autocuidado para pacientes con artritis consiste en 6 sesiones de 2 horas, dirigido por 2 orientadores, de los cuales, por lo menos uno tiene artritis, empleando técnicas diversas de enseñanza, tales como exposición dirigida, lluvia de ideas, talleres, preguntas y respuestas. Durante estas sesiones se les imparten temas tales como: anatomía, fisiopatología de la enfermedad, tratamiento farmacológico, tratamiento empírico, tratamiento rehabilitatorio, el cual incluye empleo de medios físicos, ejercicio terapéutico, medidas de protección articular y conservación de la energía; realizando evaluaciones antes y después.

Los programas se han impartido en diversos lugares, de los cuales han surgido un gran número de orientaciones voluntarios, Más recientemente, estos programas se han ampliado y sus principios han sido aplicados a otras enfermedades crónicas ²⁷ .

OBJETIVOS

- Elaborar un programa educativo dirigido a pacientes con artritis reumatoide, para educarlos sobre su enfermedad y el tratamiento de la misma.

- Evaluar los resultados de la implementación de un programa educativo para pacientes con artritis reumatoide, comparado con un grupo de pacientes que no recibió dicho programa.

HIPÓTESIS

Los pacientes con artritis reumatoide, que reciban el programa educativo, tendrán mayores conocimientos sobre su enfermedad que aquellos que no lo lleven a cabo.

MATERIAL Y METODOS

El presente estudio es de tipo observacional, prospectivo, longitudinal y comparativo, se realizó en la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación Región Norte, Delegación Uno Noroeste D.F., del Instituto Mexicano del Seguro Social, del 01 junio al 30 septiembre de 1999.

La muestra se obtuvo de los pacientes del módulo de Medicina Interna y Cirugía de la consulta externa de la Unidad de Medicina Física y Rehabilitación, Región Norte del Instituto Mexicano del Seguro Social. Quienes cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: pacientes masculinos o femeninos, con edad entre 15 y 65 años, con diagnóstico de artritis reumatoide, clase funcional I ó II, con o sin tratamiento quirúrgico previo, sin límite en cuanto al tiempo de evolución de la enfermedad, derechohabientes del I.M.S.S que acudieron a la U.M.F.R.R.N, trasladándose por sus propios medios, y que aceptaron participar en el presente estudio. Se excluyeron a los pacientes analfabetas, clase funcional III o IV, que no aceptaron participar en el estudio, se eliminaron a los pacientes que no completaron el 100% de asistencia al programa educativo, o que contestaron de manera incompleta los cuestionarios.

El material que se utilizó fue: un aula, pantalla de proyección, diapositivas, proyector de diapositivas, rotafolio, área de mecanoterapia, colchones, material para aplicación de parafina en casa, material para la aplicación de frío en casa, mesa de exploración, aditamentos especiales para mano, órtesis para mano y pie, papelería.

MÉTODO

Se elaboró un programa educativo para pacientes con artritis reumatoide para incrementar los conocimientos acerca de su enfermedad y el tratamiento de la misma.

Se formaron dos grupos uno control y otro de estudio a todos se les llenó la hoja de capacitación de datos correspondientes (Anexo 1) y posteriormente se les realizó una evaluación por medio de un cuestionario (Anexo 2), al grupo de estudio se les impartió el programa educativo y al finalizar éste se les aplicó nuevamente el cuestionario inicial.

DESCRIPCIÓN DE EL PROGRAMA EDUCATIVO

El programa educativo para pacientes con artritis reumatoide, consistió en 5 sesiones de 2 horas de duración cada una, en cada una de las sesiones se desarrollaron diferentes temas, mediante exposición directa por parte del investigador, lluvia de ideas, sesión de preguntas y respuestas, tal como lo indica la carta descriptiva (Anexo 4).

En la primera sesión se les aplicó un cuestionario de 25 reactivos (Anexo 2), fue calificado empleando una guía diseñada para tal fin (Anexo 3); al termina del programa educativo se les aplicó nuevamente el mismo cuestionario.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

El análisis estadístico se realizó mediante prueba “t” de student para muestras independientes entre los resultados de la valoración inicial y la valoración final del grupo estudio. Se aplicó coeficiente de correlación entre variables escalares, media y desviación estándar.

RESULTADOS

El presente estudio de investigación fue realizado en 24 pacientes, 22 del sexo femenino (91.66%) y 2 del sexo masculino (8.33%), divididos por medio de muestreo aleatorio sistemático en dos grupos, uno estudio y otro control.

En el grupo control, se incluyeron 12 pacientes de los cuales 11 correspondieron al sexo femenino (91.66%) y uno al sexo masculino (8.33%), *Gráfica No.1*, con un rango de edad de 24 a 59 años (promedio de 45 ± 10), *Gráfica No. 2*; en relación con la ocupación, 8 dedicadas al hogar (66.66%), 1 pensionado (8.33%), 3 empleados (25%), *Gráfica No. 3*, con rango de 2 a 17 años de estudio (promedio de 7 ± 5), con la siguiente escolaridad: 5 primaria completa (41.6%), 3 primaria incompleta (25%), 2 secundaria (16.66%), 2 nivel licenciatura (16.66%) *Gráfica 4*, clase funcional: 6 clase I (50%) y 6 clase II (50%), *Gráfica No. 5*, tiempo de evolución con un rango de 7 a 144 meses (promedio 61 ± 50) *Gráfica 6*. Los resultados de la evaluación de este grupo reportaron: aprendizaje no adecuado: 1 (8.33%), aprendizaje regular 10 (83.33%), aprendizaje bueno 1 (8.33%), aprendizaje excelente 0, *Gráfica No. 7*. Con un rango de calificación de 26 a 57 puntos (promedio de 33 ± 10).

En el grupo estudio, se incluyeron 12 pacientes, 11 femeninos (91.66%) y uno masculino (8.33%) *Gráfica No. 1*, con un rango de edad de 2 a 62 años, (promedio de 48 ± 11) *Gráfica No. 2*, ocupación: 7 dedicados al hogar (58.33%), 2 pensionados (16.66%), 1 desempleado (8.33%), 1 empleado (8.33%) *Gráfica No.3*, rango de 2 a 14 años de estudio de los cuales: 3 primaria completa (25%), 2 primaria incompleta (16.66%), 4 secundaria (33.33%), 1 preparatoria (8.33%), 2 licenciatura (16.66%) *Gráfica No. 4*, clase funcional: 6 clase I (50%) y 6 clase II (50%), *Gráfica No. 5*, tiempo de evolución con un rango de 18 a 240 meses (promedio de 104 ± 61) *Gráfica No. 6*. La evaluación inicial de este grupo reportó los siguientes resultados: aprendizaje no adecuado 4 (33.33%), aprendizaje regular 7 (58.33%), aprendizaje bueno 1 (8.33%), aprendizaje excelente 0, con un rango de 26 a 57 puntos (promedio de 32 ± 10); la evaluación final de este grupo reportó: aprendizaje no adecuado 0, aprendizaje regular 0, aprendizaje bueno 4 (33.33%), aprendizaje excelente 8 (66.66%). *Gráfica No. 8*, con un rango de 53 a 97 puntos (promedio de 80 ± 14).

Se realizó prueba “t” de student para muestras independientes, entre los resultados de la valoración inicial y la valoración final del grupo estudio encontrando una media del porcentaje en los resultados de la valoración inicial de 32.33% con una DE ± 9.85 y para los resultados de la valoración final la media del porcentaje fue de 80.42% con una DE ± 14.32 con diferencia estadísticamente significativa ($p=0.001$) *Tabla No. 1*.

Existe una correlación positiva, como se observa en el diagrama de dispersión de la gráfica de correlación y con un coeficiente de correlación lineal fuerte positivo $r = 0.52$, Gráfica No. 9.

DISCUSIÓN

La educación es una parte importante de los programas de tratamiento dirigidos a individuos con artritis reumatoide ²⁷ . En una enfermedad crónica (como la artritis reumatoride), caracterizada por remisiones y exacerbaciones para la cual no existe tratamiento curativo, la educación al paciente, dirigida a aspectos de autocuidado es esencial.

Las estrategias de manejo del dolor, combinación de reposo-actividad, medidas de protección articular, conservación de la energía y conocimientos acerca de la evolución y complicaciones de la enfermedad, han sido aceptadas como parte importante de los programas educativos ²⁹⁻³⁵ . En la U.M.F.R.R.N. del I.M.S.S., no existe un programa educativo dirigido específicamente a pacientes con artritis reumatoide, por lo cual surgió el interés de realizar este estudio.

De los 24 pacientes estudios, el 91.66% correspondieron al sexo femenino, lo cual se explica por la mayor presentación de artritis reumatoide en este género.

No existieron diferentes estadísticamente significativas entre los dos grupos en cuanto a distribución por sexo, clase funcional, ocupación, tiempo de evolución, años de estudio y resultados de la evaluación inicial.

No se encontró correlación entre el tiempo de evolución y los resultados de la evaluación final en el grupo estudio. Sin embargo se encontró correlación positiva entre los años de escolaridad y la calificación final en el grupo estudio, lo que implica que aquellos pacientes con artritis reumatoide que cuenten con más años de estudio obtendrán más conocimientos acerca de su padecimiento, al proporcionarles un programa educativo.

Al realizar prueba “t” de Student para muestras independientes entre los resultados de la valoración inicial y la valoración final del grupo estudio, encontramos una diferencia estadísticamente significativa ($P=0.001$), entre ambas valoraciones, lo cual demuestra objetivamente que los pacientes con artritis reumatoide que reciben un programa educativo, incrementan sus conocimientos acerca de la enfermedad.

Existió un gran interés en los pacientes del grupo control, en el contenido del programa educativo, con un 100% de asistencia al mismo; así como una gran participación de los pacientes en todos los temas y actividades desarrolladas.

Algunos estudios han valorado el impacto emocional de los pacientes con artritis reumatoide, al conocer más acerca de su enfermedad, reportando ansiedad en algunos de ellos ³⁶. En este trabajo solo un paciente del grupo estudio manifestó mayor ansiedad después de los conocimientos adquiridos; el resto de los participantes, refieren sensación de mayor tranquilidad al conocer las causas, complicaciones y formas de tratamiento de su patología, sin embargo estas

observaciones son subjetivas y hubiera sido conveniente aplicar valoraciones para medir especificaciones ansiedad y/o depresión y de ésta manera tener resultados más objetivos.

Así mismo es importante emplear instrumentos de medición debidamente validados para la población a estudiar ²⁸ .

Basándose en los resultados obtenidos podemos considerar que los pacientes con artritis reumatoide que fueron incorporados al programa educativo lograron mayores conocimientos, al realizar una evaluación final a corto plazo; sería conveniente realizar estudios posteriores para determinar si estos conocimientos perduran a mediano y largo plazo; del mismo modo podría evaluarse si el tratamiento (farmacológico y rehabilitatorio), disminución en el número de ingresos anuales, complicaciones, costos y secuelas de la enfermedad.

CONCLUSIONES

1. Se elaboró un programa educativo dirigido a pacientes con artritis reumatoide, para educarlos sobre su enfermedad y tratamiento de la misma.
2. Los pacientes con artritis reumatoide que recibieron el programa educativo, tuvieron mayores conocimientos acerca de su enfermedad, al realizarles una evaluación final.
3. No existe correlación directa entre, tiempo de evolución de la enfermedad y el porcentaje de conocimientos de la misma.
4. Se encontró una correlación directa entre el grado de escolaridad y el nivel de conocimientos adquiridos al término del programa educativo.
5. Con este estudio se demostró que los pacientes con artritis reumatoide que recibieron un programa educativo tienen mayores conocimientos al realizar una evaluación a corto plazo, es conveniente reevaluar si los conocimientos perduran en evaluaciones a mediano y largo plazo.
6. Los programas educativos deben ser incluidos dentro del tratamiento integral de las enfermedades crónicas tales como artritis reumatoide, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes mellitus, etc.

Anexo no. 1

HOJA DE CAPACITACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Fecha _____

Nombre del paciente. _____ edad _____

Afiliación _____ Sexo _____ Ocupación _____

Escolaridad _____ Teléfono _____

Nivel Socioeconómico _____

Dirección _____

Fecha de ingreso a la unidad _____

Dx de ingreso _____

Clase funcional _____

Tiempo de evolución _____

Tratamiento Indicado _____

Horario de tratamiento _____

Fecha próxima cita _____

Asistencia a programa educativo:

Sesiones: 1ra _____ 2da _____ 3ra _____ 4ta _____ 5ta _____

Anexo no. 2

CUESTIONARIO

Marque con una "x" la respuesta que considere correcta.

- 1.- La enfermedad que usted padece se llama
 - a) Artritis reumatoide
 - b) Artritis
 - c) Reumatismo
 - d) Ninguna de las anteriores

- 2.- ¿Sabe usted como se diagnostica su enfermedad?
 - a) Si
 - b) Si pero quiero saber más
 - c) Tengo idea pero no estoy seguro(a)
 - d) No

- 3.- Su enfermedad es
 - a) Controlable
 - b) Incapacitante
 - c) Incurable
 - d) Curable

- 4.- ¿Qué porcentaje de conocimientos considera usted que tiene acerca de su enfermedad?
 - a) 76-100%
 - b) 51-75%
 - c) 26-50%
 - d) 0-25%

- 5.- ¿Le gustaría saber cómo y por qué mecanismo se produce su enfermedad?
 - a) Sí, me interesaría mucho
 - b) Sí, me ayudaría mucho
 - c) No me interesa

- 6.- ¿Alguien le ha brindado información acerca de su enfermedad?
 - a) Sí, mucha
 - b) Sí, un poco
 - c) Casi nada
 - d) No

7.- ¿La información que usted tiene de su enfermedad ha sido obtenida a través de?

- a) Médicos y otro personal de salud
- b) Literatura médica (revistas, libros de medicina)
- c) Literatura no médica (periódicos, revistas, etc)
- d) Familiares, vecinos o amigos.

8.- La evolución de su enfermedad es:

- a) Crónica
- b) Subaguda
- c) No lo sé
- d) Aguda

9.- En la fase de crisis de su enfermedad las articulaciones se encuentran:

- a) "Hinchada", roja, caliente
- b) Fría, "Hinchada"
- c) Roja y "tiesa"
- d) Fría y "tiesa"

10.- En la fase aguda de su enfermedad debe aplicarse:

- a) Frío
- b) Nada
- c) Frío y Calor
- d) Calor

11.- En la fase crónica de su enfermedad está indicada la aplicación de:

- a) Calor
- b) Nada
- c) Frío y Calor
- d) Frío

12.- En la fase aguda de su enfermedad está contraindicado:

- a) Ejercicio Intenso
- b) Calor
- c) Reposo total
- d) Frío

13.- ¿Conoce usted las técnicas para la aplicación de frío y calor en su domicilio?

- a) Sí, bien
- b) Sí, regular
- c) Sí, poco
- d) No

14.- ¿Conoce usted el programa de ejercicios indicados para su enfermedad, que debe realizar en casa?

- a) Sí, bien
- b) Sí, regular
- c) Sí, poco
- d) No

15.- ¿Sabe usted que actividades deportivas puede realizar aún con su padecimiento?

- a) Sí, bien
- b) Sí, regular
- c) Sí, poco
- d) No

16.- ¿Conoce usted las formas de conservar mejor su energía, sin fatigarse y llevando a cabo todas sus actividades?

- a) Sí, bien
- b) Sí, regular
- c) Sí, poco
- d) No

17.- Marque con una "x" el o los términos que usted conozca:

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Remisión | <input type="checkbox"/> Exacerbación |
| <input type="checkbox"/> Membrana sinovial | <input type="checkbox"/> Sistémico |
| <input type="checkbox"/> Nódulo reumatoideo | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Fármacos remisores | <input type="checkbox"/> Contractura |
| <input type="checkbox"/> Deformidad en cuello de cisne | <input type="checkbox"/> Luxación |
| <input type="checkbox"/> Deformidad en Boutuniere | <input type="checkbox"/> Esteroides |
| <input type="checkbox"/> Antinflamatorios no esteroides | |
| <input type="checkbox"/> Clase funcional | |

18.- ¿Sabe usted que significa el término de protección articular?

- a) Sí, muy bien
- b) Tengo alguna idea
- c) Creo que si
- d) No

19.- ¿Sabe usted como debe realizar sus actividades cotidianas sin lastimar sus articulaciones?

- a) Sí, bien
- b) Sí, regular
- c) Sí, poco
- d) No

20.- ¿Sabe cómo se clasifica funcionalmente su enfermedad?

- a) Sí, con claridad
- b) Sí, pero es confuso
- c) Creo que si
- d) No

21.- ¿Sabe usted que es un aditamento especial?

- a) Sí, con claridad
- b) Sí, pero es confuso
- c) Creo que si
- d) No

22.- ¿Considera usted que los pacientes que padecen su enfermedad se beneficiarían con apoyo psicológico?

- a) Sí, mucho
- b) Sí, regular
- c) Sí, un poco
- d) No

23.- ¿Conoce las posturas más adecuadas para dormir, sentarse o realizar esfuerzos físicos?

- a) Sí, bien
- b) Sí, regular
- c) Sí, poco
- d) No

24.- ¿Sabe cómo actúan los medicamentos que usted toma para el tratamiento de su enfermedad?

- a) Sí, bien
- b) Sí, regular
- c) Sí, poco
- d) No

25.- ¿Conoce los efectos adversos de los medicamentos anteriores?

- a) Sí, bien
- b) Sí, regular
- c) Sí, poco
- d) No

Anexo no. 3

Guía para la calificación del cuestionario anterior.

No. de pregunta	Puntaje según inciso			
	a)	b)	c)	d)
1.-	3	2	1	0
2.-	3	2	1	0
3.-	3	2	1	0
4.-	3	2	1	0
5.-	3	2	1	0
6.-	3	2	1	0
7.-	3	2	1	0
8.-	3	2	1	0
9.-	3	2	1	0
10.-	3	2	1	0
11.-	3	2	1	0
12.-	3	2	1	0
13.-	3	2	1	0
14.-	3	2	1	0
15.-	3	2	1	0
16.-	3	2	1	0
17.-	2	Puntos por término marcado		
18.-	3	2	1	0
19.-	3	2	1	0
20.-	3	2	1	0
21.-	3	2	1	0
22.-	3	2	1	0
23.-	3	2	1	0
24.-	3	2	1	0
25.-	3	2	1	0

0-25 puntos: aprendizaje no adecuado

26-50 puntos: aprendizaje regular

51-75 puntos: aprendizaje bueno

76-100 puntos: aprendizaje excelente

Tabla no. 1

	Grupo Control	Grupo estudio	
	Calificación inicial	Calificación inicial	Calificación final
X	32.9 ± 10.47	32.9 ± 9.8	80.42 ± 14.3
NS *		< 0.001	

***Nivel de significancia**

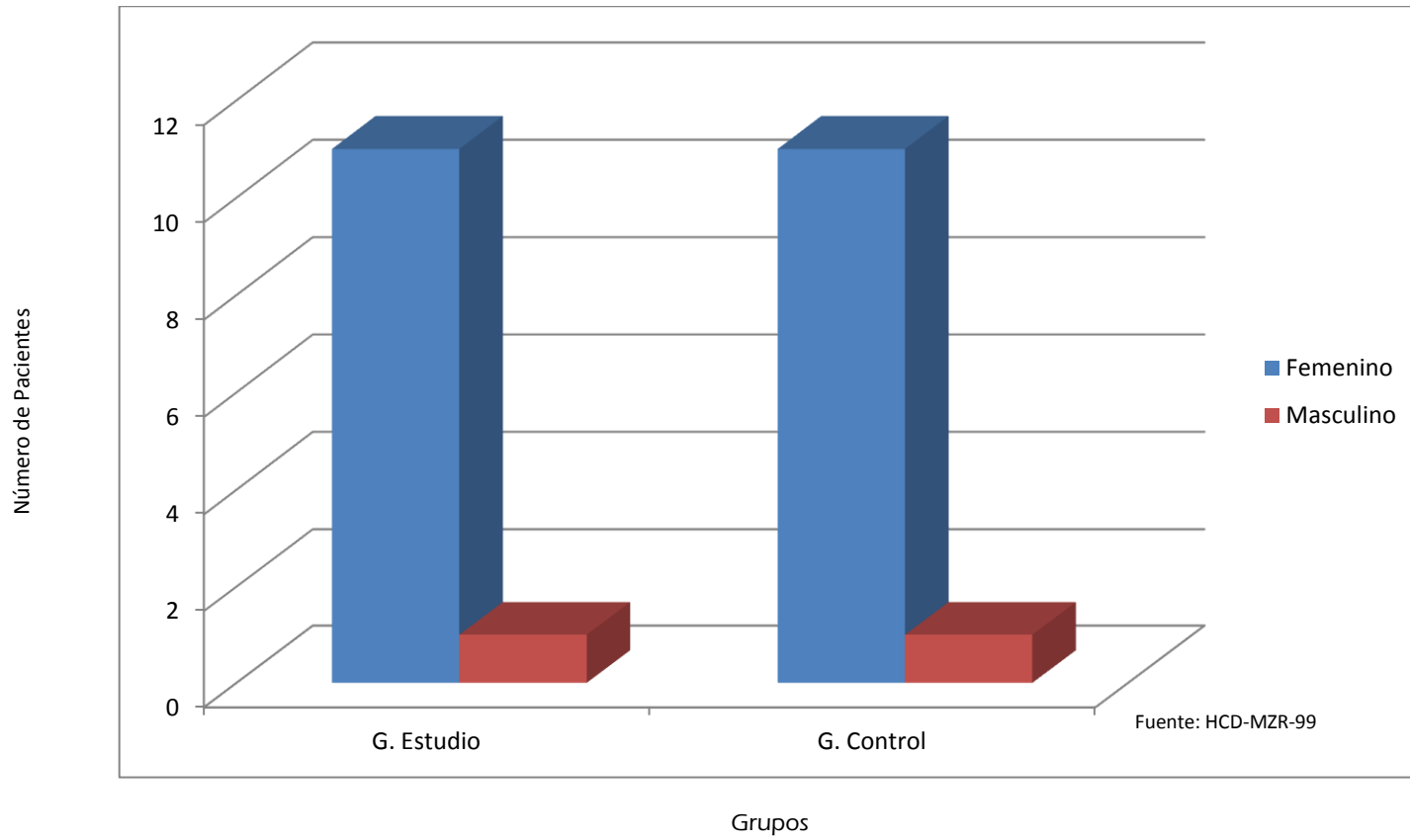
Fuente: HCD/MZR 1999

Anexo no. 4

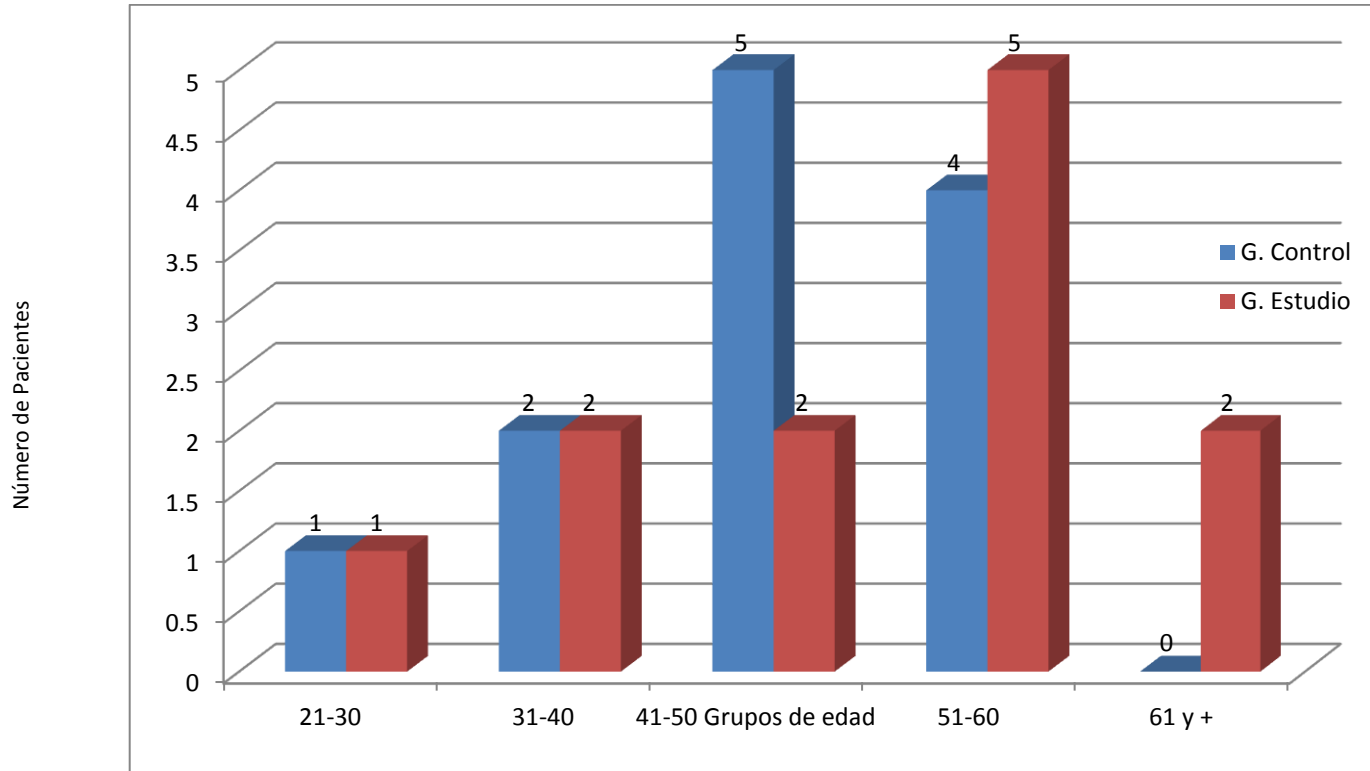
CARTA DESCRIPTIVA DEL PROGRAMA EDUCATIVO PARA PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

	Horario	Contenidos Temáticos	Objetivos	Métodos y técnicas	Material de apoyo
Primera	13:00 – 15:00 hrs.	Fisiopatología	Comprender: Anatomía articular básica. La Fisiopatía, diagnóstico, clasificación funcional, y complicaciones.	Exposición dirigida, taller vivencial. Exposición con preguntas y respuestas.	Proyectos de diapositivas de acetatos, rotafolio, pizarrón.
Segunda	13:00 – 15:00 hrs.	Tratamiento Farmacológico y empírico	Conocer los tipos de fármacos, su acción posibles efectos adversos. Riesgos de los tratamientos empíricos.	Exposición dirigida, taller vivencial. Exposición con preguntas y respuestas.	Proyectos de diapositivas, de acetatos, rotafolio, pizarrón.
Tercera	12:00 – 14:00 hrs.	Tratamiento Rehabilitatorio (empleo de medios físicos)	Conocer las indicaciones, contraindicaciones, técnicas de aplicación, mecanismo de acción y precauciones.	Exposición dirigida y taller, Sesión de preguntas y respuestas.	Proyector de diapositivas, de acetatos, rotafolio, pizarrón. Material para aplicación de frío y calor.
Cuarta	13:00 – 15:00 hrs.	Tratamiento Rehabilitatorio (ejercicio terapéutico)	Conocer; la higiene postural, técnicas para movilización articular, estiramiento y fortalecimiento. Actividades deportivas recomendables.	Exposición dirigida y taller, Sesión de preguntas y respuestas.	Proyector de diapositivas, rotafolio y pizarrón, Colchones.
Quinta	13:00 – 15:00 hrs.	Tratamiento Rehabilitatorio (reposo, Preservación de la energía, medidas de protección articular	Conocer; definición, importancia y técnicas de aplicación del reposo, conservación de la energía, el empleo de férulas y medidas de protección articular. Aplicación de cuestionario	Exposición dirigida y taller, Sesión de preguntas y respuestas.	Proyector de diapositivas, rotafolio y pizarrón. Aditamentos especiales y órtesis para mano.

Gráfica 1. Distribución por sexo

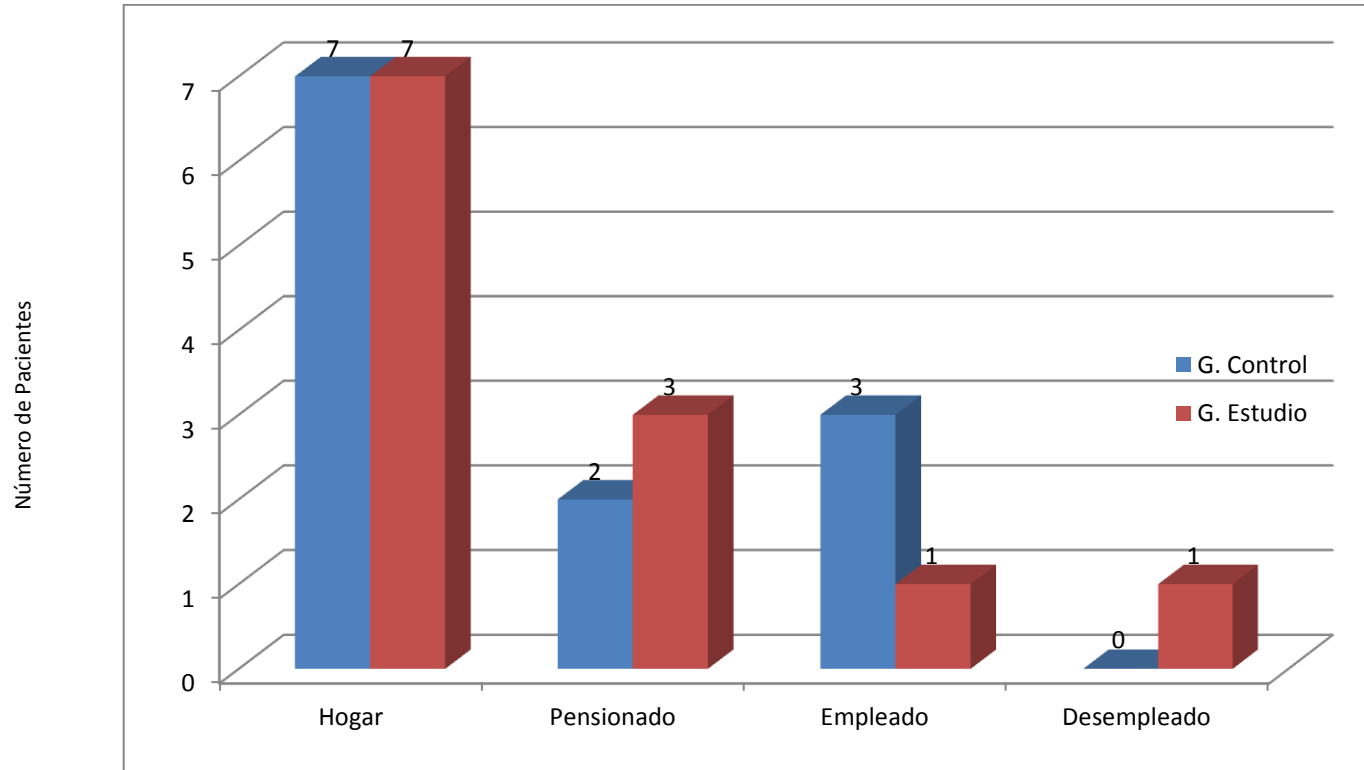


Gráfica 2. Distribución por edad



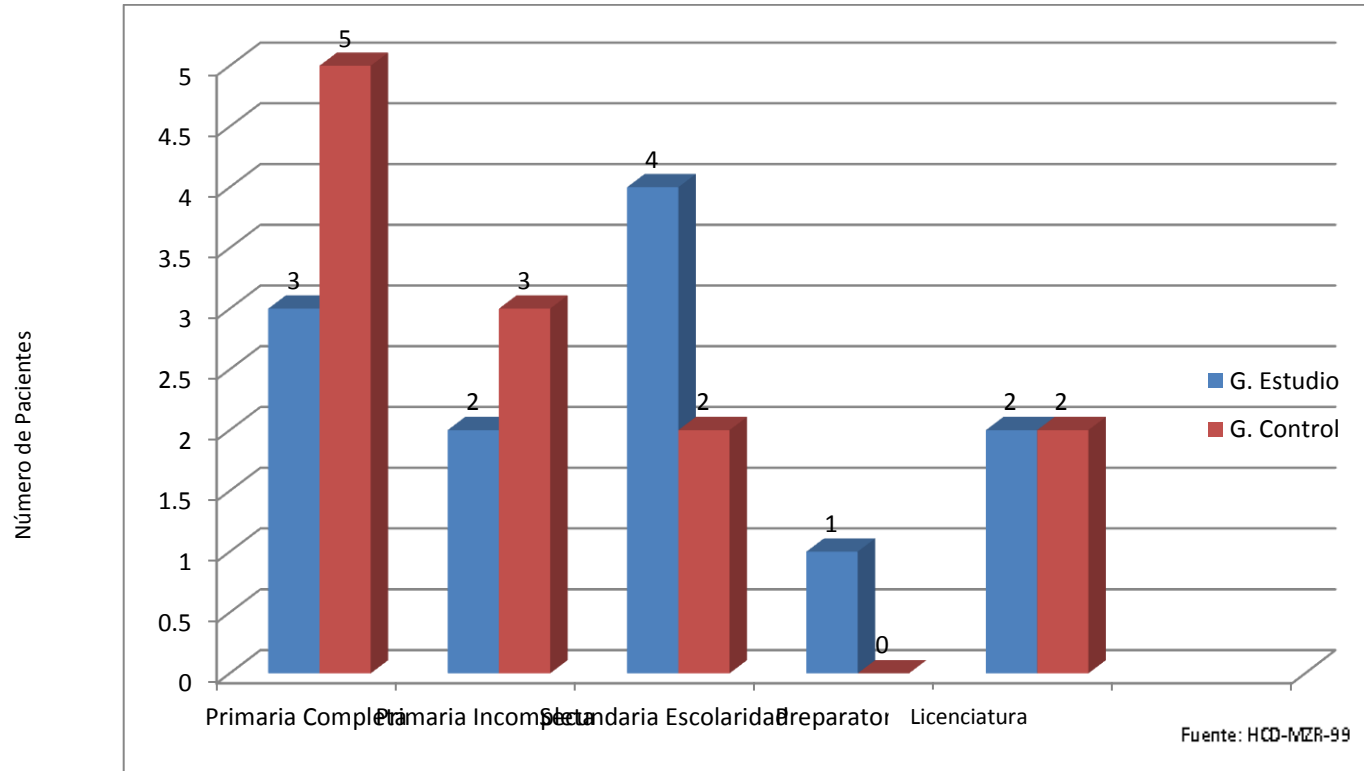
Fuente: HCD-MZR-99

Gráfica 3. Distribución por ocupación

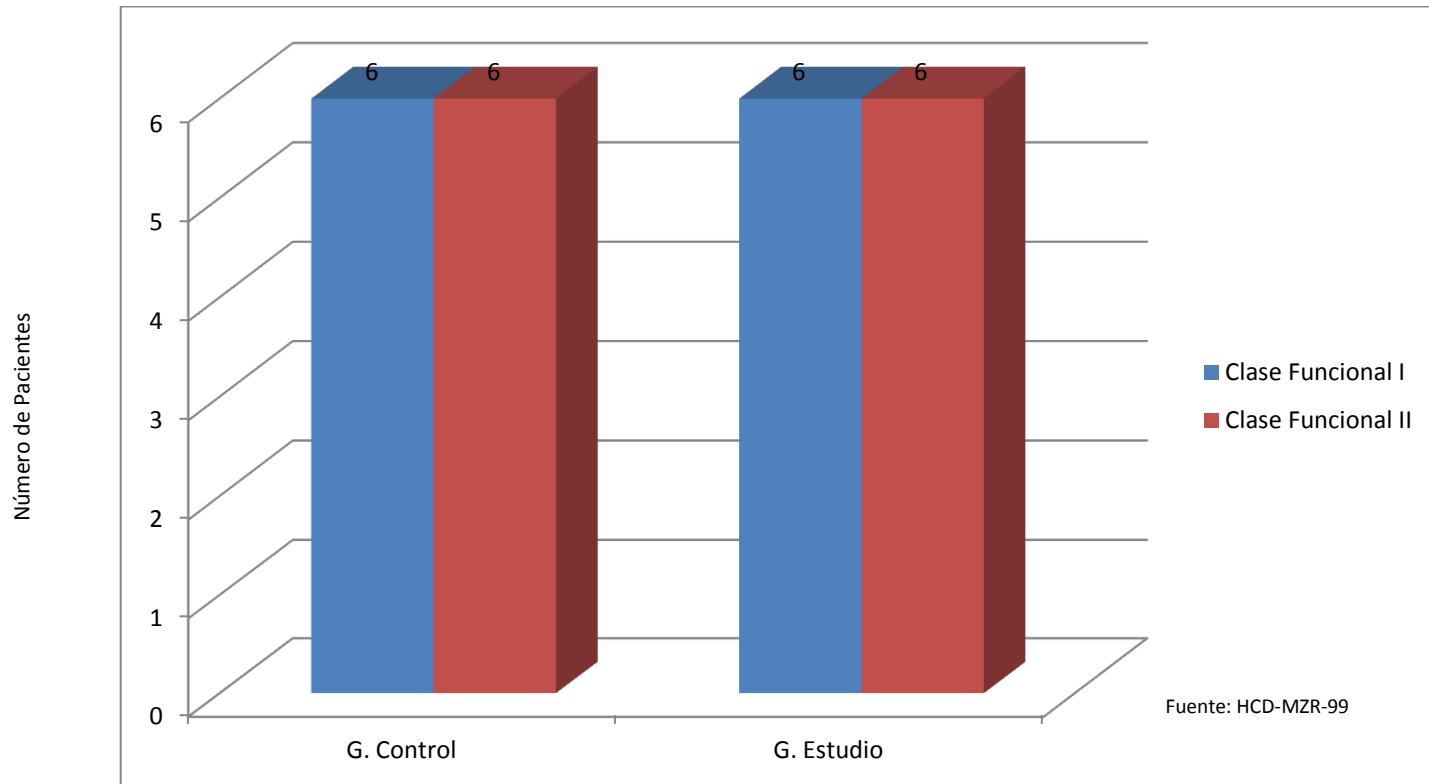


Fuente: HCD-MZR-99

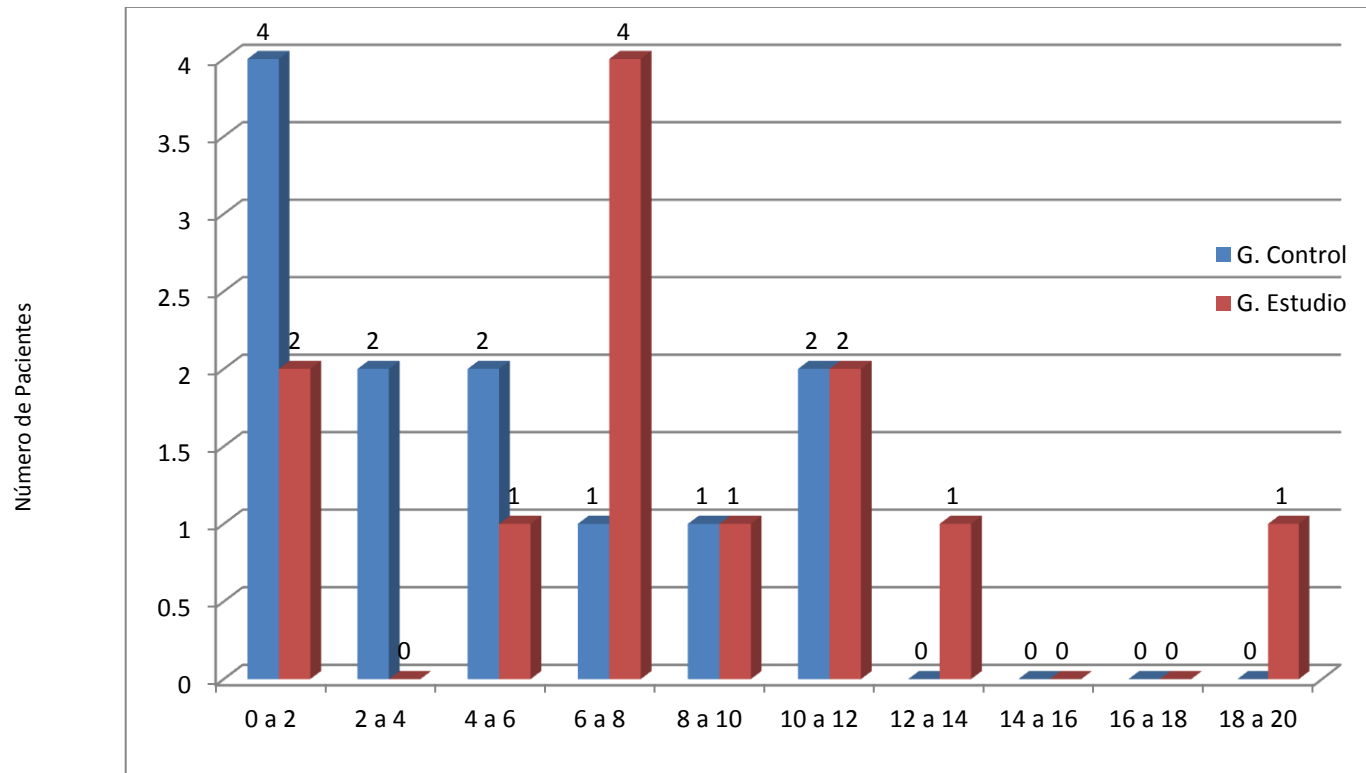
Gráfica 4. Distribución por escolaridad



Gráfica 5. Distribución por clase funcional

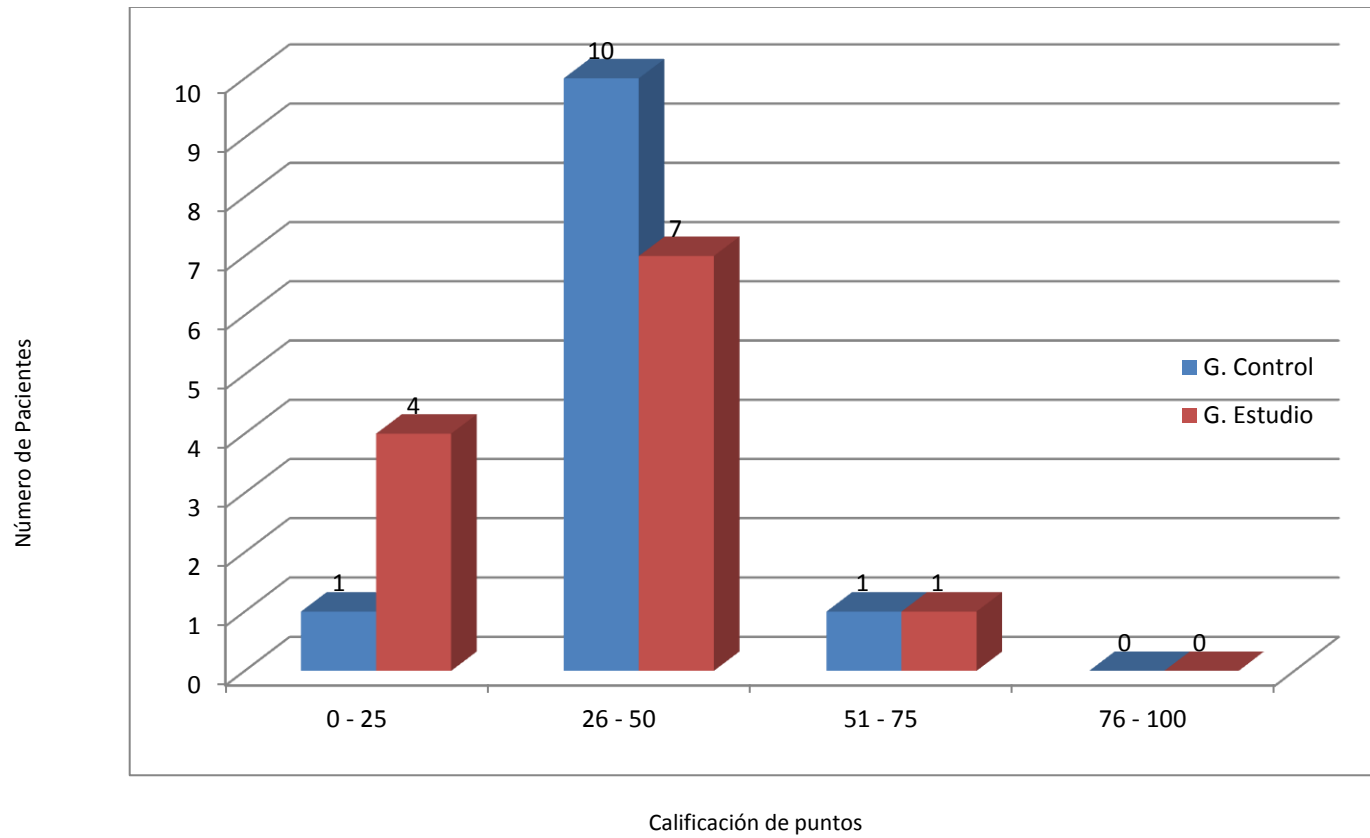


Gráfica 6. Distribución por tiempo de evolución



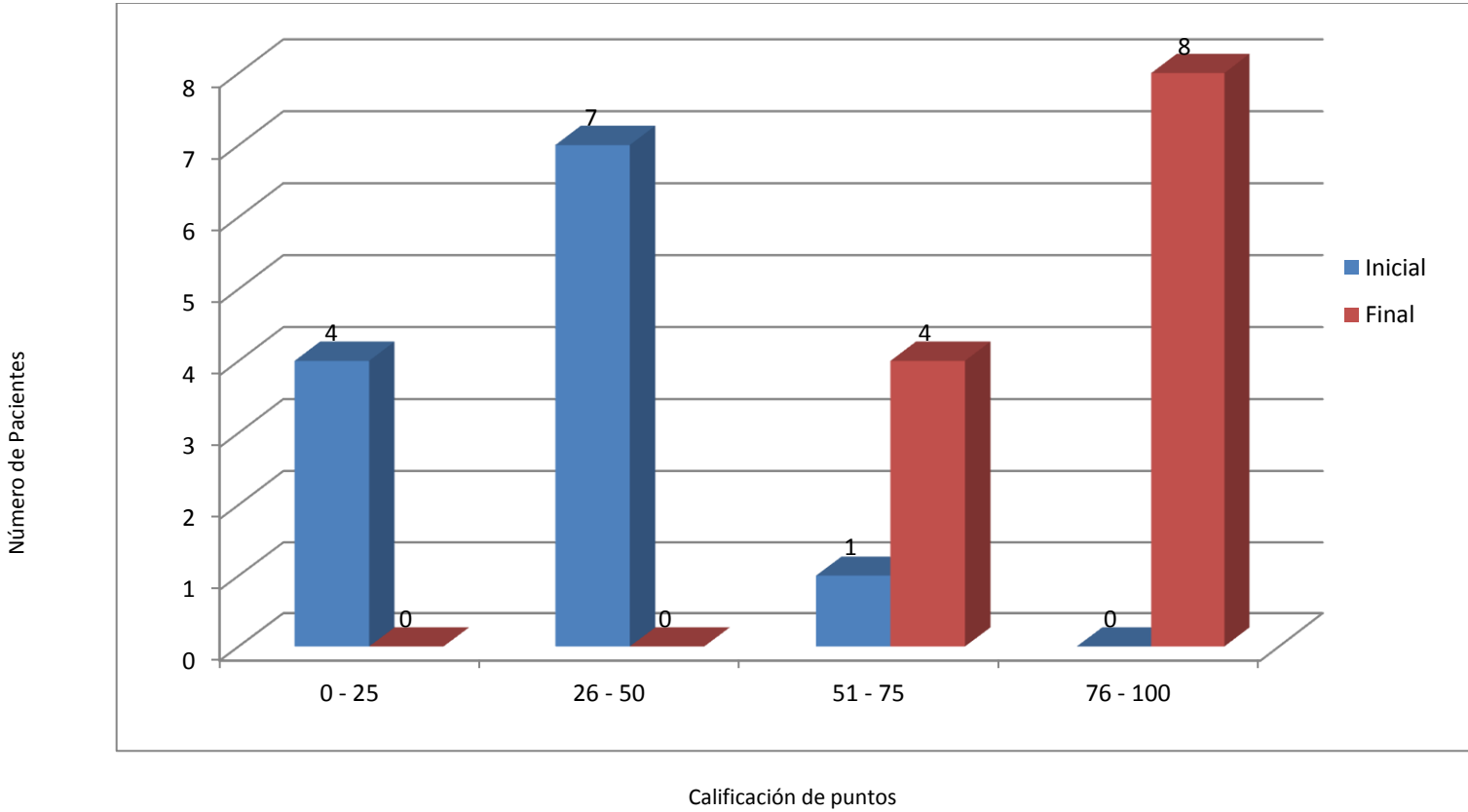
Fuente: HCD-MZR-99

Gráfica 7. Calificación de la evaluación inicial



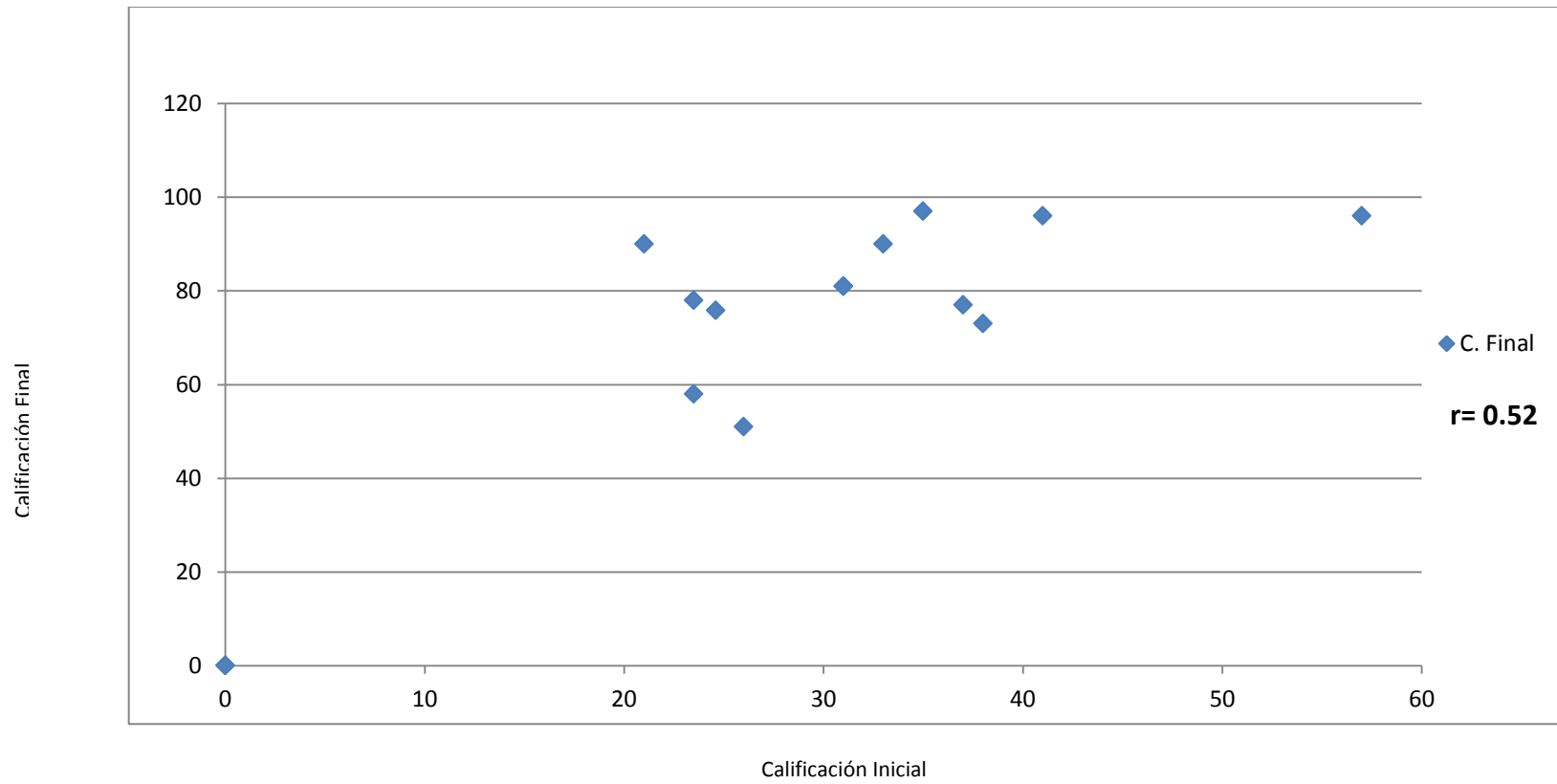
Fuente: HCD-MZR-99

Gráfica 8. Calificaciones de la evaluación inicial y final del grupo de estudio



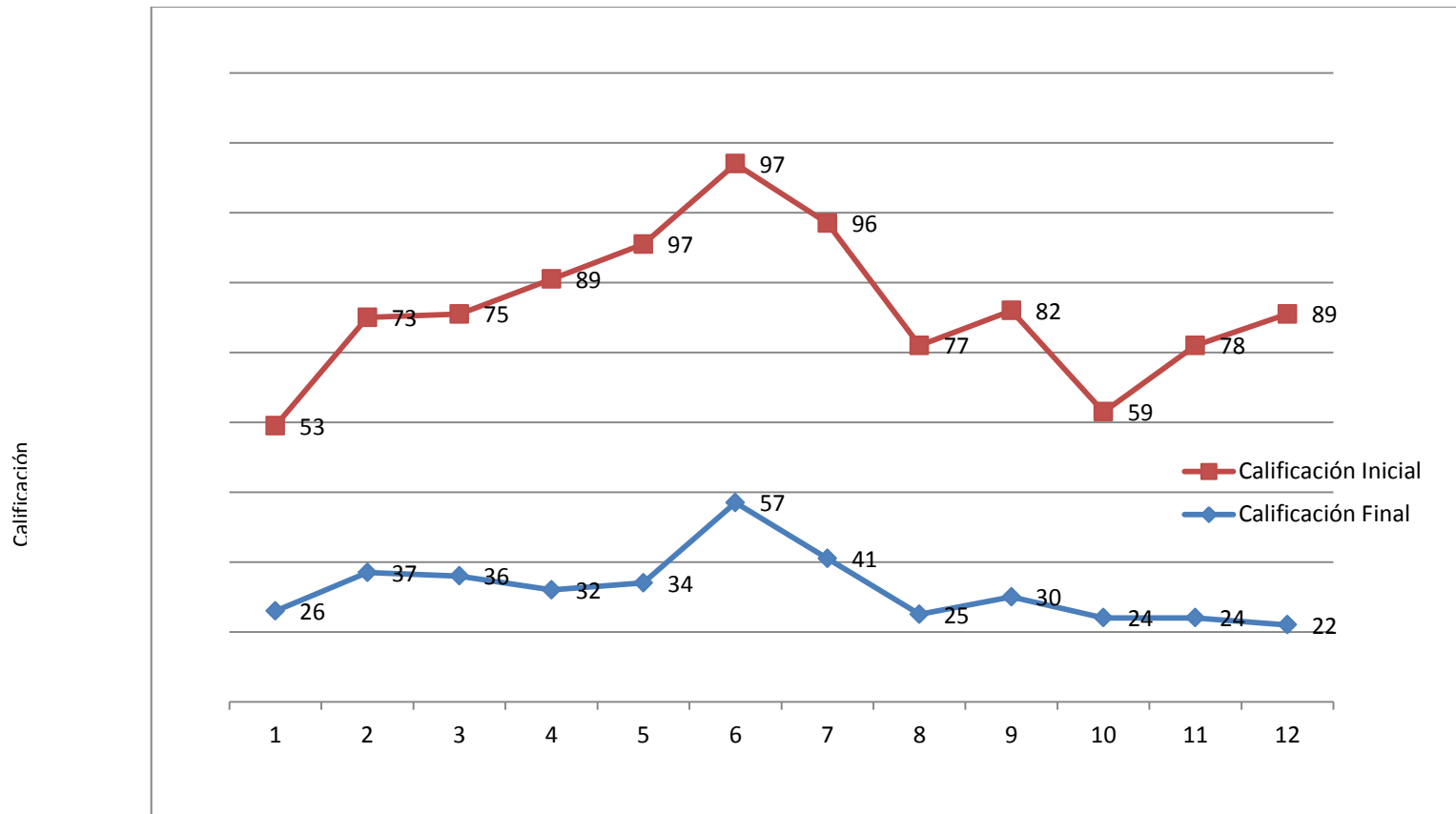
Fuente: HCD-MZR-99

Gráfica 9. Correlación de calificaciones del grupo de estudio



Fuente: HCD-MZR-99

Gráfica 10. Calificaciones del grupo de estudio



Fuente: HCD-MZR-99

BIBLIOGRAFÍA

1. Paulus HE. History of combination therapy of rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1996; 23 (suppl 44): 38-42.
2. Hochberg MC. Adult and juvenile rheumatoid arthritis: current epidemiologic concepts. *Epidemiol Rev* 1981; (3): 27- 44.
3. Nordenskiöld U. Daily activities in women with rheumatoid arthritis: aspects of patient education, assistive devices and method for disability and impairment assessment. *Scand J Rehab Med* 1997; (suppl 37): 1-72.
4. Markenson JA. Worldwide trends in the socioeconomic impact and longterm prognosis of rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 1991; (21): 4-12.
5. Mitchell JM, Burkhauser RM, Pincus T, The importance of age, education and comorbidity in the substantial earning losses of individuals with symmetric polyarthritis. *Arthritis Rheum* 1988;(31):348-57.
6. Wolfe F. Fifty years of antirheumatic therapy: the prognosis of rheumatoid arthritis. *J Rheumatol* 1990; 17 (suppl 22): 24-32.
7. Myllykangas-Luduosujarvi RA. Kimmo A. Isomaki HA. Mortality in rheumatoid arthritis. *Semin Arthritis Rheum* 1995; (3):193-202.
8. Rasker JJ, Cosh JA. The natural history of rheumatoid arthritis over 20 years: clinical symptoms, radiologic signs, treatment, mortality and prognostic significance of early features. *Clin Rheumato* 1987;6 (suppl 2): 5-11.
9. Vandenbroucke JP, Hazevoet HM, Cats A. Survival and death in rheumatoid arthritis: 25 year prospective follow up. *J Rheumatol* 1984; (11): 158-61.

10. Felts W, Yelin E. The economic impact of the rheumatic diseases in the United States. *J Rheumatol* 1989; (16): 867-84.
11. *American Rheumatism Association*. 1958 revision of diagnostic criteria.
12. Hochberg M, Chan R, Dwosh I, Lindey S, Pincus T, Wolfe F. The American College of Rheumatology 1991 revised criteria for classification of global functional status in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1991; (35): 498-502.
13. Steinbrocker O, Traeger CH, Batterman RC. Therapeutic criteria in rheumatoid arthritis. *JAMA* 1949; (140): 659-62.
14. American College of Rheumatology AD Hoc Committee on Critical Guidelines. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1996 May;39 (5):713-22.
15. Burckhardt CS. Arthritis and musculoskeletal patient education standards. *Arthritis Care Res* 1994; (7):1-4.
16. Hirano PC, Laurent DD, Loring K. Arthritis patient education studies, 1987-1991: a review of the literature. *Patient Educ Couns* 1994; (24):9-54.
17. Loring K, Visser A. Arthritis patient education standards: a model for the future. *Patient Educ Couns* 1994; (24):3-7.
18. Taal E, Rasker JJ, Wiegman O. Group education for rheumatoid arthritis patients. *Semin Arthritis Rheum* 1997 Jun; 26(6): 805-16.
19. Ruddy S, Sledge CB, Editors, *Textbook of rheumatology*, vol 1. Philadelphia: Saunders. 1985.

20. Bandura A. Social foundations of thought and action: social cognitive theory. Englewood, NJ: Prentice-Hall, 1986
21. Loring K, Lubeck D, Kraines RG, Seleznick M, Holman HR. Outcomes of self-help education for patients with arthritis. *Arthritis Rheum* 1985; (28): 680-5.
22. Loring K, Holman HR. Long-term outcomes of an arthritis self-management study: effects of reinforcement efforts. *Soc Sci Med* 1989; (29):221-4.
23. Loring K, Seleznick M, Lubeck D, Ung E, Chastain RL, Holman HR. The beneficial outcomes of the arthritis self-management course are not adequately explained by behavior changes. *Arthritis Rheum* 1989; (32): 91-5.
24. Loring K, Mazonson PD, Holman HR. Evidence suggesting that health education for self-management in patients with chronic arthritis has sustained health benefits while reducing health care costs. *Arthritis Rheum* 1993; (36): 439-46.
25. Lubeck DP, Brown BW, Holman HR. Chronic disease and health system performance: care of osteoarthritis across three health services. *Med Care* 1985; (23): 266-77.
26. Loring K, Fries JF. *The Arthritis Helpbook* Reading, MA: Addison-Wesley, 1995.
27. Fries JF, Carey C, McShane DJ. Patient education in arthritis: randomized controlled trial of a mail-delivered program. *J Rheumatol* 1997; (24): 1378-83.

28. Linaker SC, Badley EM, Hughes E.A and Bell MJ. Development of an instrument to measure Knowledge in individuals with Rheumatoid Arthritis; The ACREU Rheumatoid Arthritis Knowledge Questionnaire. *J Rheumatol* 1997; (24): 647-53.
29. Lorig K. Patient education: A practical approach. Mosby-Year Book. St. Louis: Mosby, 1991:107-8.
30. Buckelew SP, Parker JC. Coping with pain: A review of the literature. *Arthritis Care Res.* 1989; 2:(4):136-45.
31. Buckley LM, Vacek P, Cooper SM. Educational and psychosocial needs of patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Res.* 1990, 3 (1):5-10.
32. Kay EA, Punchak SS, Patient understanding of the causes and medical treatment of rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1988; (27): 396-8.
33. Tucker M. Kirwan JR. Does patient education in rheumatoid arthritis have therapeutic potential? *Ann Rheum Dis* 1991;(30): 422-8.
34. Hill J, Bird HA, Hopkins R, Lawton C, Wright V. The development and use of a patient knowledge questionnaire in rheumatoid arthritis. *Br J Rheumatol* 1991: (30): 45-9.
35. Lorig K, Konkol L, González V. Arthritis patient education: a review of the literature. *Patient Education and Counselling* 1987; (10):207-52.
36. Baker PARA, Groh JD, Kraag GR, Tugell P, Well GA and Boisvert. Impact of patient with patient interaction on perceived Rheumatoid Arthritis over all disease status. *Scan J Rheumatol* 1996; (25): 207-12.