



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO**

---

---

**DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA**

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8  
DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

**TESIS**

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

**PRESENTA:  
JOSÉ LUIS MUÑOZ CHAPUL**

**DIRECTOR DE TESIS  
DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**

Médico Familiar, Coordinador Clínico de Educación e Investigación en Salud H.G.Z. / U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**ASESOR METODOLÓGICO  
DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO**

Médico Familiar, Profesor Titular de la Residencia de Medicina Familiar H.G.Z. / U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**ASESOR CLÍNICO  
DR. RICARDO ALEXIS SOLÓRZANO ACOSTA**  
Médico Reumatólogo, Adscrito del H.G.Z. / U.M.F. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo"

**CIUDAD UNIVERSITARIA, CD. MX., NOVIEMBRE 2016**



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.

# CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

**AUTORES:** Dr. José Luis Muñoz Chapul<sup>1</sup>, Dr. Gilberto Espinoza Anrubio<sup>2</sup>, Dr. Eduardo Vilchis Chaparro<sup>3</sup>, Dr. Ricardo Alexis Solórzano Acosta<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Médico Residente de Segundo Año del H.G.Z./U.M.F. No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

<sup>2</sup>Coordinador Clínico de Educación e Investigación del H.G.Z./U.M.F. No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

<sup>3</sup>Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar del H.G.Z./U.M.F. No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

<sup>4</sup>Reumatólogo adscrito al H.G.Z./U.M.F. No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo".

## OBJETIVO

Determinar la calidad de vida (CV) en pacientes con artritis reumatoide (AR) del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, transversal. Criterios de inclusión: Pacientes con diagnóstico de AR, derechohabientes de la unidad, sexo indistinto y mayores de 18 años. Criterios de exclusión: pacientes que se nieguen a participar en el estudio, aquellos que no firmen el consentimiento informado. Muestra: 106 pacientes, intervalo de confianza 99%, proporción estimada 0.02, amplitud total del intervalo de confianza 0.10. Instrumento: cuestionario QOL-RA.

## RESULTADOS

Se estudió a 106 pacientes con AR donde se encontró que el 86.8% pertenecen al sexo femenino, la media de edad fue de 56 años ubicando el 60.4% en un rango de edad mayor o igual a 56 años. En la escolaridad se encontró un predominio de la primaria en 31.1%, casados el 62.2%, desempleados el 60.4%, con religión el 96.2%, pacientes sin AHF de AR en 67%, con más de 20 años de diagnóstico en 27.4%, sin uso de biológicos en su tratamiento un 56.6%. Tras aplicar el instrumento se obtuvo que el 78.3% de los pacientes con AR tienen buena CV.

## CONCLUSIONES

Se encontró que la CV es buena en pacientes con AR en un 78.3%. Se reporta que más del 86% de pacientes pertenecen al sexo femenino. El cuestionario QOL-RA es un buen instrumento de screening de la CVRS en los pacientes con AR en primer nivel.

## PALABRAS CLAVES

Artritis reumatoide, calidad de vida relacionada a la salud y cuestionario QOL-RA.

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE DEL H.G.Z. / U.M.F.  
No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA / UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
“DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO”  
COORDINACIÓN DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN MÉDICA**

**AUTORIZACIONES**

---

**DR. CARLOS ERNESTO CASTILLO HERRERA  
DIRECTOR DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO  
COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD  
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO  
PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR  
DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**

---

**DR. GILBERTO ESPINOZA ANRUBIO**  
**COORDINADOR CLÍNICO DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**  
**DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**  
**DIRECTOR DE TESIS**

---

**DR. EDUARDO VILCHIS CHAPARRO**  
**PROFESOR TITULAR DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA FAMILIAR**  
**DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**  
**ASESOR METODOLÓGICO DE TESIS**

---

**DR. RICARDO ALEXIS SOLÓRZANO ACOSTA**  
**MÉDICO NO FAMILIAR ADSCRITO AL SERVICIO DE REUMATOLOGÍA**  
**DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 “DR GILBERTO FLORES IZQUIERDO”**  
**ASESOR CLÍNICO DE TESIS**

# AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mis padres por haberme dado el milagro de la vida, por haberme guiado en este camino de aprendizajes y por nunca soltarme de la mano en momentos difíciles. Por estar conmigo en las buenas y en las malas, por festejar mis triunfos y fracasos, mis alegrías y tristezas, por apoyar mis debilidades y fortalezas, por hacerme sentir siempre especial y por todo el cariño que me han dado. Gracias a mi familia por todo el apoyo que me dieron durante la carrera y posgrado. Gracias a mis hermanos por soportar mis debilidades y permitirme formar parte de sus vidas. Para ustedes va dedicado todo este gran esfuerzo en mi vida.

Gracias a mi amigo, confidente, consejero, hermano y pareja, Paolo. Gracias infinitas por el largo camino de aprendizajes que hemos tenido juntos y por ser parte de mi vida en estos años de especialidad ya que, sin duda alguna, no hubiera sido la misma sin ti. Por haberme aceptado incondicionalmente y por quererme tanto.

Gracias a la vida por dejarme formar parte de cada una de las amistades que a lo largo de la especialidad obtuve. Gracias a mis compañeros de este gran hospital, a todos los médicos y personal de salud que con cada sonrisa y saludo honesto hicieron de mi estancia un andar más ameno. A mis compañeros de medicina familiar y urgencias que compartieron conmigo cada guardia y desvelo, cada noche de café y pláticas que me llevo guardadas en el corazón. Por la confianza que depositaron en mí en algún momento.

Gracias al Dr. Ricardo Solórzano por su apoyo y enseñanzas durante la consulta, por los momentos agradables y todos los detalles que aprendí de cada uno de sus pacientes. Por enseñarme que la relación médico paciente es importante en todos los niveles de atención y que forma parte del éxito en la terapéutica de los pacientes.

Gracias a mi tutor de la especialidad (Dr. Eduardo Vilchis Chaparro) y a mi coordinador de enseñanza (Dr. Gilberto Espinoza Anrubio) que aparte de todas las cuestiones académicas, formaron en mí una persona con valores y disciplina. Gracias por su apoyo y consejos en momentos trascendentales en mi vida.

*“En la vida no hay fracasos, todos son aprendizajes”*

# ÍNDICE

TEMA	PÁGINA
1. Marco teórico	8
2. Justificación	15
3. Planteamiento del problema	16
4. Objetivo general	16
5. Hipótesis	16
6. Materiales y métodos	17
7. Tipo de investigación	18
8. Diseño de la investigación	18
9. Población o universo	19
10. Ubicación temporal y espacial de la población	19
11. Muestra	20
12. Criterios de inclusión, exclusión y eliminación	21
13. Variables	22
14. Diseño estadístico	26
15. Instrumento de recolección	26
16. Método de recolección	27
17. Maniobras para evitar y controlar sesgos	27
18. Cronograma de actividades	29
19. Consideraciones éticas	30
20. Recursos humanos, materiales, físicos y financiamiento del estudio	31
21. Resultados	32
22. Tablas y gráficas	35
23. Discusión	60
24. Conclusiones	66
25. Bibliografía	68
26. Anexos	71

## MARCO TEÓRICO

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica de origen desconocido que se caracteriza por poliartritis simétrica y periférica. Constituye la modalidad más frecuente entre las artritis inflamatorias crónicas y suele ocasionar daño articular y discapacidad física. Se trata de un trastorno de orden sistémico y por ello la AR puede acompañarse de diversas manifestaciones extraarticulares, como fatiga, nódulos subcutáneos, afectación pulmonar, pericarditis, neuropatía periférica, vasculitis y anomalías hematológicas.<sup>1</sup>

La prevalencia de la AR es de 0.5 a 2% en la población de países industrializados con una incidencia anual de 12 - 1,200 por 100,000 habitantes.<sup>2</sup> La relación mundial mujer:hombre es 2-3:1. De acuerdo al género en la población latinoamericana con AR el 85.3% son mujeres y el 14.7% son hombres; sin embargo en población americana este porcentaje es aproximadamente de 83.7% y 16.3% respectivamente<sup>3</sup>. La edad pico de aparición es entre 30 y 55 años, pero puede presentarse a cualquier edad. La prevalencia de la AR en México es de 1.6% de la población en general, siendo el principal motivo de consulta en el Servicio de Reumatología.<sup>4</sup>

Desde hace más de 30 años se sabe que existe un factor de susceptibilidad genética en la AR que contribuye en un 50-60% al desarrollo de la enfermedad. Así, aquellas personas con un familiar de primer grado con AR pueden tener de 2 a 10 veces más riesgo de desarrollar la enfermedad que la población general. Inicialmente se comprobó una asociación de la AR con el HLA-DR B1\*04 y algunos de sus alelos. La presencia de estos alelos no solo incrementa el riesgo de padecer AR, especialmente seropositiva (Factor reumatoide (FR) y/o anticuerpos frente a proteínas/péptidos citrulinados (ACPA) positivos) sino que en numerosos estudios su presencia se ha asociado con interacciones con factores medioambientales como el tabaco, el cual no solamente aumenta el riesgo de AR seropositiva sino que también podría tener influencia sobre el fenotipo o expresión clínica de la enfermedad; así como también a un peor pronóstico, con un mayor grado de destrucción articular y presencia de manifestaciones extra-articulares.<sup>5</sup>

En la mujer las manifestaciones clínicas inician entre los 30-50 años, mientras que en el hombre se presenta de forma tardía. La forma de comienzo la podemos dividir en 3 básicamente: comienzo insidioso donde la rigidez matinal se relaciona con la acumulación de líquido de edema dentro de los tejidos inflamados durante el sueño, o después de periodos de reposo prolongado, comienzo agudo y comienzo intermedio.<sup>6</sup>

El diagnóstico de la (AR) es completamente clínico. Las muñecas son afectadas en casi todos los casos, también es casi constante la participación de las articulaciones metacarpofalángicas proximales de las manos, metatarsfalángicas y rodillas; le siguen tobillos, hombros, codos, columna cervical, cadera, articulación temporomandibular, esternoclavicular y acromioclavicular. Otra característica es la simetría. En las caderas y rodillas es más frecuente que la artritis sea unilateral. La eminencia tenar puede atrofiarse, y la percusión sobre el retináculo de los flexores causa dolor en la distribución del nervio mediano, conocido como signo de Tinel. En el pie es muy frecuente la sinovitis de las articulaciones metatarsfalángicas. Las deformidades características que se desarrollan al progresar la enfermedad son: subluxación de las cabezas de los metatarsianos, hallux valgus, desviación lateral y deformación en garra.<sup>7</sup>

En septiembre de 2010 se publicaron simultáneamente en *Annals of Rheumatic Diseases* y *Arthritis and Rheumatism* los nuevos criterios de clasificación para la AR (Anexo 1), como conclusión del esfuerzo conjunto realizado por la American College of Rheumatology (ACR) y la European League Against Rheumatism (EULAR) con el fin de mejorar los criterios de clasificación utilizados hasta ahora. Estos nuevos criterios tienen un objetivo muy claro, mejorar la clasificación de la AR de corta evolución, de manera que se pueda establecer un tratamiento con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) lo antes posible y mejorar el pronóstico y evolución de la enfermedad.<sup>8</sup>

Los nuevos criterios de AR sólo se aplicarán a una determinada población diana que debe tener las siguientes características: 1) Presentar al menos 1 articulación con sinovitis clínica (al menos una articulación inflamada) y que dicha sinovitis no pueda explicarse por el padecimiento de otra enfermedad y 2) Tener una puntuación igual o superior a 6 en el sistema de puntuación que considera la distribución de la afectación articular, serología del factor reumatoide (FR) y/o anticuerpos frente a proteínas/péptidos citrulinados (ACPA), aumento de los reactantes de fase aguda y la duración igual o superior a 6 semanas. Estos criterios también permiten hacer el diagnóstico en aquellos pacientes que presenten una AR evolucionada siempre que tengan: 1) Erosiones típicas de AR, 2) Presenten una enfermedad de larga evolución (activa o inactiva) cuyos datos retrospectivos permitan la clasificación con los criterios mencionados y 3) En escenarios de artritis de muy reciente comienzo, en individuos que no cumplan en un momento determinado con los criterios pero que los cumplan con la evolución del tiempo.<sup>9</sup>

Los nuevos criterios de 2010 han desplazado a los criterios del Colegio Americano de Reumatología de 1987 (Anexo 2) y, a partir de ahora, serán la base para definir la AR. Sin embargo, la AR es una enfermedad compleja y difícil de acotar por unos criterios de clasificación, debido a esto el diagnóstico de la AR está en manos del clínico, quien deberá diagnosticar y tratar a los pacientes, incluso en aquellas formas raras que no cumplan con los criterios de clasificación propuestos.<sup>10</sup>

En la actualidad, el gold standard para daño articular en AR es la presencia de erosiones radiológicas. Dado que los primeros cambios en la AR no son de naturaleza ósea, el ultrasonido y la resonancia magnética (RM) son superiores a la radiografía convencional y a la tomografía computada en términos de detección de la enfermedad. Esto reviste especial importancia si se tiene en cuenta que la poderosa combinación de drogas modificadoras del curso de la enfermedad en su etapa inicial que se utiliza actualmente en el mundo demora la aparición de los cambios óseos. Cuando hay cambios reactivos y destrucción ósea, la RM permite apreciarlos claramente; siendo éste el método que primero lo demuestra.<sup>11</sup>

El principal objetivo del tratamiento en el paciente con AR es la remisión de la enfermedad o al menos alcanzar un bajo nivel de actividad clínica. La meta obligatoria en todo paciente es controlar la actividad de la enfermedad con el fin de mejorar los síntomas, disminuir el daño articular, prevenir la limitación funcional y mejorar la calidad de vida.<sup>12</sup>

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) son de utilidad para tratar el dolor y la inflamación, al inicio de la enfermedad y en asociación con algún FARME. Sin embargo, no modifican el curso de la enfermedad. Los glucocorticoides en especial se usan como terapia puente en función del tiempo necesario para que el FARME alcance niveles terapéuticos eficaces, o bien durante una recaída.<sup>13</sup>

El metotrexato (MTX) debe ser usado como FARME sintético de primera línea debido a que mejora la capacidad funcional y reduce la progresión radiográfica con un buen perfil de seguridad. Cuando haya contraindicación para MTX, se deberá utilizar leflunomida (LEF) o sulfasalazina (SSZ). Entre otros FARME se encuentran el uso de Ciclosporina A y Penicilamina.<sup>14</sup>

La LEF, en estudios comparados con placebo, ha demostrado reducir la actividad de la enfermedad y retardar la progresión radiológica. Su eficacia fue observada al ser comparable a MTX en un metaanálisis<sup>15</sup>. La cloroquina (CLQ), la hidroxicloroquina (HCQ) y la SSZ son fármacos que deben considerarse como de primera línea en las formas leves de la enfermedad o en la AR de inicio reciente sin factores pronósticos desfavorables (Factor Reumatoide o ACPA positivos).<sup>16</sup>

La terapia combinada con FARME sintético es una estrategia terapéutica ampliamente utilizada en México y tiene una mayor frecuencia de uso que los agentes biológicos, ya que hay una amplia disponibilidad y representa un menor gasto para las instituciones públicas de salud. Se recomienda que aunque existe evidencia que apoya la eficacia de la combinación MTX + LEF en pacientes con inadecuada respuesta a MTX, se recomienda que esta combinación sea considerada principalmente en los pacientes con actividad moderada a grave que han tenido falla a MTX. Se debe vigilar la toxicidad gastrointestinal y hepática. Cuando se prescribe esta terapia combinada se debe considerar la reducción de la dosis de uno de los 2 FARME, así como la administración concomitante de ácido fólico.<sup>17</sup>

Se han identificado factores pronóstico de enfermedad entre los que se encuentran la edad, el factor reumatoide, el grado de actividad de enfermedad, el estatus funcional y el tratamiento precoz. Dichos factores pronóstico, presentes en el inicio de la enfermedad, nos ayudan a identificar los pacientes que con mayor probabilidad presentarán un curso más agresivo a lo largo de la evolución de la AR. En estos pacientes puede estar indicada una terapia combinada con los FARME y anti-factor de necrosis tumoral (anti-TNF) al inicio de la enfermedad para conseguir la mínima actividad inflamatoria posible, mantenerla durante el máximo tiempo y así minimizar la morbilidad y mortalidad atribuibles a la AR.<sup>18</sup>

Adalimumab, etanercept, infliximab y abatacept en combinación con MTX son tratamientos recomendados en casos de inadecuada respuesta, intolerancia o falla a los FARME, incluyendo al menos un biológico, y en quienes no pueden recibir RTX o este se tiene que retirar por efectos adversos.<sup>19</sup>

La aparición de los FARME y los fármacos biológicos han supuesto un escalón más en la consecución del objetivo terapéutico. Se observa, sin embargo, que las vivencias de los pacientes no son iguales cuando se establece la diferenciación entre tratamientos biológicos y los FARME; mientras que la vinculación con los biológicos es muy positiva y llegan a representar realmente “un antes y un después” en la historia de su enfermedad. La relación que establecen con los FARME es claramente menos emocional.<sup>20</sup>

La AR induce en los pacientes varios procesos interactuantes. Por un lado, la inflamación, el dolor, la pérdida del movimiento articular y la deformidad producen discapacidad. Por el otro, la enfermedad lleva a la pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria, lo cual afecta en mayor o menor grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas. Todo esto altera la independencia económica y los roles sociales de las personas. Las personas con AR experimentan una serie de emociones negativas ante la discapacidad creada por la enfermedad.<sup>21</sup>

Los factores psicológicos se han implicado en el mantenimiento del bienestar. Estados emocionales positivos han sido asociados con un mayor funcionamiento neuroendocrino y neuroinmune. Por otro lado, la red de apoyo por parte de las relaciones cercanas también se correlaciona con un mayor bienestar físico y psicológico. Las relaciones entre la espiritualidad, el bienestar y la calidad de la vida han sido evaluadas y se ha mostrado que la parte espiritual se asocia directamente con el afecto positivo. Las principales conclusiones muestran que la trascendencia espiritual es una característica única que varía entre individuos con AR, y que se asocia con la felicidad y la alegría, así como con la percepción de salud positiva.<sup>22</sup>

La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras.<sup>23</sup>

El concepto de calidad de vida, definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la percepción que tienen los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y de su sistema de valores, y en relación a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional que refleja las condiciones de vida deseadas por una persona en relación a ocho necesidades: bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos (Schalock, 1996).<sup>24</sup>

El primer intento de sofisticación consistió en entresacar el objeto de su estudio de la realidad total y acuñar el término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) para nombrar únicamente los aspectos de la vida relacionados con la salud, la enfermedad y los tratamientos. Se dejaron fuera y excluidos otros aspectos no relacionados tan estrechamente con la salud como los culturales, políticos o sociales llamándoles "calidad de vida no relacionada con la salud".<sup>25</sup>

El término CVRS es, pues, el aspecto de la calidad de vida que se refiere específicamente a la salud de la persona y se usa para designar los resultados concretos de la evaluación clínica y la toma de decisiones terapéuticas. Dicho en otras palabras, es el efecto que tiene la enfermedad y su tratamiento sobre las distintas funciones del enfermo, pero tal como lo percibe el propio paciente.<sup>26</sup>

Incluso en sus etapas iniciales, la AR causa un impacto en la CVRS. Al ser este un concepto amplio, puede ser simplificado como el impacto de la salud sobre la capacidad funcional y el bienestar de un individuo percibido en los dominios físico, psicológico o mental y social de la vida.<sup>27</sup>

De esta forma es como se hace referencia a las tres dimensiones de la CVRS:

**-Dimensión física:** Percepción del estado físico o de la salud, entendida como ausencia de enfermedad, los síntomas producidos por la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento. Estar sano es un elemento esencial para tener una vida con calidad.

**-Dimensión psicológica:** Percepción del individuo de su estado cognitivo y afectivo como el miedo, la ansiedad, la incomunicación, la pérdida de autoestima, la incertidumbre del futuro. También incluye las creencias personales, espirituales y religiosas como el significado de la vida y la actitud ante el sufrimiento.

**-Dimensión social:** Percepción del individuo de las relaciones interpersonales y los roles sociales en la vida, como la necesidad de apoyo familiar y social, la relación médico-paciente, el desempeño laboral.<sup>28</sup>

Como es bien sabido la AR es una enfermedad compleja que genera inflamación articular y el daño estructural, dando lugar a discapacidades físicas y relacionadas con el trabajo, que se asocia con elevados costos socio-económicos. Se ha informado que pacientes con AR dejan de trabajar 20 años antes de lo esperado, y su CV está muy comprometida, generando un alto nivel de desempleo. Para todo esto se sugiere un enfoque global sobre el paciente, el cual debe ser desde el inicio de la enfermedad ayudando a mejorar el pronóstico vital y funcional de los pacientes.<sup>29</sup>

Para los pacientes con enfermedades crónicas, la salud es un determinante crítico de su CV. Determinar el impacto de la enfermedad y/o su tratamiento sobre la vida de las personas que las padecen nos permite disponer de una fuente de información complementaria. La medida de la CV permite evaluar la respuesta a los tratamientos médicos, aporta un elemento de comparación frente a actitudes terapéuticas diferentes, ayudándonos a decidir la más adecuada.<sup>30</sup>

El uso de instrumentos de recolección de datos que miden y caracterizan el estado multidimensional de la salud, promete el acercamiento en la relación médico-paciente. Evaluar la CV es un concepto bastante complejo, teniendo en cuenta que se trata de un concepto abstracto, subjetivo y multidimensional, definido y medido de diferentes maneras. Esta puede estimarse por medio de la función física, el estado psicológico, la función y la interacción social, y los síntomas físicos.<sup>31</sup>

La medida de la CV ha utilizado medidas globales de salud como los cuestionarios SF-36, el SIP (Sickness Impact Profile) y el NHP (Nottingham Health Profile)<sup>32</sup>. Por otro lado se han empleado cuestionarios específicos para medir la CV en pacientes con AR (Anexo 3), encontrándose los siguientes: QOL-RA Scale (Quality of life in Rheumatoid Arthritis) y QOL-RA validado al español por Danao et al (Anexo 4), el cual se ha reproducido en 5 ocasiones, en la versión original estadounidense durante el 2001, posteriormente en Colombia en el 2005, en España en el 2007, con alfa de Cronbach superior a 0.87 en las 3 ocasiones; en el 2008 se tiene el registro de un trabajo de investigación final en Argentina<sup>33</sup>. Por último en Rusia en el año 2009, en el cual los resultados en cuanto a la CV fueron menores a los presentados en estudios previos. La media en la calificación de la escala QOL-RA en población Caucásico/Inglés (Anglosajones) fue de 5.54 +/- 1.93, en población Hispano/Español (Latinos) la media fue de 5.28 +/- 1.73 y en población Rusa fue de 4.78 +/- 1.22, con un total de pacientes de 107, 80 y 50 respectivamente.<sup>34</sup>

Para fines del presente estudio se determinará la CV de pacientes con AR empleando una escala específica, siendo ésta el cuestionario QOL-RA Scale en su versión validada al español. La versión original del QOL-RA fue elaborada por Danao, Padilla y Johnson en el 2001 (requirió participantes de Estados Unidos tanto de origen anglosajón como latinoamericano, alcanzándose un alfa de Cronbach de 0.87 para la versión española y un alfa de Cronbach de 0.90 para la versión inglesa del QOL-RA), revalidada en Colombia por Vinaccia, Fernández, San Pedro y Padilla en 2005 (con una muestra de 124 pacientes, obteniendo una fiabilidad de la escala con un alfa de Cronbach de 0,88), quienes evaluaron la aplicación de la versión española del cuestionario QOL-RA en donde se obtuvo una mejor calidad de vida en todas las dimensiones del cuestionario en comparación con los participantes de Estados Unidos tanto de origen anglosajón como latinoamericano que participaron en la validación original de la escala. La media en la puntuación de la escala QOL-RA para la población colombiana fue de 7.32 en una muestra conformada por 124 pacientes con AR. Los resultados parecen apoyar la hipótesis de que la información proporcionada por la versión española del cuestionario QOL-RA es válida y fiable, y también sugieren que puede discriminar entre personas con niveles comparables de severidad.<sup>35</sup>

El cuestionario QOL-RA es un instrumento de CV específico para pacientes con AR. Es una escala que consta de 8 ítems y cada ítem se inicia con la definición de un elemento que se considerará en la clasificación de su CV en una escala horizontal de 10 puntos que va desde 1- “Muy mala calidad de vida” en un extremo hasta 10- “Excelente calidad de vida” en el otro extremo. La puntuación de los 8 ítems se suma para obtener una puntuación total, dividiéndose la suma total entre el número total de ítems de tal forma que se obtiene el promedio de la misma. Cuanto mayor sea la puntuación en el cuestionario QOL-RA, mayor será la CV. Los elementos que abarca la escala son la capacidad física, el dolor, la interacción con la familia y amigos, el apoyo de los amigos y la familia, el estado de ánimo, tensión nerviosa, artritis, y la salud. La escala abarca las tres dimensiones de la CVRS: de la función física son la capacidad física y el dolor; los elementos de la función social son la interacción con la familia y amigos y el apoyo de familiares y amigos; y los elementos de la función psicológica son la tensión nerviosa y estado de ánimo. La artritis es un elemento de bienestar específico-enfermedad y la salud es un elemento de bienestar global. La escala puede ser aplicada de dos maneras: 1) Autoadministración (a quienes sepan leer y tengan un adecuado grado de instrucción) y 2) Mediante entrevista por parte de un entrevistador previamente entrenado para el caso (Estudiantes de Medicina, psicología y trabajo social previamente entrenados y con un buen conocimiento de las características de la escala). El tiempo de resolución durante la aplicación de la escala es en promedio de 5 minutos.<sup>36</sup>

Durante la evaluación del cuestionario la puntuación obtenida se valorará de la siguiente forma en base al promedio: Buena CV (puntuaciones mayores ó igual a 7), Moderada CV (puntuaciones mayores ó igual a 5.3 y menor ó igual a 6.9) y Mala CV (puntuaciones menores ó igual a 5.2).<sup>37</sup>

Se ha demostrado que los enfermos con AR y comorbilidades tienen un peor pronóstico que los pacientes sin comorbilidades. Por lo tanto, una gestión adecuada de los pacientes con comorbilidades es importante para el logro de los resultados preferidos en el tratamiento de la AR <sup>38</sup>. Por otro lado, existen resultados concluyentes de que la AR tiene un impacto negativo en todos los dominios de la calidad de vida, la depresión se puede considerar un síntoma asociado, y que sufre interferencia negativa en el estado general de salud.<sup>39</sup>

De acuerdo a la escolaridad y su asociación con la satisfacción general, laboral, personal, sexual y familiar, se ha visto que existe una relación que a mayor escolaridad, mayor es la satisfacción del paciente. Sin embargo predomina la escolaridad media (62.8%), a diferencia de la primaria (11.1%) y superior (26.1%).<sup>40</sup>

La artritis reumatoide es una poliartritis crónica que en España afecta a más de 200.000 personas y cada año se diagnostican 20.000 casos nuevos, según demuestra el estudio EPISER sobre prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas realizado por la Sociedad Española de Reumatología (SER). Es una enfermedad que también afecta a la esfera psíquica de las personas que la presentan y, muy especialmente, a su vida social, incluida el área laboral<sup>41</sup>. Entre las características socioeconómicas de los pacientes destaca principalmente un perfil de paciente ama de casa, casada y con ningún estudio o estudios primarios, similares con los reportados por Fernández en 2007 y en Argentina por Capriotti 2008, en donde a mayores años de diagnóstico de AR, peor es la CV reportada.<sup>42</sup>

Se estima que el costo médico directo en dólares de la AR en México es de \$2.334, y el gasto de bolsillo de paciente es de \$610. Se ha encontrado que el 15% del ingreso familiar se destina a gastos por AR, lo que se llega a considerar como gastos catastróficos en la economía familiar<sup>43</sup>. El costo médico directo anual por AR se estima en \$5.944 dólares.<sup>44</sup>

En 2009, con la finalidad de mostrar la evidencia científica más actualizada y que ayudara a realizar una evaluación y un diagnóstico oportunos, así como orientar y estandarizar un tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico efectivos basados en las mejores y más recientes evidencias científicas, fue elaborada una Guía de Práctica Clínica de Diagnóstico y Tratamiento de la Artritis Reumatoide del Adulto en México.<sup>45</sup>

En 2012 se evaluó, en el H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo", el impacto de la CV de los pacientes con AR mediante el cuestionario DASH, el cual permite valorar la discapacidad percibida por el enfermo para realizar diversas actividades, incluidas actividades de la vida diaria y síntomas como el dolor, la rigidez o la pérdida de fuerza; reportando una mejor CV en el 57.5% de los casos y peor CV en el 42.5%. En cuanto a la población en estudio se encontró una proporción mujer:hombre de 4:1 con una media de edad de 54.48 años, predominando en pacientes de entre 46 y 65 años. Se encontró que el tiempo de evolución de la enfermedad en los pacientes no es directamente proporcional al grado de discapacidad, observándose una mejor CV tanto en pacientes con menos de 5 años de diagnóstico como en pacientes con más de 21 años de diagnóstico de la enfermedad. La calidad de vida es mejor en pacientes jubilados vs pacientes empleados.<sup>46</sup>

## JUSTIFICACIÓN

El siguiente estudio nos permitió conocer acerca de la calidad de vida (CV) en los pacientes con artritis reumatoide (AR) mediante la aplicación del cuestionario QOL-RA.

La AR afecta al 1.6% de la población mexicana, siendo el primer motivo de consulta en el servicio de Reumatología. El pico de aparición de la enfermedad es entre los 30 y 55 años de edad, población económicamente activa. Es bien sabido que la AR se trata de una enfermedad crónica e inflamatoria de origen desconocido que produce un amplio espectro de alteraciones anatómicas, siendo las de origen articular las más afectadas.

Actualmente existe nuevos criterios diagnósticos para la AR los cuales son un herramienta que nos permite, por un lado, clasificar como AR a un grupo de artritis que hasta ahora quedaban sin clasificación específica y, por otro lado, clasificar de forma precoz y disminuir los tiempos de inicio de tratamiento a los pacientes, reflejándose en una mejor CV.

Por otro lado, la enfermedad lleva a la pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria, lo cual afecta en mayor o menor grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y las actividades básicas. Todo esto altera la independencia económica y los roles sociales de las personas, no sólo en el sistema familiar, sino también afectando el subsistema laboral. De esta forma es como las personas con AR experimentan una serie de emociones negativas ante la discapacidad creada por la enfermedad y la misma sociedad que minimiza las posibilidades laborales de estos pacientes. Como se ha comentado, los pacientes con AR dejan de trabajar hasta 20 años antes de lo esperado.

Actualmente se estima que el costo médico directo en dólares de la AR en México es de \$2,334, y el gasto de bolsillo de paciente es de \$610. Se ha encontrado que el 15% del ingreso familiar se destina a gastos para la AR, lo que se llega a considerar como gastos catastróficos en la economía familiar.

La medida de la CV es particularmente importante en las enfermedades, como es el caso de la AR, donde se hace difícil la utilización de medidas que reflejen el resultado e impacto del tratamiento en la mejora de la CV. Se ha demostrado que incluso en etapas iniciales, la AR puede causar un impacto considerable en la CV. Para todo esto se sugiere un enfoque global sobre el paciente, el cual debe ser desde el inicio de la enfermedad ayudando a mejorar el pronóstico vital y funcional de los pacientes.

Para fines del presente estudio se determinará la CV de pacientes con AR empleando una escala específica, siendo éste el cuestionario QOL-RA en su versión validada al español (Danao 2001). Los resultados apoyan la hipótesis de que la información proporcionada por la versión española del cuestionario QOL-RA es válida y fiable, y también sugieren que puede discriminar entre personas con niveles comparables de severidad.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo?

## OBJETIVO GENERAL

Determinar la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

## HIPÓTESIS

Se realizaron hipótesis con fines de enseñanza ya que los estudios descriptivos no ameritan hipótesis y para llevar a cabo este estudio en base a los propósitos de la misma se plantearon las siguientes hipótesis:

### **Hipótesis nula ( $H_0$ )**

La calidad de vida no es buena en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

### **Hipótesis alterna ( $H_1$ )**

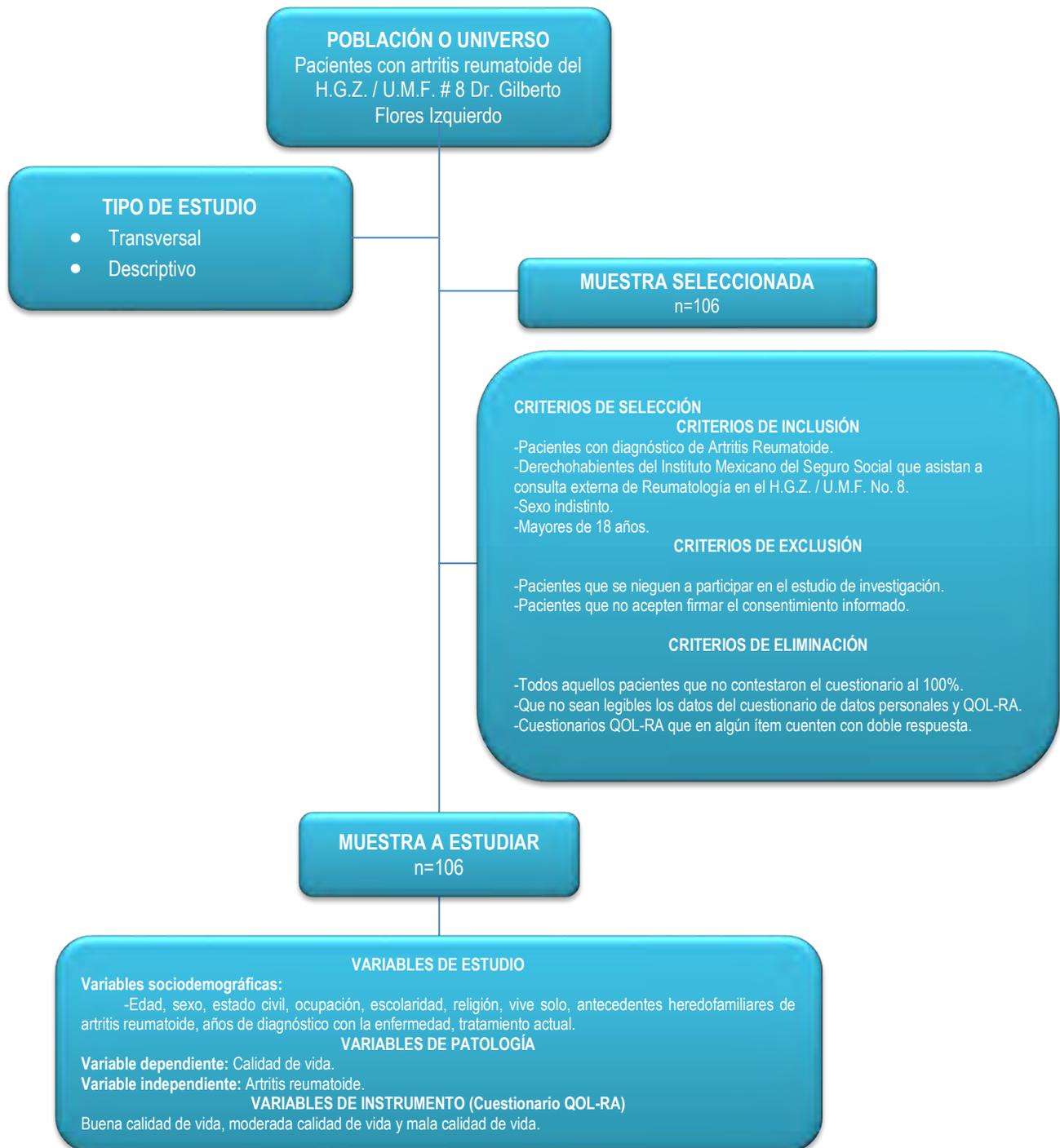
La calidad de vida es buena en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

# MATERIALES Y MÉTODOS

## TIPO DE ESTUDIO

- a).- Según el proceso de causalidad o tiempo de ocurrencia de los hechos y registros de la información:
- **PROSPECTIVO.**
- b).- Según el número de una misma variable ó el periodo y secuencia del estudio:
- **TRANSVERSAL.**
- c).- Según la intención comparativa de los resultados de los grupos estudiados:
- **NO COMPARATIVO.**
- d).- Según el control de las variables o el análisis y alcance de los resultados:
- **DESCRIPTIVO.**
- e).- Según la inferencia del investigador en el fenómeno que se analiza:
- **OBSERVACIONAL.**

## DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN



Elaboró: Dr. José Luis Muñoz Chapul

## **POBLACIÓN Ó UNIVERSO.**

El estudio se llevó a cabo en el Distrito Federal, Cd. de México con una población urbana en pacientes con Artritis Reumatoide de ambos sexos, mayores de edad y derechohabientes de la consulta externa del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo del Instituto Mexicano del Seguro Social.

## **UBICACIÓN TEMPORAL Y ESPACIAL DE LA POBLACIÓN.**

La investigación se realizó en pacientes con AR, que acudieron a la consulta externa de Reumatología del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, ubicado en Av. Río Magdalena No. 289, Col. Tizapán San Ángel, Delegación Álvaro Obregón, México Distrito Federal. Se realizó durante los meses de Marzo 2015 a Junio 2015.

# MUESTRA

## TAMAÑO DE LA MUESTRA

El tamaño de la muestra para un estudio descriptivo con una población finita de variable dicotómica, requirió de 106 pacientes con un intervalo de confianza del 99%. Con una prevalencia del 2%. Con una proporción esperada del 0.02. Con amplitud total del intervalo de confianza de 0.10.

## DEFINICIÓN DE CONCEPTOS DEL TAMAÑO DE LA MUESTRA TIPO CUALITATIVO:

Donde se conoce el total de unidades de observación que la integran.

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

**n** = Tamaño de la muestra

**N** = Tamaño de la población (5753)

**Z alfa**= Valor correspondiente a la distribución de Gauss (1.96 para alfa 0.05 y 2.58 para alfa 0.01)

**d**= También se puede encontrar como (i) o (E) = a precisión absoluta con que se generalizan los datos. Es la distancia máxima de error que el investigador está dispuesto a aceptar con respecto a la media verdadera de la población. Error que se prevé cometer (0.10).

**p** = Prevalencia esperada a evaluar (0.02)

**q**= Proporción de la población de referencia que no presenta el fenómeno en estudio (1-p) la suma de la p y la q siempre debe dar 1. Por ejemplo si p= 0.8 q=0.2.

### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN**

- Pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide.
- Derechohabientes del Instituto Mexicano del Seguro Social que asistan a consulta externa de Reumatología en el H.G.Z. / U.M.F. No. 8.
- Sexo indistinto.
- Mayores de 18 años.

### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN**

- Pacientes que se nieguen a participar en el estudio de investigación.
- Pacientes que no acepten firmar el consentimiento informado.

### **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN**

- Todos aquellos pacientes que no contestaron el cuestionario al 100%.
- Que no sean legibles los datos del cuestionario de datos personales y QOL-RA.
- Cuestionarios QOL-RA que en algún ítem cuenten con doble respuesta.

## **VARIABLES**

### **VARIABLES DE IDENTIFICACIÓN Y SOCIODEMOGRÁFICAS**

- Edad.
- Sexo.
- Estado civil.
- Ocupación.
- Escolaridad.
- Religión.
- Vive solo.
- Antecedentes heredofamiliares de Artritis Reumatoide.
- Años de diagnóstico con la enfermedad.
- Tratamiento actual.

### **VARIABLES DE PATOLOGÍA**

- Variable dependiente: Calidad de Vida
- Variable independiente: Artritis Reumatoide

### **VARIABLE DEL INSTRUMENTO (CUESTIONARIO QOL-RA)**

- Calidad de vida

## DEFINICIÓN CONCEPTUAL

### VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- **EDAD:** Tiempo transcurrido desde el nacimiento de una persona hasta el momento de realizar la encuesta.
- **SEXO:** Condición orgánica que distingue a los hombres de las mujeres.
- **ESTADO CIVIL:** Condición jurídica de cada persona, desde el punto de vista de derechos y deberes civiles de carácter individual y familiar.
- **OCUPACIÓN:** Situación de trabajo en que se encuentra actualmente.
- **ESCOLARIDAD:** Años de estudio cursados y aprobados dentro del sistema formal escolarizado.
- **RELIGIÓN:** Es una actividad humana que suele abarcar creencias y prácticas sobre cuestiones de tipo existencial, moral y sobrenatural.
- **ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE ARTRITIS REUMATOIDE:** hace referencia a la existencia de miembros de la familia con antecedentes de artritis reumatoide. Para ser útil, los antecedentes familiares deben mostrar tres generaciones de los familiares biológicos de una persona.
- **TRATAMIENTO ACTUAL:** Hacemos referencia al tratamiento que utiliza actualmente desde la última consulta. Se hace referencia si utiliza AINE (Paracetamol, celecoxib, indometacina, diclofenaco, naproxeno), FARME (Esteroides, metotrexato, leflunomida, hidroxocloroquina, sulfasalazina, penicilamina, ciclosporina A) y/o algún biológico (Infliximab, etanercept, adalimumab, rituximab, tocilizumab, abatacept).

## VARIABLE DE PATOLOGÍA

- **VARIABLE DEPENDIENTE**

- **Calidad de vida:** Definido por la O.M.S. como la percepción que tienen los individuos de su posición en la vida en el contexto de su cultura y de su sistema de valores, y en relación a sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones.

- **VARIABLE INDEPENDIENTE**

- **Artritis Reumatoide (AR):** La AR es una enfermedad inflamatoria crónica de origen desconocido que se caracteriza por poliartritis simétrica y periférica. Constituye la modalidad más frecuente entre las artritis inflamatorias crónicas y suele ocasionar daño articular y discapacidad física. Se trata de un trastorno de orden general (sistémico) y por ello la AR puede acompañarse de diversas manifestaciones extraarticulares, como fatiga, nódulos subcutáneos, afectación pulmonar, pericarditis, neuropatía periférica, vasculitis y anomalías hematológicas.

## VARIABLE DEL INSTRUMENTO

- **Cuestionario QOL-RA:** Es una escala que consta de 8 ítems y cada ítem se inicia con la definición de un elemento que se considerará en la clasificación de su CV en una escala horizontal de 10 puntos que va desde 1- "Muy mala calidad de vida" en un extremo hasta 10- "Excelente calidad de vida" en el otro extremo.

## DEFINICIÓN OPERATIVA DE LAS VARIABLES

Nombre de variables	Tipo de variable	Escala de medición	Valores de las variables
Edad	Cuantitativa	Continua	Edad en años (Números enteros)
Edad	Cuantitativa	Continua	1= De 18 a 29 años 2= De 30 a 55 años 3= Igual o mayor a 56 años
Sexo	Cualitativa	Nominal dicotómica	1=Femenino 2=Masculino
Estado civil	Cualitativa	Nominal	1=Soltero 2=Casado 3=Unión Libre
Ocupación	Cualitativa	Nominal dicotómica	1= Empleado 2= Desempleado
Escolaridad	Cualitativa	Nominal	1=Ninguna 2=Primaria 3=Secundaria 4=Bachillerato 5=Licenciatura 6=Posgrado
Religión	Cualitativa	Nominal dicotómica	1=Con religión 2=Sin religión
Vive solo	Cualitativa	Nominal dicotómica	1=Si 2=No
Antecedentes heredofamiliares de	Cualitativa	Nominal dicotómica	1=Si 2=No
Fecha de diagnóstico de la enfermedad	Cuantitativa	Continua	1=Menos de 5 años 2=De 5 a 10 años 3=De 10 a 15 años 4=De 15 a 20 años 5=Más de 20 años
Utiliza AINE	Cualitativa	Nominal dicotómica	1=Si 2=No
Utiliza FARME	Cualitativa	Nominal dicotómica	1=Si 2=No
Utiliza biológico	Cualitativa	Nominal dicotómica	1=Si 2=No

Elaboró: Dr. José Luis Muñoz Chapul

## CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA QOL- RA

Nombre de variable	Tipo de Variable	Escala de Medición	Valores de las variables
Calidad de vida	Cualitativa	Nominal	1=Buena 2=Moderada 3=Mala

Elaboró: Dr. José Luis Muñoz Chapul

## **DISEÑO ESTADÍSTICO**

El análisis estadístico se llevó a cabo en el programa S.P.S.S. 20 de Windows. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones con intervalos de confianza del 99%. Además de distribución de frecuencias y porcentajes. El tipo de muestra fue representativa y se calculó a través de su prevalencia del 2%. La muestra a estudiar fue de 106 unidades de análisis donde el instrumento utilizado fue el QOL-RA, el cual cuenta con un alfa de Cronbach de 0.87-0.90.

## **INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN**

El cuestionario QOL-RA es un instrumento de CV específico para pacientes con AR. Es una escala que consta de 8 ítems y cada ítem se inicia con la definición de un elemento que se considerará en la clasificación de su CV en una escala horizontal de 10 puntos que va desde 1- “Muy mala calidad de vida” en un extremo hasta 10- “Excelente calidad de vida” en el otro extremo. La puntuación de los 8 ítems se suma para obtener una puntuación total, dividiéndose la suma total entre el número total de ítems de tal forma que se obtiene el promedio de la misma. Cuanto mayor sea la puntuación en el cuestionario QOL-RA, mayor será la CV. Cuenta con un alfa de Cronbach de 0.87-0.90. Los elementos que abarca la escala son la capacidad física, el dolor, la interacción con la familia y amigos, el apoyo de los amigos y la familia, el estado de ánimo, tensión nerviosa, artritis, y la salud. La escala abarca las tres dimensiones de la CVRS: de la función física son la capacidad física y el dolor; los elementos de la función social son la interacción con la familia y amigos y el apoyo de familiares y amigos; y los elementos de la función psicológica son la tensión nerviosa y estado de ánimo. La artritis es un elemento de bienestar específico-enfermedad y la salud es un elemento de bienestar global. La escala puede ser aplicada de dos maneras: 1) Autoadministración (a quienes sepan leer y tengan un adecuado grado de instrucción) y 2) Mediante entrevista por parte de un entrevistador previamente entrenado para el caso (Estudiantes de Medicina, psicología y trabajo social previamente entrenados y con un buen conocimiento de las características de la escala). El tiempo de resolución durante la aplicación de la escala es en promedio de 5 minutos.

## **PUNTUACIÓN**

Durante la evaluación del cuestionario la puntuación obtenida se valoró de la siguiente forma en base al promedio: Buena CV (puntuaciones mayores ó igual a 7), Moderada CV (puntuaciones mayores ó igual a 5.3 – 6.9) y Mala CV (puntuaciones menores ó igual a 5.2).

## **MÉTODO DE RECOLECCIÓN**

Se reunió a los pacientes que contaron con los criterios de inclusión durante el tiempo de espera para la consulta externa del turno matutino y vespertino del servicio de Reumatología del H.G.Z./U.M.F. No. 8. Se informó brevemente sobre la intención, utilidad y beneficios de la investigación, el concepto de artritis reumatoide y calidad de vida, en caso de aceptación se les entregó la encuesta aplicativa de la tesis (Anexo 5), carta de consentimiento informado (Anexo 6) y el cuestionario QOL-RA. Previamente firmado el consentimiento informado y cumpliéndose los criterios de exclusión, se garantizó la confidencialidad de sus respuestas, dando instrucciones tanto verbales como escritas de cómo contestar el cuestionario. Cuando no fue posible el llenado de los cuestionarios por parte del paciente, sobre todo por bajo nivel cultural, se realizó por parte del investigador (Dr. Muñoz Chapul José Luis) sin influenciar en las respuestas del cuestionario. Se les otorgó la papelería necesaria (pluma, corrector, lápiz, goma) para el llenado de los cuestionarios, proporcionando un tiempo aproximado de 5 minutos para concluir el cuestionario QOL-RA, comentándoles que en dicho cuestionario solamente se admite una respuesta por ítem y se conteste en base al último mes de la enfermedad. Esta recolección se llevó a cabo entre los meses de Marzo 2015 a Junio 2015.

## **MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SESGOS.**

### **Control de sesgos de información:**

- Se realizó una búsqueda intencionada en información de artículos científicos con plataformas electrónicas mediante la ficha técnica de medicina basada en evidencias.
- Los participantes no fueron conscientes de las hipótesis específicas bajo investigación.
- El formato creado para la recolección de datos fue sometido a una revisión por parte del comité de investigación, para verificar su correcta estructura y precisión de los datos requeridos.
- La fuente de información fue ser similar para todos los participantes. Se explicó a los participantes verbalmente y con instrucciones por escrito la forma correcta de llenado de los cuestionarios para evitar confusiones, de igual forma, se aclararon todas las dudas que se presentaron tratando de que con las respuestas que se dieron no se influyera con los resultados de la encuesta.
- Las definiciones de calidad de vida y enfermedad fueron estándar.

**Control de sesgos de selección:**

- Se evaluaron cuidadosamente los criterios de inclusión, exclusión y eliminación durante la selección de los participantes para el estudio.
- Se eligió una muestra representativa de 106 pacientes para un estudio descriptivo de población finita de variable dicotómica, con un intervalo de confianza del 99%.
- El examinador revisó el cuestionario para asegurarse de que todas las preguntas estuvieran contestadas y que sólo una de las respuestas alternativas fuera señalada por cada pregunta, evitando así dobles respuestas.

**Control de sesgos de análisis:**

- Para minimizar errores durante el proceso de captura de información, se verificaron los datos recabados.
- Se creó una base de datos en Excel, con el fin de registrar y analizar los datos de forma correcta.
- Los resultados fueron analizados en el programa S.P.S.S. 20. Para el análisis de los resultados se utilizaron medidas de tendencia central (media, mediana, moda) y de dispersión (desviación estándar, varianza, rango, valor mínimo y valor máximo), estimación de medias y proporciones. Además de distribución de frecuencias y porcentajes.
- No se manipularon los resultados con la intención de lograr los objetivos de conclusiones.

**Control de sesgos de medición:**

- Se utilizaron las escalas de medición del instrumento en base a la bibliografía para evitar errores en la interpretación de resultados.

## CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
 DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO  
 COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

### TESIS

## CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

2014 - 2017

ETAPAS DEL PROTOCOLO / MES	MAR 2014	ABR 2014 - FEB 2015	MAR 2015	ABR 2015	MAY 2015	JUN 2015	JUL 2015 - DIC 2015	ENE 2016	FEB 2016	MAR 2016	ENE 2017	FEB 2017
ELECCION DEL TEMA	X											
MARCO TEORICO	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
JUSTIFICACION	X											
OBJETIVOS	X											
HIPOTESIS	X											
MATERIALES Y METODOS		X										
VARIABLES		X										
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION		X										
METODO DE RECOLECCION			X									
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGSOS			X									
PROCEDIMIENTOS ESTADISTICOS			X									
CRONOGRAMAS			X									
RECURSOS HUMANOS			X									
MATERIALES FISICOS Y FINANCIAMIENTO			X									
CONSIDERACIONES ETICAS			X									
BIBLIOGRAFIA			X									
ETAPA EJECUCION PROYECTO			X									
RECOLECCION DE DATOS				X	X	X						
ALMACENAMIENTO DE DATOS							X					
ANALISIS DE DATOS							X					
DESCRIPCION DE DATOS							X					
DISCUSION DE DATOS							X					
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO							X	X				
INTEGRACION Y REVISION FINAL								X				
REPORTE FINAL									X	X		
AUTORIZACIONES										X		
IMPRESION DEL TRABAJO											X	
PUBLICACION												X

## **CONSIDERACIONES ÉTICAS.**

El presente estudio de investigación no se contrapone con los lineamientos que en materia de investigación y cuestiones éticas se encuentran aceptados en las normas establecidas en la declaración de Helsinki (1975), por la 18ª Asamblea Médica Mundial y la modificación en la 52ª en Edimburgo, Escocia en Octubre del 2000 y sus posteriores modificaciones, así como en la NOM-012-SSA3-2012 en materia de investigación.

En base en las normas del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud en México.

Artículo 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer, el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

El presente trabajo se clasifica como categoría uno, con base en el título segundo del artículo 17, que lo clasifica como investigación sin riesgo.

Artículo 20. Se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación ó en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación.

Artículo 21. Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación ó en su caso su representante legal, deberá recibir una explicación clara y completa de tal forma que pueda comprender, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- La justificación y los objetivos de la investigación.
- Los procedimientos que vayan a usarse y su propósito, incluyendo la identificación de los procedimientos que son experimentales.
- Las molestias o los riesgos esperados.
- Los beneficios que puedan observarse.
- Los procedimientos alternativos que pudieran ser ventajosos para el sujeto.
- La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- La carta de consentimiento informado se encuentra en anexos.

## RECURSOS HUMANOS, MATERIALES, FÍSICOS Y FINANCIAMIENTO DEL ESTUDIO.

- **Recursos Humanos:** Se contó para la realización de este proyecto de investigación con recursos humanos a base de un investigador médico residente de medicina familiar (Dr. José Luis Muñoz Chapul) quien realizó la aplicación de encuestas y recolección de datos. Además de un asesor metodológico para la revisión de la tesis (Dr. Gilberto Espinoza Anrubio) y asesores de diseño estadístico, interpretación de datos y clínicos (Dr. Eduardo Vilchis Chaparro y Dr. Ricardo Alexis Solórzano Acosta).
- **Recursos Materiales:** Dentro de los recursos materiales se utilizaron cuestionarios suficientes para la muestra (aproximadamente 320 hojas blancas tamaño carta), lápices número 2 ½, plumas, correctores y borradores. Para la recolección y el análisis de los resultados, se utilizó un equipo de cómputo ACER con programa operativo WINDOWS 7 Ultimate, impresora, memoria USB de 4 GB para almacenar los datos y análisis de resultados como respaldo.
- **Recursos Físicos:** Como recursos físicos contamos con el H.G.Z. / U.M.F. No. 8, salas de espera de la consulta externa de Reumatología, sala de cómputo y biblioteca del mismo.
- **Recursos de Financiamiento:** Los gastos de esta investigación corrieron por cuenta del investigador médico residente de Medicina Familiar Dr. José Luis Muñoz Chapul. Se realizó un gasto económico de aproximadamente \$1,000.00 (Mil pesos en M.N.).

## RESULTADOS.

Se estudió a 106 pacientes con Artritis Reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8. La media de edad fue de 56.56 años con una mediana de 58 años y una moda de 56 años. Además, cuenta con una desviación estándar de 13.83 años, un valor mínimo de 18 años y un valor máximo de 88 años.

La media en la puntuación de la calidad de vida fue de 7.69, una mediana de 7.93 y una moda de 8. Cuenta con una desviación estándar de 1.15, un valor mínimo de 3.75 y un valor máximo de 9.63.

En la sección de rangos de edad se encontró 4 (3.8%) de 18 a 29 años de edad, 38 (35.8%) de 30 a 55 años de edad y 64 (60.4%) igual o mayor a 56 años de edad. (Ver tabla y gráfico 1)

En cuanto al sexo se encontró 92 (86.8%) pertenecientes al sexo femenino y 14 (13.2%) al sexo masculino. (Ver tabla y gráfico 2)

De acuerdo a la escolaridad se observaron 10 (9.4%) sin escolaridad, 33 (31.1%) con primaria, 16 (15.1%) con secundaria, 26 (24.5%) con bachillerato y 21 (19.8%) con licenciatura. (Ver tabla y gráfico 3)

Dentro de la sección de estado civil se encontró 34 (32.1%) solteros, 66 (62.2%) casados y 6 (5.7%) en unión libre. (Ver tabla y gráfico 4)

Por otra parte, respecto a la ocupación actual observamos 42 (39.6%) empleados y 64 (60.4%) desempleados. (Ver tabla y gráfico 5)

En el rubro de la religión se observó 102 (96.2%) con religión y 4 (3.8%) sin religión. (Ver tabla y gráfico 6)

En el apartado de pacientes que viven solos se encontró que 6 (5.7%) viven solos y 100 (94.3%) no viven solos. (Ver tabla y gráfico 7)

Con respecto a AHF de AR se observó a 35 (33.0%) con AHF y 71 (67.0%) sin AHF. (Ver tabla y gráfico 8)

En base al tiempo de diagnóstico de la enfermedad se arrojaron los siguientes datos: 26 (24.5%) con menos de 5 años, 24 (22.6%) de 5 a 10 años, 13 (12.3%) de 10 a 15 años, 14 (13.2%) de 15 a 20 años y 29 (27.4%) con más de 20 años. (Ver tabla y gráfico 9)

En lo concerniente al uso de AINE's en el tratamiento se obtuvo a 105 (99.1%) que si usan y 1 (0.9%) no usa. (Ver tabla y gráfico 10)

En relación al uso de FARME's en el tratamiento se encontró que 100 (94.3%) si utilizan algún FARME y 6 (5.7%) no. (Ver tabla y gráfico 11)

Por otra parte, respecto al uso de algún biológico en el tratamiento se observó que 46 (43.4%) si usan y 60 (56.6%) no. (Ver tabla y gráfico 12)

Finalmente, en lo que compete a la calidad de vida en los pacientes con AR se observó a 83 (78.3%) con buena calidad de vida, 20 (18.9%) con moderada calidad de vida y 3 (2.8%) con mala calidad de vida. (Ver tabla y gráfico 13)

En relación al rango de edad y calidad de vida en pacientes con AR se encontró para el rango de edad de 18 a 29 años 4 (3.8%) con buena calidad de vida. En tanto que de 30 a 55 años 31 (29.2%) con buena calidad de vida, 5 (4.7%) con moderada calidad de vida y 2 (1.9%) con mala calidad de vida. Mientras que en el rango de igual o mayor a 56 años se observó 48 (45.3%) con buena calidad de vida, 15 (14.2%) con moderada calidad de vida y 1 (0.9%) con mala calidad de vida. (Ver tabla y gráfico 14)

Respecto a la asociación de sexo y calidad de vida en pacientes con AR se detectó en el sexo femenino 71 (67.0%) con buena calidad de vida, 18 (17.0%) con moderada calidad de vida y 3 (2.8%) con mala calidad de vida. Así mismo, se presentó en el sexo masculino 12 (11.3%) con buena calidad de vida y 2 (1.9%) con moderada calidad de vida. (Ver tabla y gráfico 15)

En lo referente al estado civil y calidad de vida en pacientes con AR se observó en solteros 27 (25.5%) con buena calidad de vida, 6 (5.7%) con moderada calidad de vida y 1 (0.9%) con mala calidad de vida. Mientras que en casados 52 (49.1%) con buena calidad de vida, 13 (12.3%) con moderada calidad de vida y 1 (0.9%) con mala calidad de vida. Por último se encontró en quienes viven en unión libre 4 (3.8%) con buena calidad de vida, 1 (0.9%) con moderada calidad de vida y 1 (0.9%) con mala calidad de vida. (Ver tabla y gráfico 16)

En el rubro de asociación entre ocupación y calidad de vida en pacientes con AR se observó en la categoría de empleados 34 (32.1%) con buena calidad de vida, 6 (5.7%) con moderada calidad de vida y 2 (1.9%) con mala calidad de vida. Por otra parte en desempleados 49 (46.2%) que presentan buena calidad de vida, 14 (13.2%) con moderada calidad de vida y 1 (0.9%) con mala calidad de vida. (Ver tabla y gráfico 17)

De acuerdo a la asociación de escolaridad y calidad de vida en pacientes con AR se obtuvo que quienes no tenían ningún grado de escolaridad 7 (6.6%) presentaban buena calidad de vida, 2 (1.9%) moderada calidad de vida y 1 (0.9%) con mala calidad de vida. Por su parte, en el grado de escolaridad de primaria 22 (20.8%) tenían buena calidad de vida, 10 (9.4%) moderada calidad de vida y 1 (0.9%) mala calidad de vida. En tanto que en pacientes con secundaria 13 (12.3%) referían buena calidad de vida y 3 (2.8%) moderada calidad de vida. Mientras que en pacientes con bachillerato 23 (21.7%) tenían buena calidad de vida, 2 (1.9%) moderada calidad de vida y 1 (0.9%) mala calidad de vida. Por último en pacientes con nivel licenciatura 18 (17%) con buena calidad de vida y 3 (2.8%) con moderada calidad de vida. (Ver tabla y gráfico 18)

Con respecto a la asociación de religión y calidad de vida en pacientes con AR se encontró en quienes tienen alguna religión 80 (75.5%) con buena calidad de vida, 19 (17.9%) con moderada calidad de vida y 3 (2.8%) con mala calidad de vida. Respecto a quienes no tienen religión 3 (2.8%) tienen buena calidad de vida y 1 (0.9%) moderada calidad de vida. (Ver tabla y gráfico 19)

En la asociación de pacientes que viven solos y calidad de vida en pacientes con AR se encontró lo siguiente; de los que sí viven solos 4 (3.8%) tienen buena calidad de vida y 2 (1.9%) con moderada calidad de vida. En cuanto a pacientes que no viven solos 79 (74.5%) tienen buena calidad de vida, 18 (17%) con moderada calidad de vida y 3 (2.8%) con mala calidad de vida. (Ver tabla y gráfico 20)

Dentro de la asociación de AHF de AR y calidad de vida en pacientes con AR se obtuvo en la sección de quienes sí tenían AHF de AR 27 (25.5%) con buena calidad de vida y 8 (7.5%) con moderada calidad de vida. Por otro lado, se observó que en quienes no tenían AHF de AR 56 (52.8%) con buena calidad de vida, 12 (11.3%) moderada calidad de vida y 3 (2.8%) mala calidad de vida. (Ver tabla y gráfico 21)

Por otra parte, en la asociación de años de diagnóstico de la enfermedad y calidad de vida en pacientes con AR se encontró en el rubro de menos de 5 años 23 (21.7%) con buena calidad de vida, 2 (1.9%) moderada calidad de vida y 1 (0.9%) mala calidad de vida. En el apartado de 5 a 10 años 16 (15.1%) presentaban buena calidad de vida, 6 (5.7%) moderada calidad de vida y 2 (1.9%) mala calidad de vida. Continuando con los años de diagnóstico, en el campo de 10 a 15 años 13 (12.3%) con buena calidad de vida. En la sección de 15 a 20 años 10 (9.4%) tenían buena calidad de vida y 4 (3.8%) moderada calidad de vida. Por último en quienes tenían más de 20 años de diagnóstico 21 (19.8%) referían buena calidad de vida y 8 (7.5%) moderada calidad de vida. (Ver tabla y gráfico 22)

En base a la asociación del uso de AINE en el tratamiento de AR y calidad de vida en pacientes con AR se halló en quienes usan AINE que 82 (77.4%) presentan buena calidad de vida, 20 (18.9%) con moderada calidad de vida y 3 (2.8%) con mala calidad de vida. En quienes no utilizaban AINE 1 (0.9%) con buena calidad de vida. (Ver tabla y gráfico 23)

En lo que concierne a la asociación del uso de FARME en el tratamiento de AR y calidad de vida en pacientes con AR se observó en quienes usan FARME, 78 (73.6%) tienen buena calidad de vida, 19 (17.9%) moderada calidad de vida y 3 (2.8%) mala calidad de vida. Por otra parte, quienes no usan FARME 5 (4.7%) tenían buena calidad de vida y 1 (0.9%) moderada calidad de vida. (Ver tabla y gráfico 24)

Dentro de la asociación del uso de biológicos en el tratamiento de AR y calidad de vida en pacientes con AR se observó en quienes usan biológicos que 38 (35.8%) muestran buena calidad de vida y 8 (7.5%) moderada calidad de vida. Por último, en la sección de quienes no usan biológicos encontramos a 45 (42.5%) con buena calidad de vida, 12 (11.3%) con moderada calidad de vida y 3 (2.8%) con mala calidad de vida. (Ver tabla y gráfico 25)

TABLA 1

<b>Rangos de edad de pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.</b>		
Rangos de edad (años)	Frecuencia	Porcentaje (%)
De 18 a 29	4	3.8
De 30 a 55	38	35.8
Igual o Mayor a 56	64	60.4
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100.0</b>

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 1

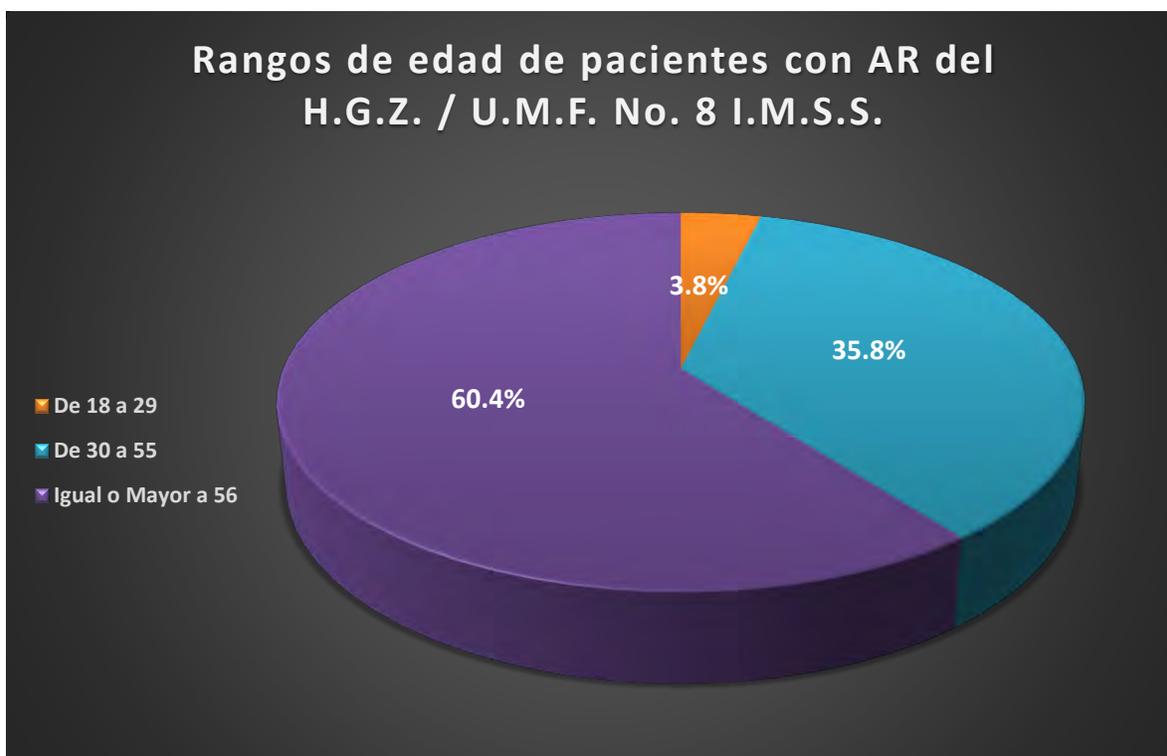
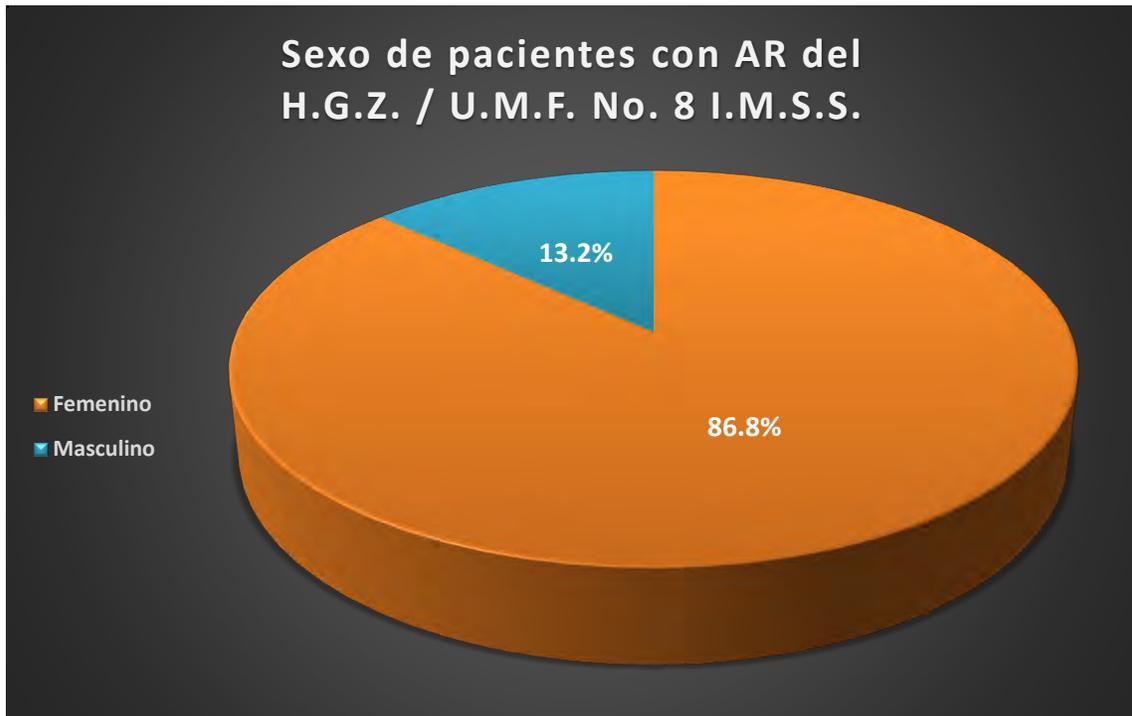


TABLA 2

<b>Sexo de pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.</b>		
Sexo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	92	86.8
Masculino	14	13.2
Total	106	100.0

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 2



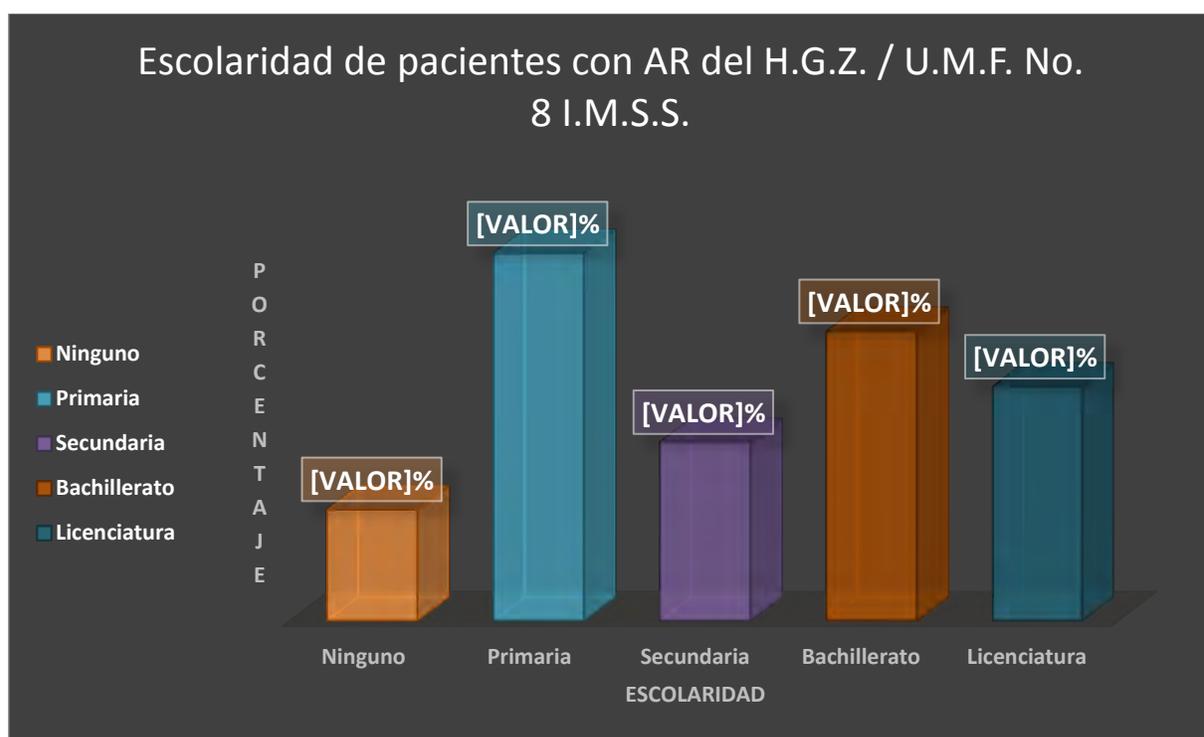
Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

TABLA 3

Escolaridad de pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ninguno	10	9.4
Primaria	33	31.1
Secundaria	16	15.1
Bachillerato	26	24.5
Licenciatura	21	19.8
Total	106	100.0

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 3



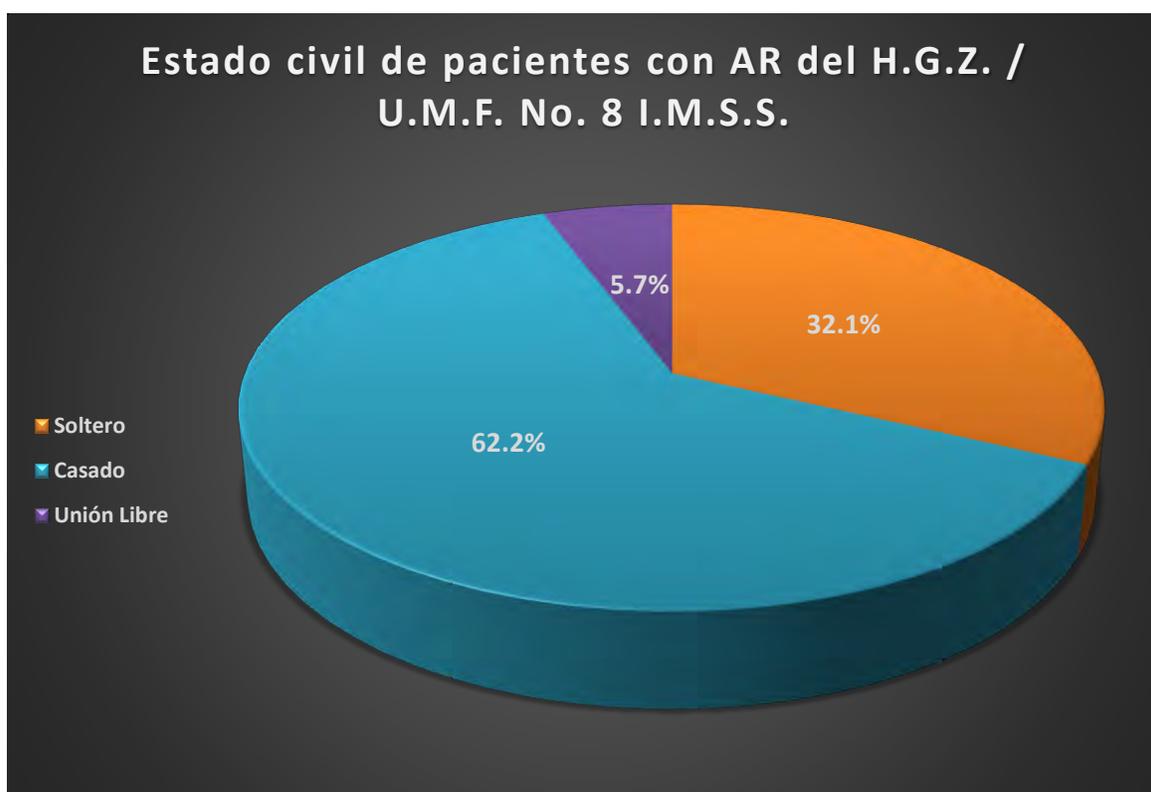
Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

TABLA 4

Estado civil de pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	34	32.1
Casado	66	62.2
Unión Libre	6	5.7
Total	106	100.0

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 4



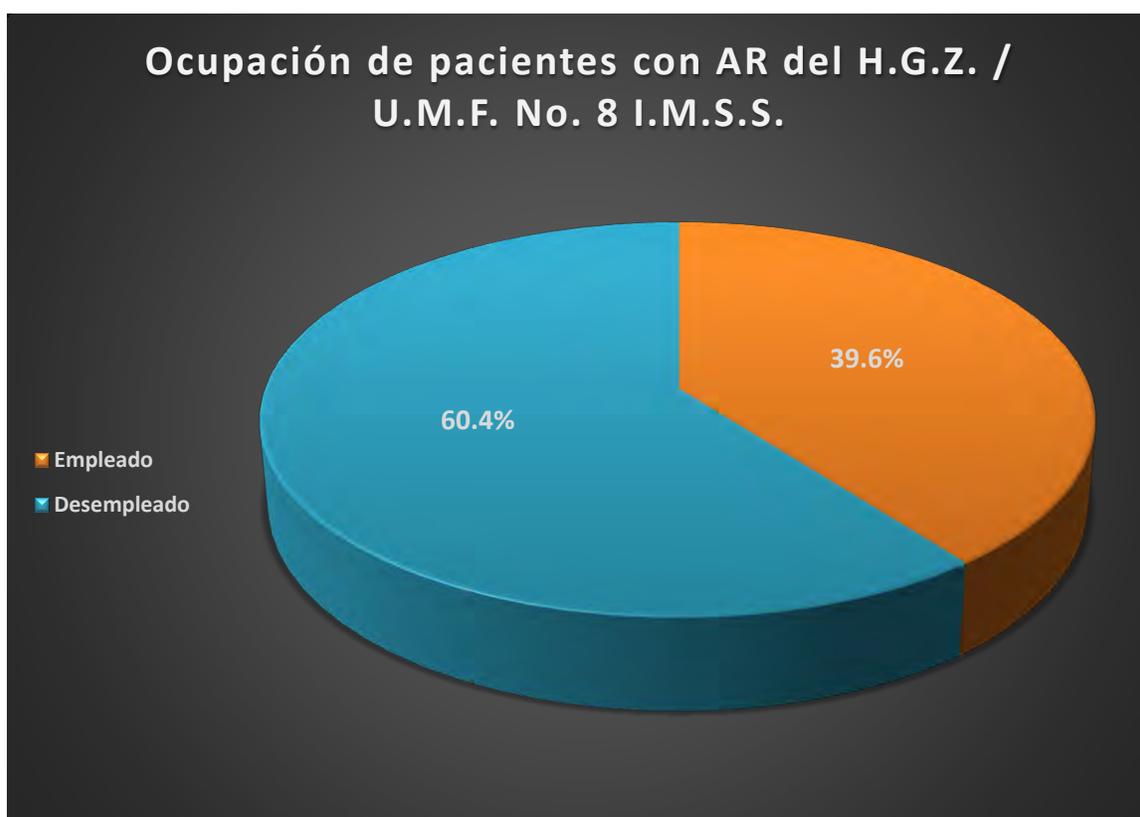
Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

TABLA 5

<b>Ocupación de pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.</b>		
Ocupación	Frecuencia	Porcentaje (%)
Empleado	42	39.6
Desempleado	64	60.4
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100.0</b>

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 5



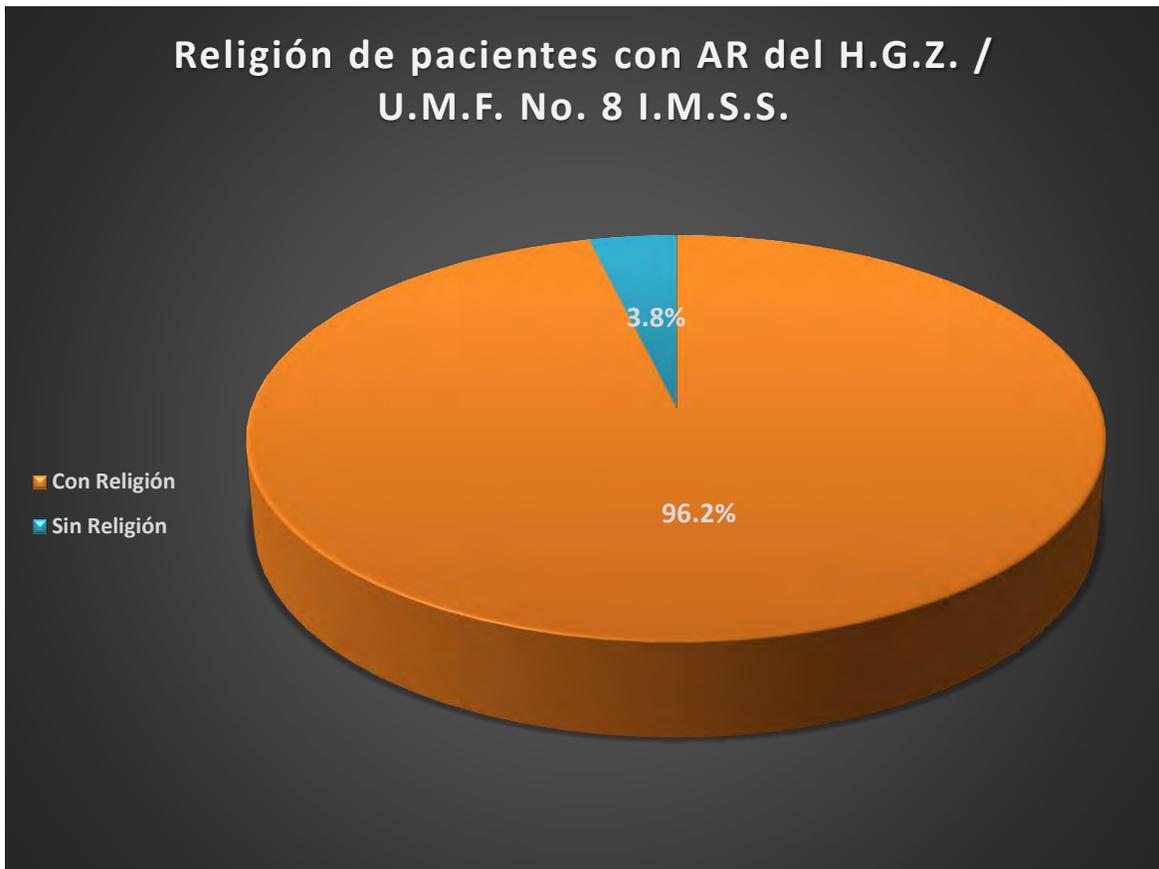
Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

TABLA 6

Religión de pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Religión	Frecuencia	Porcentaje (%)
Con Religión	102	96.2
Sin Religión	4	3.8
Total	106	100.0

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 6



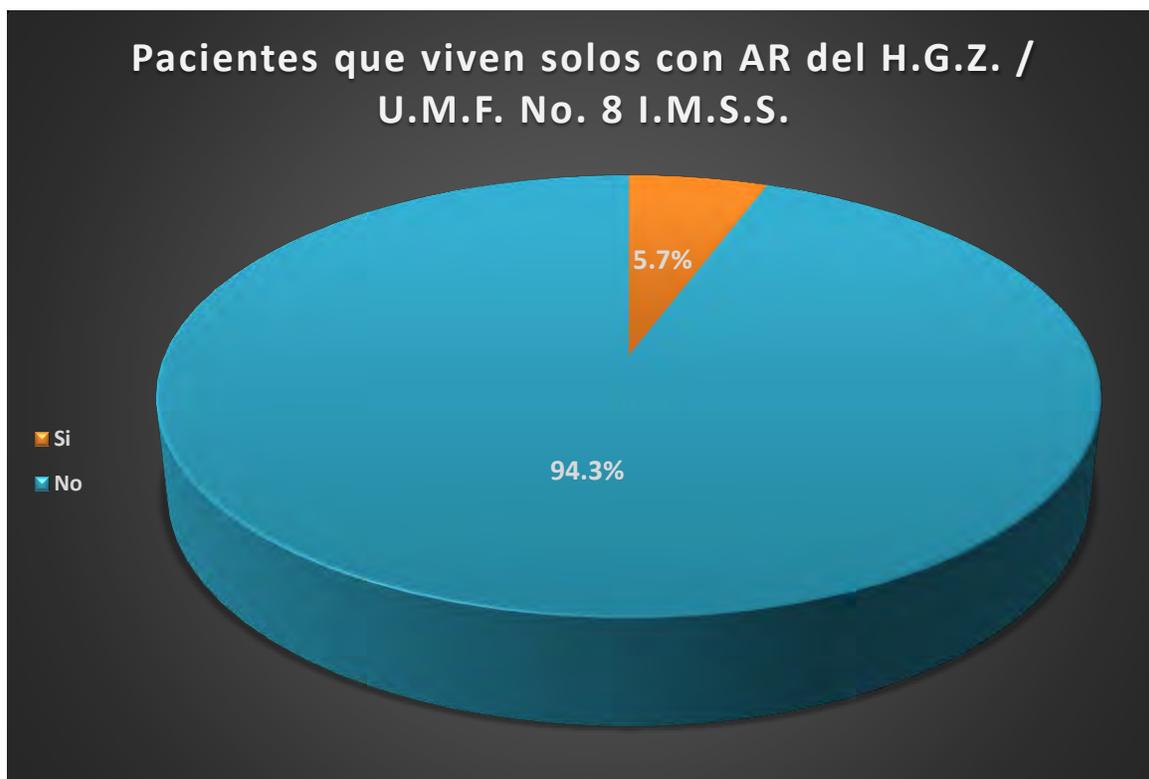
Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

TABLA 7

<b>Pacientes que viven solos con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.</b>		
Vive solo	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	6	5.7
No	100	94.3
Total	106	100.0

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 7



Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

TABLA 8

<b>Antecedentes Heredofamiliares de AR de pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.</b>		
AHF de AR	Frecuencia	Porcentaje
Si	35	33.0
No	71	67.0
Total	106	100.0

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 8

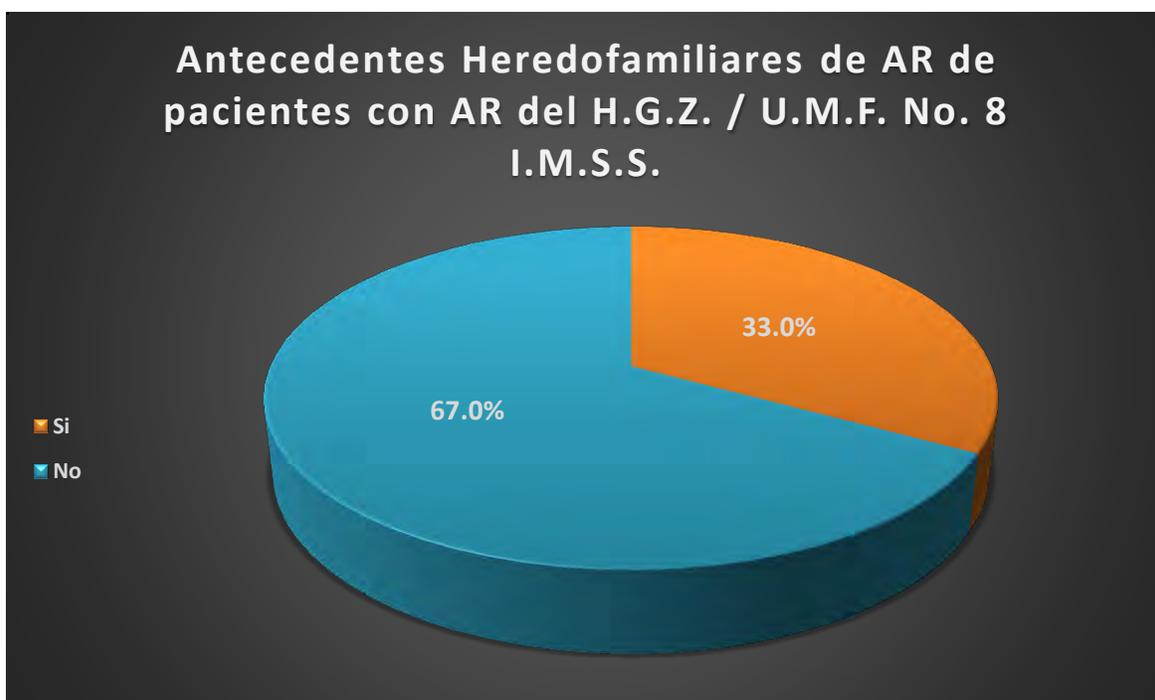
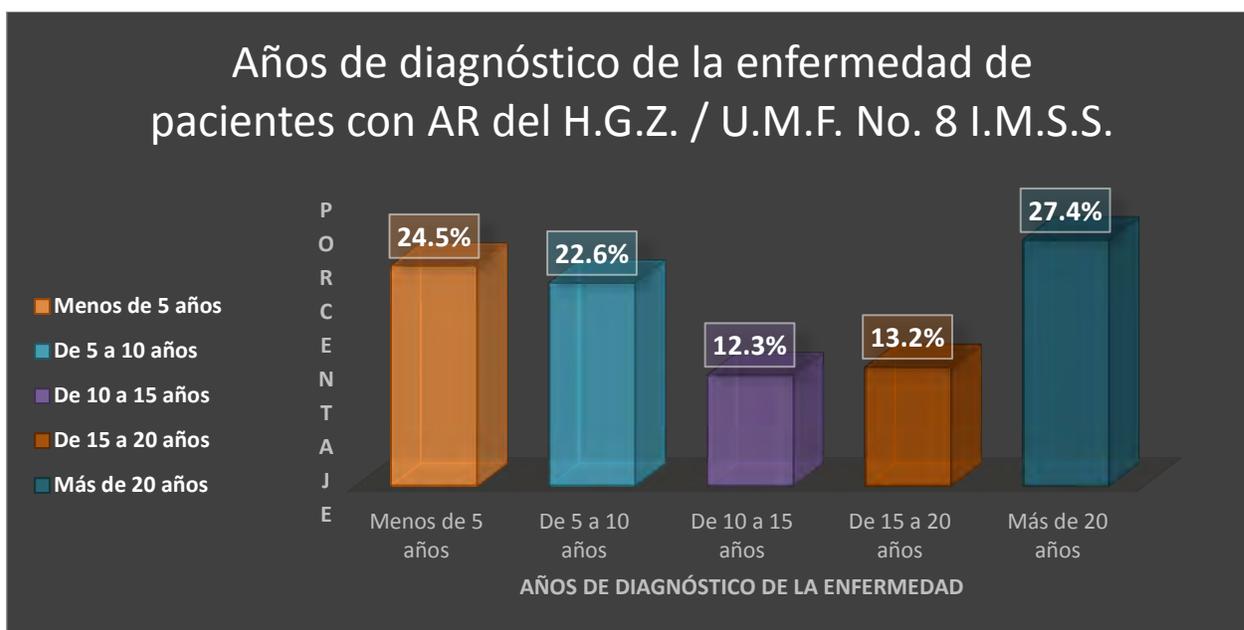


TABLA 9

Años de diagnóstico de la enfermedad de pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Años de diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje (%)
Menos de 5 años	26	24.5
De 5 a 10 años	24	22.6
De 10 a 15 años	13	12.3
De 15 a 20 años	14	13.2
Más de 20 años	29	27.4
Total	106	100.0

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 9



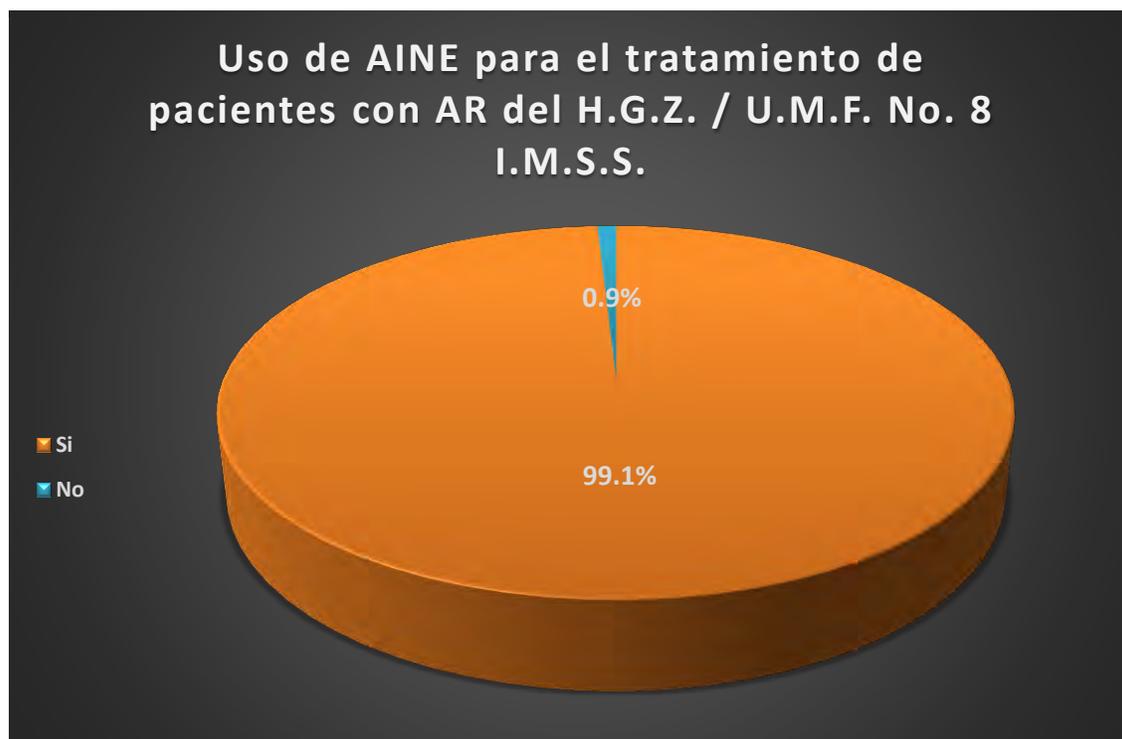
Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

TABLA 10

Uso de AINE para el tratamiento de pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Uso de AINE	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	105	99.1
No	1	0.9
Total	106	100.0

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 10



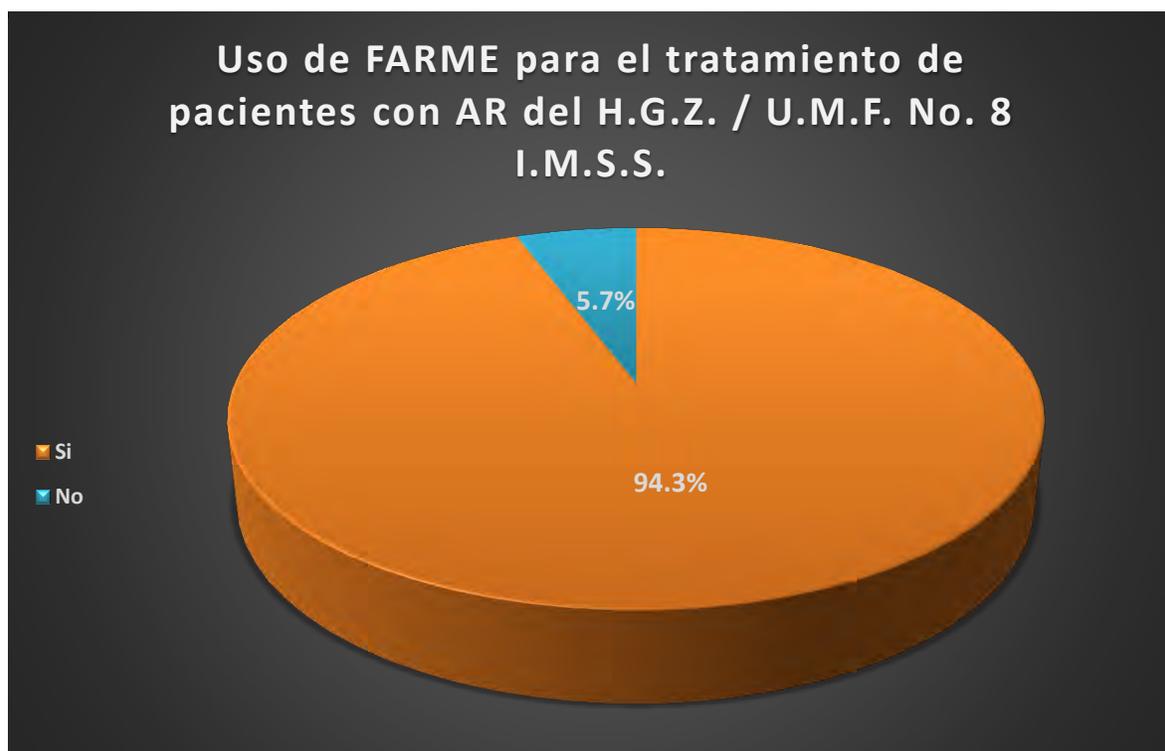
Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

TABLA 11

Uso de FARME para el tratamiento de pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Uso de FARME	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	100	94.3
No	6	5.7
Total	106	100.0

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 11



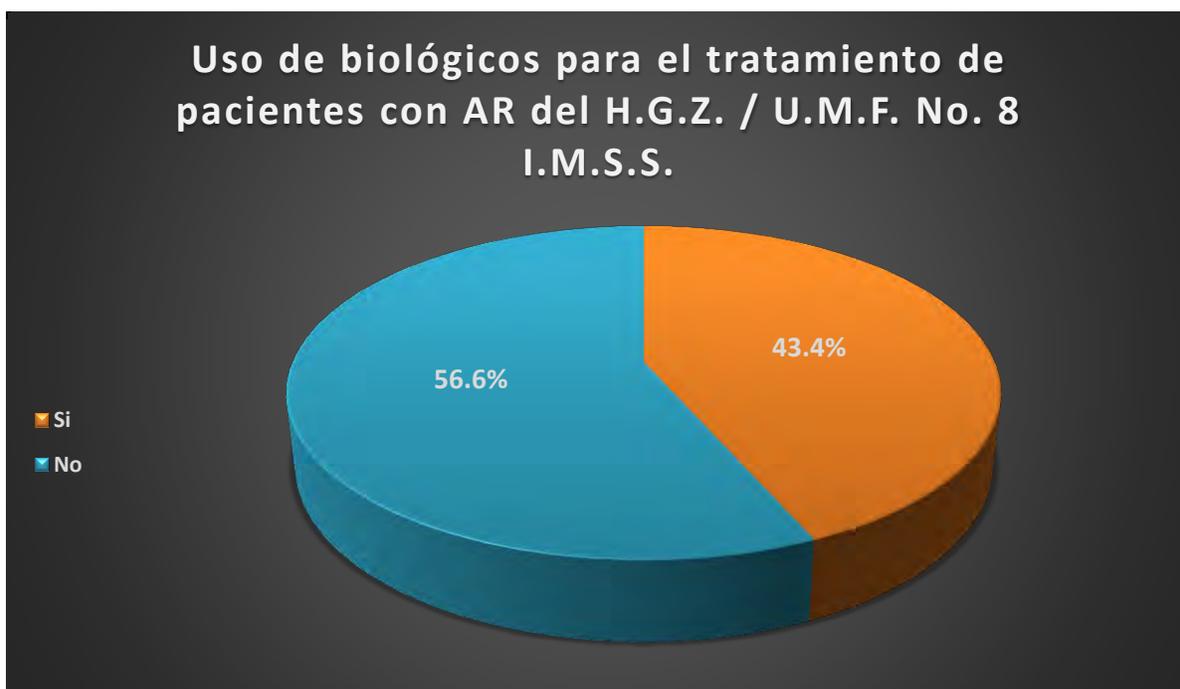
Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

TABLA 12

Uso de biológicos para el tratamiento de pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.		
Uso de biológicos	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	46	43.4
No	60	56.6
Total	106	100.0

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 12



Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

TABLA 13

<b>Calidad de vida de pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.</b>		
Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje (%)
Buena Calidad de Vida	83	78.3
Moderada Calidad de Vida	20	18.9
Mala Calidad de Vida	3	2.8
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100.0</b>

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 13

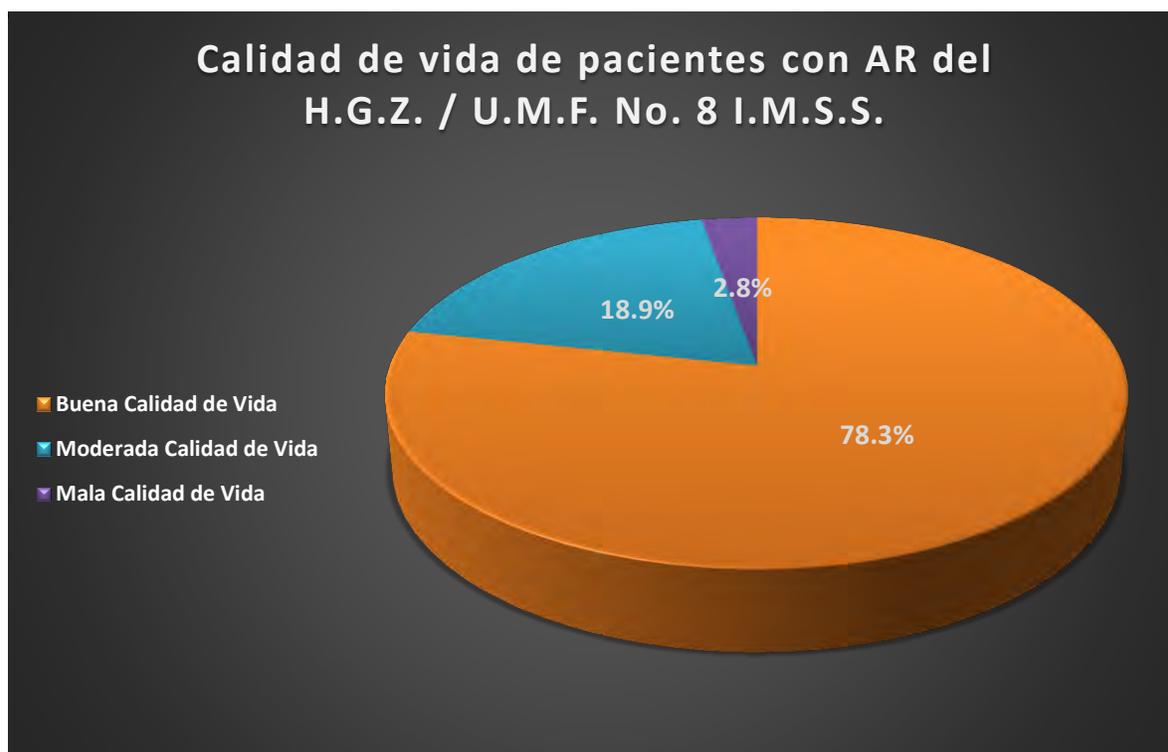


TABLA 14

Rangos de edad y calidad de vida en pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.								
Rangos de Edad (años)	CALIDAD DE VIDA (CV)							
	Buena CV		Moderada CV		Mala CV		Total	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
De 18 a 29 años	4	3.8	0	0	0	0	4	3.8
De 30 a 55 años	31	29.2	5	4.7	2	1.9	38	35.8
Igual o Mayor a 56 años	48	45.3	15	14.2	1	0.9	64	60.4
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>78.3</b>	<b>20</b>	<b>18.9</b>	<b>3</b>	<b>2.8</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 14

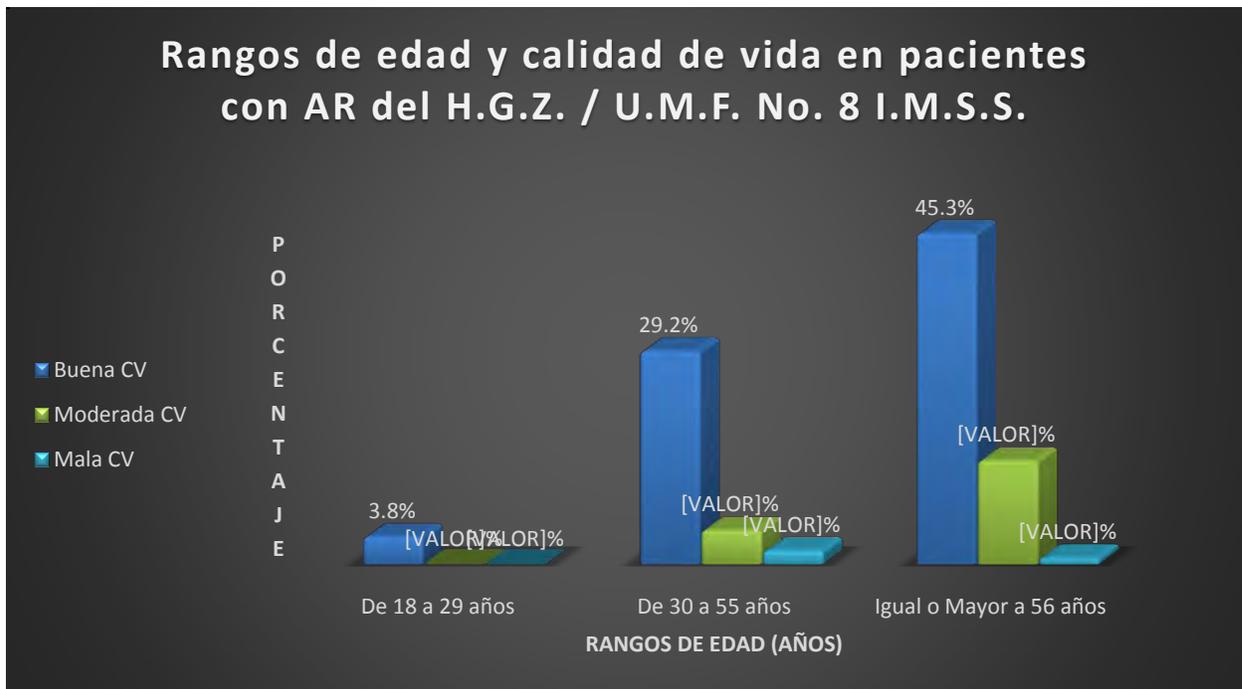


TABLA 15

Sexo y calidad de vida en pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.								
	CALIDAD DE VIDA (CV)							
	Buena CV		Moderada CV		Mala CV		Total	
Sexo	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Femenino</b>	71	67	18	17	3	2.8	92	86.8
<b>Masculino</b>	12	11.3	2	1.9	0	0	14	13.2
<b>Total</b>	83	78.3	20	18.9	3	2.8	106	100

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 15

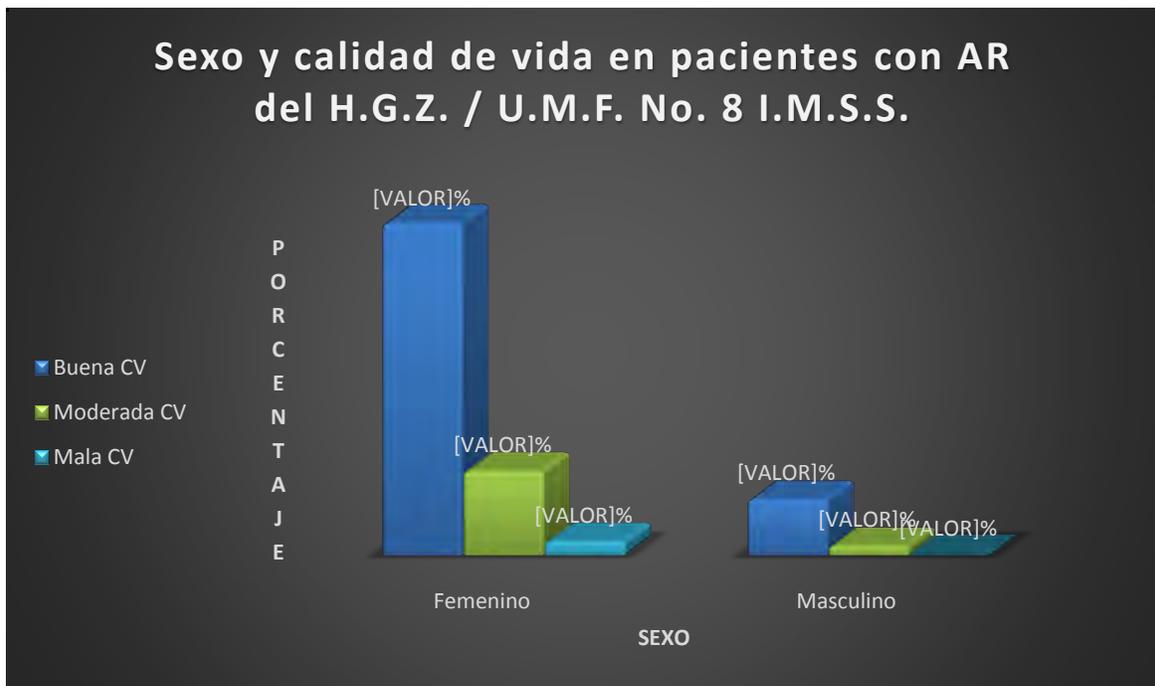
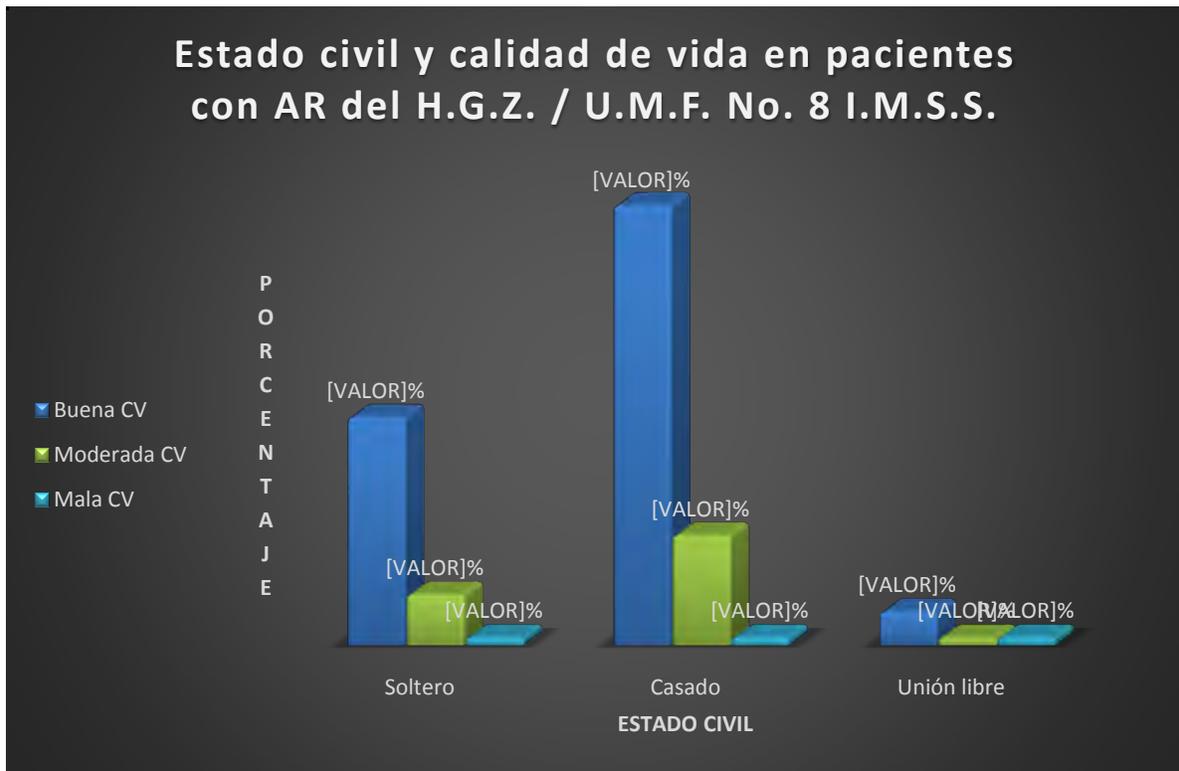


TABLA 16

Estado civil y calidad de vida en pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.								
	CALIDAD DE VIDA (CV)							
	Buena CV		Moderada CV		Mala CV		Total	
Estado civil	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Soltero</b>	27	25.5	6	5.7	1	0.9	34	32.1
<b>Casado</b>	52	49.1	13	12.3	1	0.9	66	62.3
<b>Unión libre</b>	4	3.8	1	0.9	1	0.9	6	5.7
<b>Total</b>	83	78.3	20	18.9	3	2.8	106	100

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 16



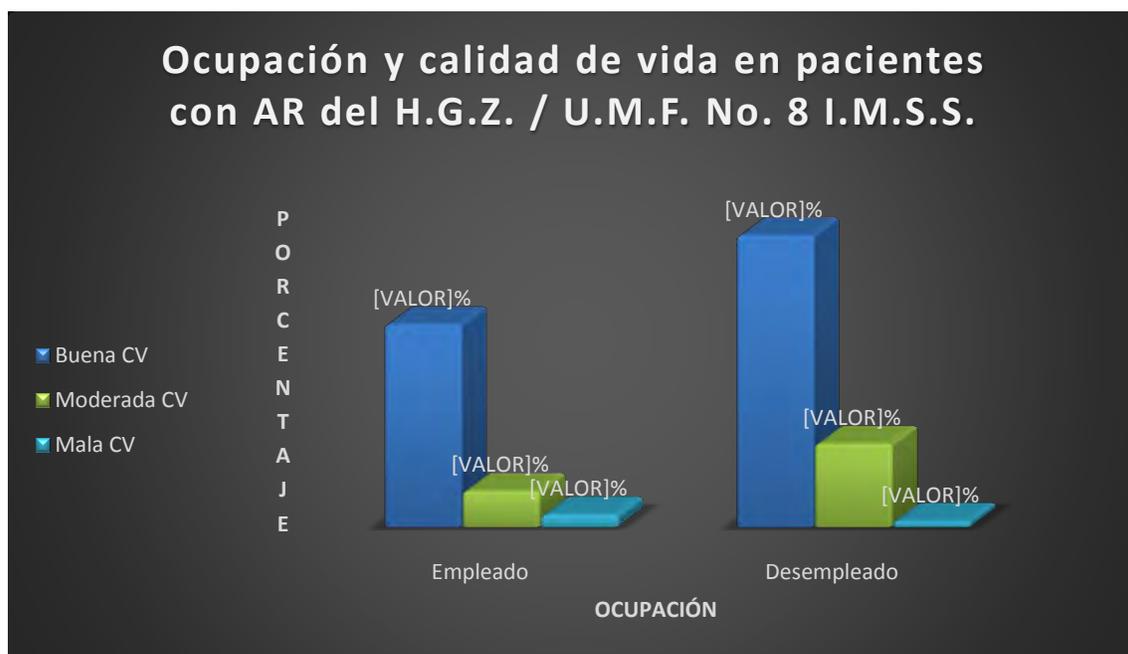
Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

TABLA 17

Ocupación y calidad de vida en pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.								
	CALIDAD DE VIDA (CV)							
	Buena CV		Moderada CV		Mala CV		Total	
Ocupación	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Empleado</b>	34	32.1	6	5.7	2	1.9	42	39.6
<b>Desempleado</b>	49	46.2	14	13.2	1	0.9	64	60.4
<b>Total</b>	83	78.3	20	18.9	3	2.8	106	100

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 17



Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

TABLA 18

Escolaridad y calidad de vida en pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.								
	CALIDAD DE VIDA (CV)							
	Buena CV		Moderada CV		Mala CV		Total	
Escolaridad	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Ninguno</b>	7	6.6	2	1.9	1	0.9	10	9.4
<b>Primaria</b>	22	20.8	10	9.4	1	0.9	33	31.1
<b>Secundaria</b>	13	12.3	3	2.8	0	0	16	15.1
<b>Bachillerato</b>	23	21.7	2	1.9	1	0.9	26	24.5
<b>Licenciatura</b>	18	17	3	2.8	0	0	21	19.8
<b>Total</b>	83	78.3	20	18.9	3	2.8	106	100

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 18

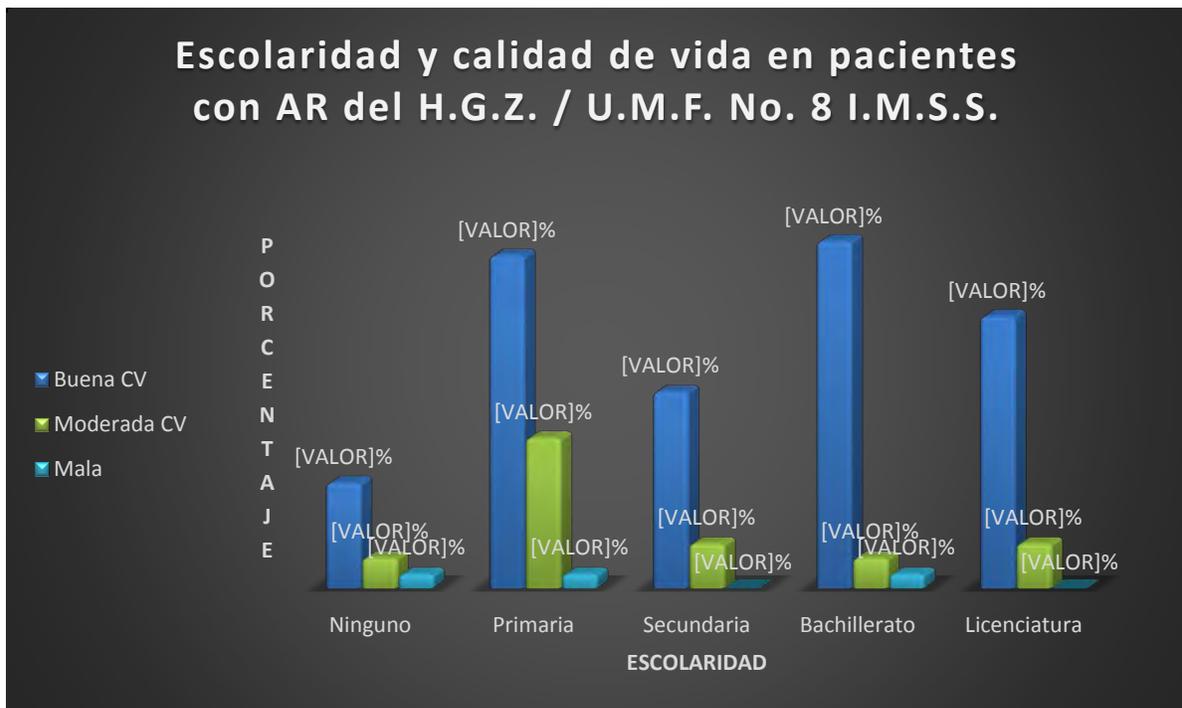
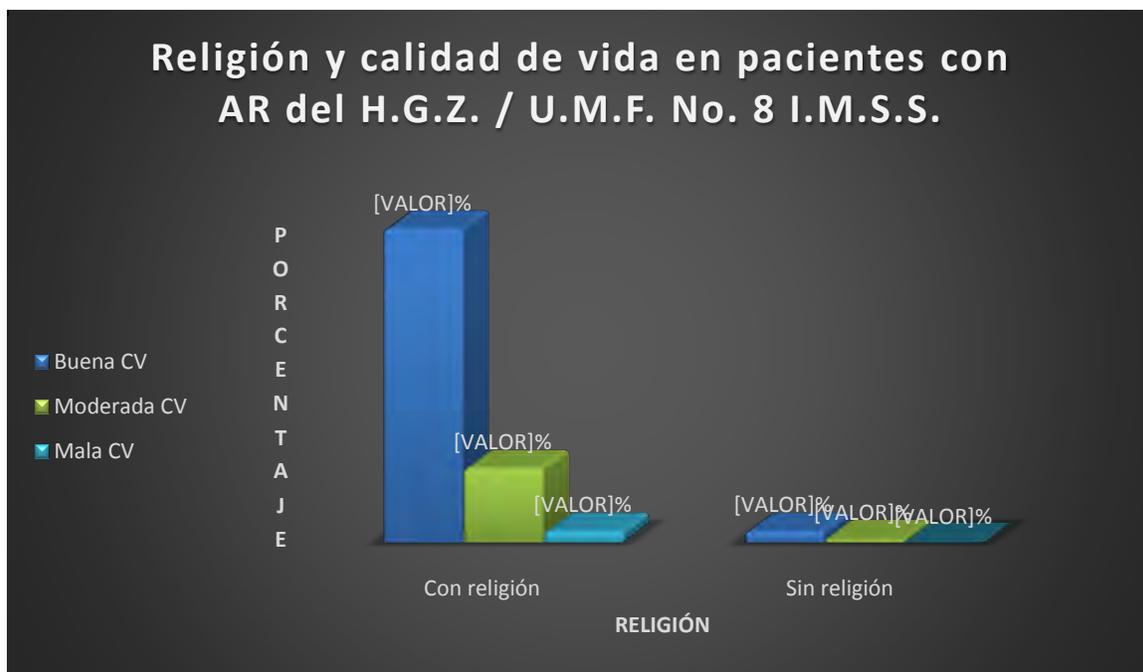


TABLA 19

Religión y calidad de vida en pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.								
	CALIDAD DE VIDA (CV)							
	Buena CV		Moderada CV		Mala CV		Total	
Religión	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Con religión	80	75.5	19	17.9	3	2.8	102	96.2
Sin religión	3	2.8	1	0.9	0	0	4	3.8
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>78.3</b>	<b>20</b>	<b>18.9</b>	<b>3</b>	<b>2.8</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 19



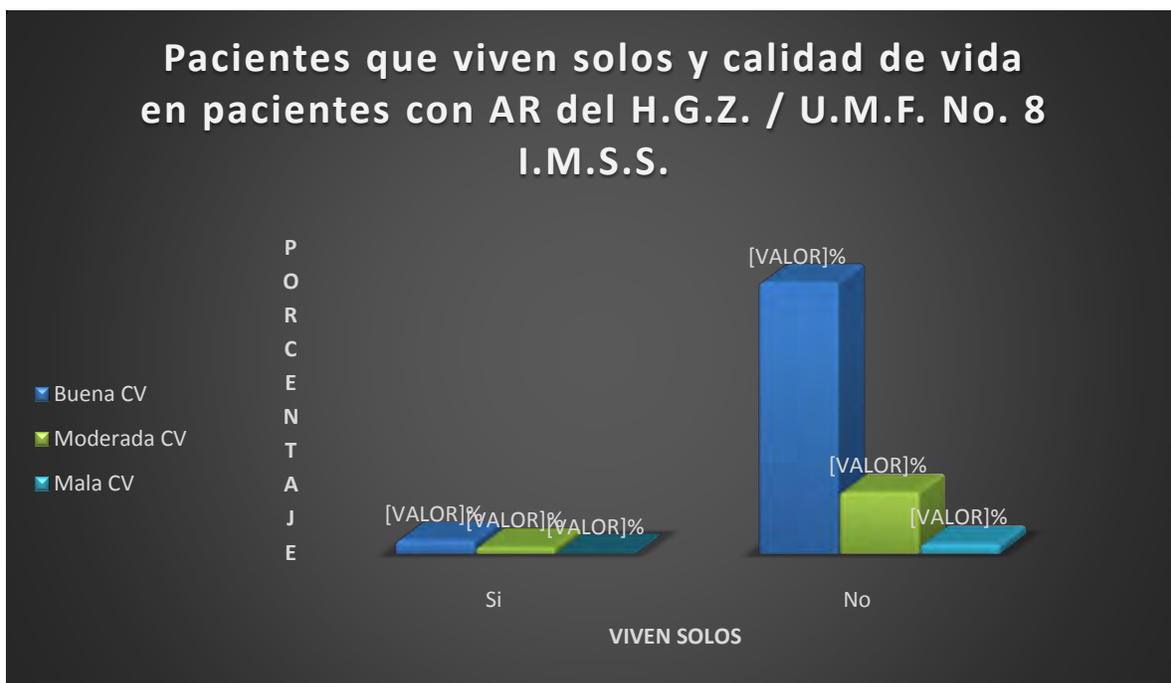
Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

TABLA 20

Pacientes que viven solos y calidad de vida en pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.								
	CALIDAD DE VIDA (CV)							
	Buena CV		Moderada CV		Mala CV		Total	
Viven solos	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Si</b>	4	3.8	2	1.9	0	0	6	5.7
<b>No</b>	79	74.5	18	17	3	2.8	100	94.3
<b>Total</b>	83	78.3	20	18.9	3	2.8	106	100

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 20



Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

TABLA 21

Antecedentes Heredofamiliares de AR y calidad de vida en pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.								
	CALIDAD DE VIDA (CV)							
	Buena CV		Moderada CV		Mala CV		Total	
AHF de AR	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Si</b>	27	25.5	8	7.5	0	0	35	33.0
<b>No</b>	56	52.8	12	11.3	3	2.8	71	67.0
<b>Total</b>	83	78.3	20	18.9	3	2.8	106	100

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 21

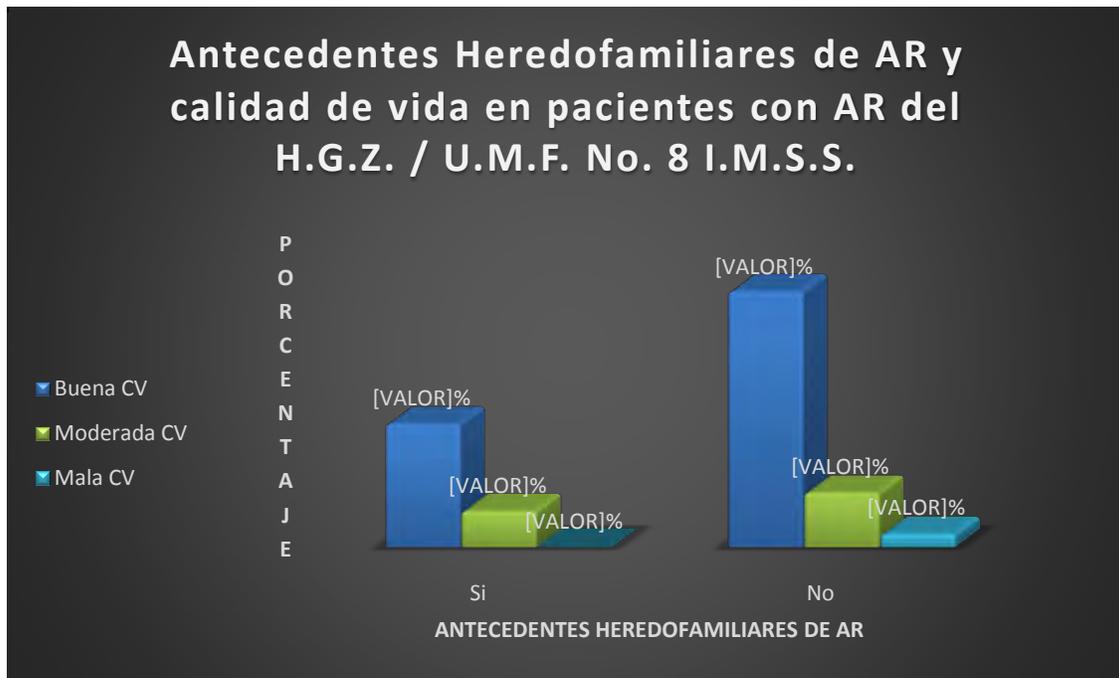


TABLA 22

Años de diagnóstico de la enfermedad y calidad de vida en pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.								
	CALIDAD DE VIDA (CV)							
	Buena CV		Moderada CV		Mala CV		Total	
Años de diagnóstico	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Menos de 5 años	23	21.7	2	1.9	1	0.9	26	24.5
De 5 a 10 años	16	15.1	6	5.7	2	1.9	24	22.6
De 10 a 15 años	13	12.3	0	0	0	0	13	12.3
De 15 a 20 años	10	9.4	4	3.8	0	0	14	13.2
Más de 20 años	21	19.8	8	7.5	0	0	29	27.4
<b>Total</b>	<b>83</b>	<b>78.3</b>	<b>20</b>	<b>18.9</b>	<b>3</b>	<b>2.8</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 22

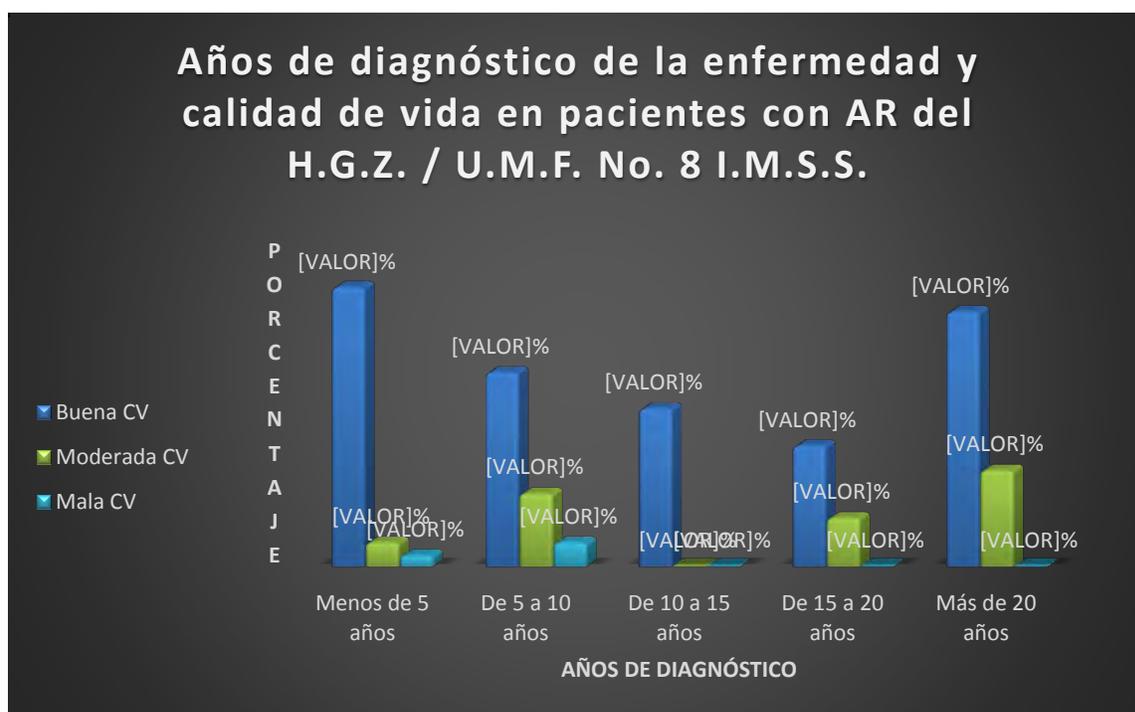


TABLA 23

Uso de AINE en el tratamiento de AR y calidad de vida en pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.								
	CALIDAD DE VIDA (CV)							
	Buena CV		Moderada CV		Mala CV		Total	
Uso de AINE	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Si</b>	82	77.4	20	18.9	3	2.8	105	99.1
<b>No</b>	1	0.9	0	0	0	0	1	0.9
<b>Total</b>	83	78.3	20	18.9	3	2.8	106	100

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 23

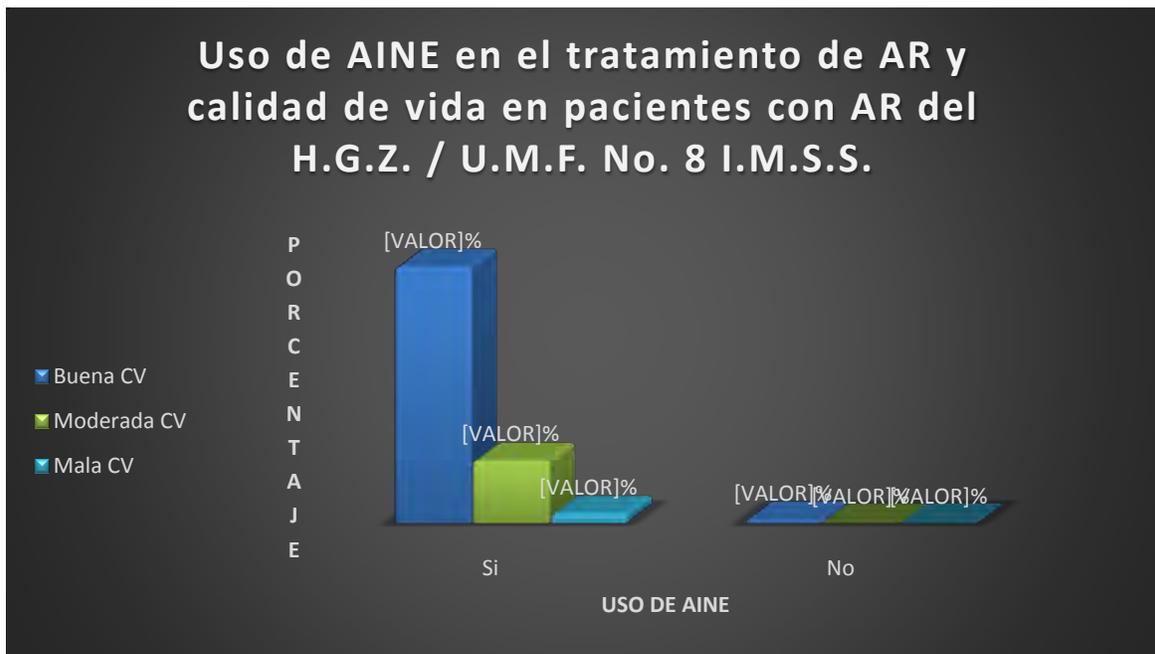
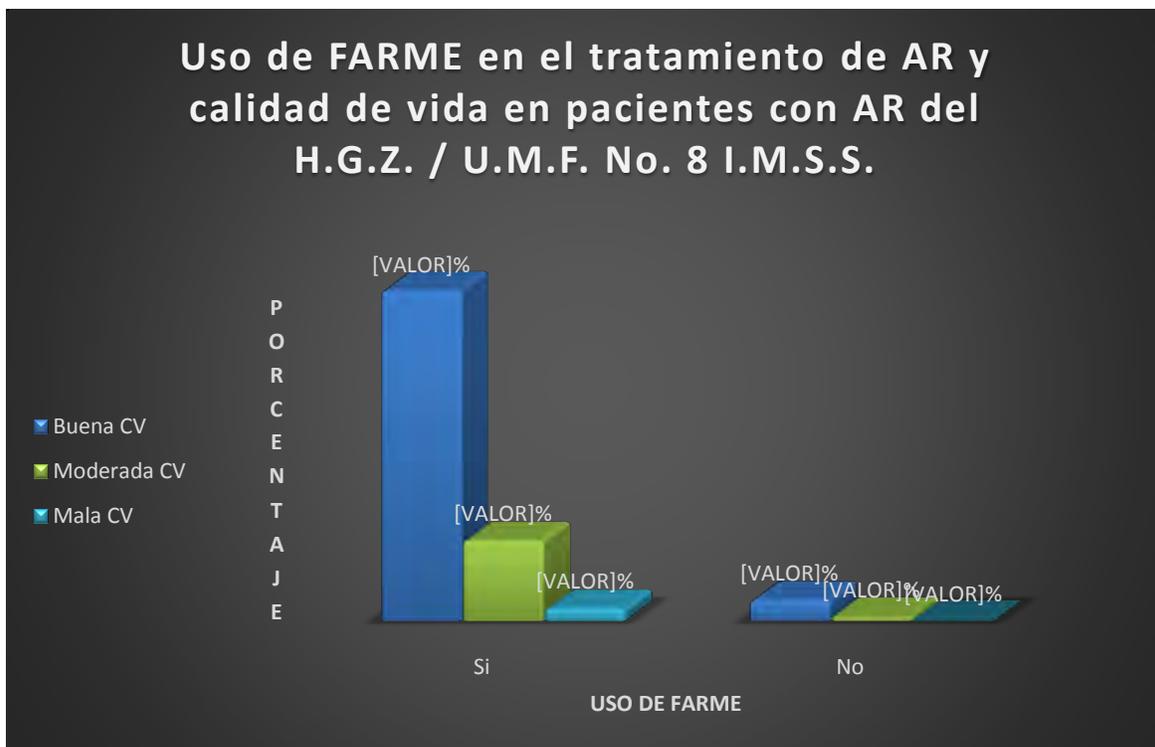


TABLA 24

Uso de FARME en el tratamiento de AR y calidad de vida en pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.								
	CALIDAD DE VIDA (CV)							
	Buena CV		Moderada CV		Mala CV		Total	
Uso de FARME	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Si</b>	78	73.6	19	17.9	3	2.8	100	94.3
<b>No</b>	5	4.7	1	0.9	0	0	6	5.7
<b>Total</b>	83	78.3	20	18.9	3	2.8	106	100

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 24



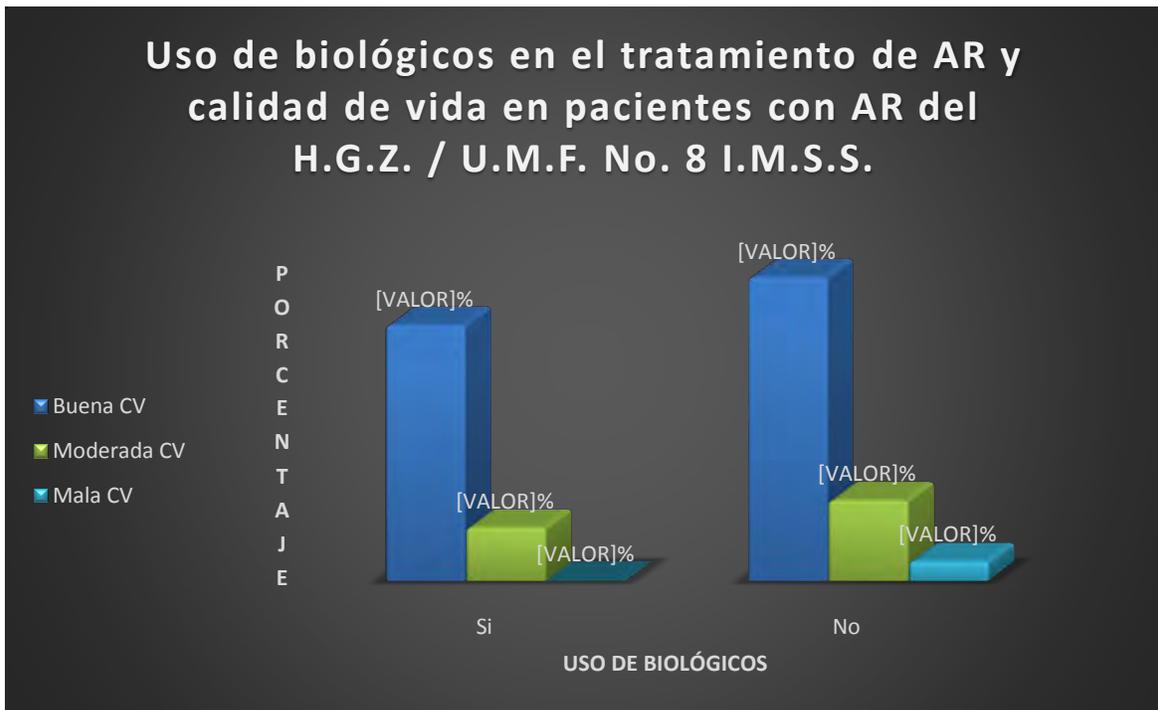
Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

TABLA 25

Uso de biológicos en el tratamiento de AR y calidad de vida en pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 I.M.S.S.								
	CALIDAD DE VIDA (CV)							
	Buena CV		Moderada CV		Mala CV		Total	
Uso de biológicos	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
<b>Si</b>	38	35.8	8	7.5	0	0	46	43.4
<b>No</b>	45	42.5	12	11.3	3	2.8	60	56.6
<b>Total</b>	83	78.3	20	18.9	3	2.8	106	100

Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

GRÁFICA 25



Fuente: n=106 Muñoz-C J, Espinoza-A G, Vilchis-C E, Solórzano-A R. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, 2016.

## DISCUSIÓN.

Dentro del estudio realizado por Gurjot B. y cols., “Rheumatoid Arthritis and Swine Influenza Vaccine: A Case Report” en Texas U.S.A. (2012), se menciona una edad pico de aparición de la AR entre los 30 y 55 años. En nuestro estudio el pico en la edad se obtuvo en pacientes mayores de 56 años, no encontrándose similitud entre ambos estudios. Éstas diferencias pueden ser debidas a factores tales como que en México existen subdiagnósticos de pacientes con AR, detectándolos así en etapas tardías. Otro hecho es que en EUA la dieta es rica en carbohidratos y grasas, los cuales hacen que el organismo se encuentre en un estado proinflamatorio aumentando la actividad de la AR y así, presentándose en etapas más tempranas que en nuestra población.

El estudio realizado por Massardo L. y cols., “Early rheumatoid arthritis in Latin America. Low socioeconomic status relates to high disease activity at baseline” en Chile (2012), reporta que de acuerdo al género en la población latinoamericana con AR el 85.3% son mujeres y el 14.7% son hombres. En nuestro estudio, del total de pacientes se encontró 86.8% del sexo femenino y 13.2% del sexo masculino, lo cual muestra una concordancia en la presentación de la AR en cuanto al género. Esta similitud puede ser debido a que en Chile y en México el porcentaje demográfico de hombres y mujeres es el mismo en ambos países aunado a la similitud en toda Latinoamérica en cuanto a alimentación, costumbres, escolaridad y creencias, se sugiere que estos sean motivos por los cuales se muestran estas equivalencias, aunado a un factor hormonal que condicione a las mujeres ser más proclives a la enfermedad.

De acuerdo al grado de escolaridad, en lo reportado por Chico C y cols., “Factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con artritis reumatoide” en Cuba (2012), se reporta que existe una relación directamente proporcional entre el grado de escolaridad y la satisfacción del paciente, predominando la escolaridad media en un 62.8%. En nuestro estudio se encontró el mayor porcentaje de pacientes en escolaridad media en un 39.6%. Esta diferencia en los resultados es debido a que en Cuba se da prioridad a la educación, no sólo con la finalidad de mejorar los ingresos para dicho país, sino para fomentar la educación como un factor protector para la salud. Sin embargo, en nuestro estudio podemos observar que los pacientes con escolaridad media y superior son los que muestran una mejor CV, de esta forma podemos puntualizar la importancia que tiene el fomentar en México un avance escolar y así tener en nuestra población mejores herramientas académicas que permitan hacerle frente a su enfermedad y competir por una mejora en su CV.

En cuanto al estudio reportado por Corbacho y cols., “Assessing the functional status and quality of life of patients with rheumatoid arthritis” Uruguay (2010), se encontró que el desempleo de los pacientes asciende a un 62% de la población estudiada, lo cual es equivalente a lo encontrado en nuestro estudio donde los pacientes desempleados representan un 60.4%. Estas similitudes se deben a que en ambos países las condiciones socioeconómicas y el desempleo están empobrecidas. En el momento en que una persona avanza en el curso de su enfermedad, las discapacidades aumentan, trayendo consigo una dificultad en el proceso de reubicación de puestos dentro de la misma área sin perder su empleo, condicionando en ellas un aumento en el desempleo.

En el estudio reportado por PSYMA, "Estudio psicosocial. Artritis reumatoide, la relación de los pacientes con sus tratamientos" Madrid (2012), se menciona que en más del 70% las vivencias de los pacientes no son las mismas cuando se establece la diferenciación entre tratamientos biológicos y los FARME, mostrando que la vinculación con los biológicos es muy positiva y llegan a representar realmente "un antes y un después" en la historia de su enfermedad. En nuestro estudio se encontró que el 73.6% de los pacientes que utilizaban biológicos mostraban una mejor calidad de vida, a diferencia de los pacientes que usaban exclusivamente FARME en su tratamiento. Estos resultados son similares debido a que los beneficios de los biológicos son mayores a los que se reportan con los FARME. Los efectos secundarios en los biológicos son menores, la forma de aplicación es más tolerable en los biológicos y las contraindicaciones en su uso son menores que con los FARME. El avance en materia de fármacos biológicos condiciona una mayor cobertura en la enfermedad del paciente, y debido a que éstos pacientes muestran comorbilidades con otras enfermedades reumáticas, los biológicos resultan un arma con doble o triple efecto.

En cuanto al estudio reportado por Susan J y cols., "Spirituality, well-being, and quality of life in people with rheumatoid arthritis" USA (2003), menciona las relaciones entre la religión, el bienestar y la calidad de la vida, siendo evaluadas y demostrando que la parte espiritual se asocia directamente con una buena calidad de vida en más del 76% de los pacientes. En nuestro estudio se encontraron resultados similares entre la religión y la calidad de vida, en donde se muestra que el 75.5% de los pacientes con religión refieren una buena calidad de vida. Sin embargo, como bien se menciona, pacientes que no muestra religión alguna tampoco muestran mala calidad de vida. La trascendencia espiritual es una característica única que varía entre individuos, lo cual se encuentra condicionado a la percepción que cada uno tenga de su enfermedad dentro de un contexto sociocultural ya establecido, viendo así que la religión y la parte espiritual son un factor protector para una mejor CV, independientemente de la afección ocasionada por la enfermedad.

Con lo que respecta al estudio de Capriotti, "Trabajo de investigación final. Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea" Argentina (2008), se muestra la relación entre los años de diagnóstico de la enfermedad y CV, encontrando que la peor CV se reporta en pacientes con más de 20 años de diagnóstico (25%) y, por el contrario, los que tienen menos de 5 años de diagnóstico de la enfermedad muestran la mejor CV (15%). En nuestro estudio encontramos que la mejor calidad se encuentra en los pacientes con menos de 5 años de diagnóstico (21.7%) y con más de 20 años de diagnóstico (19.8%). Los resultados difieren en base a lo reportado debido a un mal control de la patología y seguimiento de la AR en Argentina, debido a las bajas inversiones que se tienen en el sector salud en dicho país. Sin embargo, nuestro estudio es igual a lo reportado en la tesis realizada en esta unidad en 2013 en donde comparando la CV con los años de la enfermedad los resultados fueron similares.

En relación a la CV, lo reportado por Sizova y cols., "Validation of the Russian version of the Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale (QOL-RA Scale)" en Rusia (2009), muestra que la media en la calificación de la escala QOL-RA en población Caucásico/Inglés (Anglosajones) fue de 5.54, en población Hispano/Español (Latinos) la media fue de 5.28 y en población Rusa fue de 4.78. Por otro lado en el estudio reportado por Vinaccia y cols., "Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide" en Colombia (2005), se reporta una media en la puntuación en la CV de la escala QOL-RA para la población colombiana de 7.32. En nuestro estudio se encontró una media en la calificación de la escala QOL-RA de 7.69. Con lo anterior se documenta que los resultados en las medias de la escala QOL-RA obtenidos en Colombia y nuestro estudio (México) muestran similitudes debido a que son países en los cuales la riqueza cultural, tradiciones, alimentación, inversiones en salud, diversidad religiosa y diversión son muy similares. A diferencia de lo publicado en población anglosajona y latina, residentes en E.U.A., donde podemos deducir que la alimentación y el estrés que se vive en una urbe de primer mundo son mayores, trayendo consigo mayor inestabilidad emocional, mayor ansiedad y por consiguiente una baja en el sistema inmune, reflejándose en una peor calidad de vida, independientemente de los avances farmacológicos y científicos que se tengan en dicho país, sin embargo el caso de población inmigrante con pocas redes de apoyo en su ciudad de residencia, hacen que el impacto de la enfermedad sobre la salud sea mayor. Por otra parte vemos el caso de Rusia, donde podemos observar que el medio ambiente es un gran modificador de la enfermedad, aumentando las recaídas y dolencias de los pacientes en climas fríos, reflejándose en una peor calidad de vida.

Dentro de los alcances de esta investigación se obtuvo conocimiento sobre la calidad de vida en pacientes con AR mediante la aplicación del cuestionario QOL-RA, identificando que la mayoría de los pacientes con AR que acuden al H.G.Z. / U.M.F. No. 8 tienen una buena CV. Es relevante mencionar que en la literatura tanto nacional como internacional se encuentra poca información acerca de la CV en pacientes con AR y de la utilidad del cuestionario QOL-RA, que a pesar de ser confiable y estar validado no ha sido muy utilizado y por ello nuestra investigación aportó información trascendental sobre el tema.

Otro de los alcances obtenidos en este estudio fue el hecho acerca de la importancia del diagnóstico temprano de la AR en nuestra población. La CV y los años de vida laboral se ven acortados en pacientes con un diagnóstico tardío y por ende, un retraso en el tratamiento de los pacientes y de esta forma vemos el impacto negativo que tiene en la CV de los pacientes con AR sobre todo en el ámbito funcional. Siendo esto un hecho importante para llevar a cabo un screening oportuno de la CV en los pacientes con AR que acuden a la consulta externa de primer y segundo nivel de atención, todo esto mediante la realización del cuestionario QOL-RA. Se debe realizar un tratamiento integral y multidisciplinario con todas las especialidades relacionadas, con la finalidad de mejorar y hacer hincapié en los apartados de baja calificación dentro del cuestionario en cada uno de los pacientes.

Entre los alcances observados en el cuestionario QOL-RA, se pudo realizar el abordaje de las diferentes dimensiones de la CVRS (física, psicológica y social), en donde se observa que la dimensión social fue en su totalidad la que mejor puntuación obtuvo, analizando de esta forma que nuestros pacientes cuentan con buenas redes de apoyo, independientemente de los años de enfermedad y la afectación que éstos tengan por la misma AR. Por otro lado, el apartado de bienestar social se evidenció como el tercer elemento con mayor puntuación, resaltando que el bienestar global de los pacientes, a pesar de su enfermedad y la incapacidad que les pueda ocasionar; es buena. Sin embargo en la dimensión psicológica fue donde se obtuvieron las peores puntuaciones. De esta forma podemos observar que si bien es cierto que las redes sociales son buenas, la parte psicológica es la más afectada en estos pacientes, empeorando así su CV y por ende el curso de la enfermedad. Todo esto nos da hincapié a que se realicen más estudios específicos del área psicológica en este tipo de pacientes logrando así obtener mejoras en su tratamiento, no sólo farmacológico sino de forma biopsicosocial y holística.

Dentro de las limitaciones en nuestro estudio, observamos que durante la selección de los pacientes de la investigación, únicamente se incluyeron aquellos que asistieron a la consulta externa de Reumatología del H.G.Z./U.M.F. No 8, predominando en más del 95% los pacientes del turno matutino, imposibilitando el generalizar los resultados obtenidos y haciéndolos válidos únicamente al ser aplicados en nuestra población. De esta forma se plantea que en futuras investigaciones se incluyan a pacientes de ambos turnos y de otras unidades con el fin de hacer un estudio comparativo y sugiriendo así la realización de un estudio multicéntrico.

Otra limitación es que el cuestionario QOL-RA tiene muy pocos ítems con los cuales podamos realizar un estudio a fondo acerca de la CV, sin embargo esto abre la pauta a realizar otras pruebas en conjunto con la finalidad de obtener más información proporcionada por los pacientes, y así lograr un mejor diagnóstico integral.

Una limitación más, es que nuestro estudio es descriptivo y transversal, lo cual solamente intenta analizar un fenómeno en un periodo de tiempo, por lo que no permite establecer relaciones causales entre variables, es decir, mide simultáneamente efecto (variable dependiente) y exposición (variable independiente), limitándose únicamente a medir la frecuencia en que se presenta un fenómeno.

En cuanto a los posibles sesgos es que no todos los pacientes tenían más de 6 meses con el tratamiento establecido al momento de la encuesta, tiempo suficiente para generar un cambio en curso de su enfermedad, como para atribuir o no una buena o mala CV en base al tratamiento instaurado.

Otro posible sesgo es en base al porcentaje de pacientes estudiados con respecto al sexo, como bien se demostró, en el estudio predomina el sexo femenino; sin embargo en este mismo sexo predomina una baja en el estado de ánimo y una mayor tensión nerviosa condicionando un deterioro en la CV. Por otro lado en el sexo masculino estas cifras eran mejores y por lo tanto la CV era mejor; Esto permite observar que las mujeres resultan ser más proclives a alteraciones en el estado de ánimo debido a las diferencias hormonales que se tienen durante su vida, empeorando su CV. Se sugiere en estudios posteriores se analicen los mismos porcentajes de pacientes por sexo.

Con lo que respecta a las comorbilidades en estos pacientes, es importante tener en cuenta que la presencia de éstas pueden modificar la CV y verse modificada de forma indirecta, no siendo 100% atribuible a la AR.

El presente estudio resulta de gran relevancia para la práctica asistencial en medicina familiar ya que nos permite detectar la importancia de la CV en los pacientes con AR, de tal forma que se puedan llevar a cabo intervenciones oportunas, directas y especializadas con el fin de educar y promover en el paciente un autocuidado y mejor conocimiento de su enfermedad. Es así como el cuestionario QOL-RA tiene una gran relevancia en la detección de la CV, ya que es de fácil y rápida aplicación en la consulta de primer nivel. Al conocer la CV de nuestros pacientes podemos promover cambios en el estilo de vida como son la alimentación y factores sociales que repercutan en el paciente. Se debe actuar de manera conjunta con las diferentes redes de apoyo, las cuales son valoradas en el cuestionario QOL-RA, y de esta forma llevar a cabo un fortalecimiento de las mismas. Todo esto nos lleva a la tarea de implementar programas de apoyo y educación sobre la AR en cada uno de nuestros pacientes durante la consulta externa de medicina familiar, explicarles el manejo, control y complicaciones de su enfermedad, mejorando así su CV.

En el aspecto educativo nuestro estudio aporta mayor conocimiento acerca de la CV en los pacientes con AR y el impacto de la misma en su vida y la historia natural de su enfermedad. Debemos modificar en la medida posible la educación del paciente en cuanto a su salud, llevándolo a un adecuado empoderamiento sobre su enfermedad, tanto al paciente como al médico. Debemos generar estructuras didácticas que permitan a la familia y a las redes de apoyo ser partícipes en este proyecto, tomando en consideración el padecer del paciente.

En el área de investigación se espera que el presente estudio sea un parteaguas para la realización de futuros estudios en diferentes centros de salud y niveles de atención, con el objetivo de obtener y mejorar los resultados logrados en este proyecto. De igual forma se abre una brecha para hacer hincapié en el estudio por dimensiones de la CVRS y así conocer el área con mayor afección en estos pacientes, ya sea física, psicológica o social, los cuales son evaluados en el cuestionario QOL-RA, no quedándonos con solo este material, sino hacer uso de la vasta información de cada una de las dimensiones de la CVRS. De igual forma muestra la gran utilidad del cuestionario QOL-RA, validado en población de habla hispana, como prueba de tamizaje y detección oportuna de alteraciones en la CV del paciente. Al existir poca información en la literatura mundial y nacional de este cuestionario, nuestro estudio aporta información útil de la aplicación y resultados del cuestionario, promoviendo su aplicación y comparación en estudios posteriores.

En el rubro de lo administrativo la presente investigación es de utilidad para que de forma oportuna se les otorgue un tratamiento preciso a los pacientes con AR con la finalidad de mejorar su CV, reflejándose en menos gastos hacia el servicio de urgencias y hospitalización, controlando de forma adecuado a los pacientes en primer nivel mediante revisiones oportunas y ocasionando así menos gastos administrativos. Detectar a tiempo aquellos pacientes candidatos a biológicos, ofreciéndoles un tratamiento de vanguardia mejorando así su CV y disminuyendo costos en tratamientos innecesarios, hospitalizaciones y por consiguiente ver disminuidas las incapacidades laborales.

El manejo multidisciplinario de este tipo de pacientes es importante y el saber derivar a tiempo desde un primer nivel de atención es una pieza clave. Derivar de forma oportuna a los servicios de nutrición, psiquiatría y reumatología tiene como finalidad establecer en el paciente un mejor control en todas las esferas de su vida, condicionado un mejor desempeño a nivel social y laboral.

Nuestra investigación pretende lograr un impacto de forma positiva en el abordaje del paciente con AR en la consulta externa de medicina familiar y reumatología, así como mejorar la calidad de vida de estos pacientes al actuar de forma temprana, integral y multidisciplinaria en el curso natural de su enfermedad, evitando así las complicaciones sistémicas a corto, mediano y largo plazo reflejándose en una mejor CVRS.

## CONCLUSIONES.

En la presente investigación se cumplió con el objetivo de estudiar la CV en pacientes con AR del H.G.Z. / U.M.F. No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo, encontrando que de acuerdo al cuestionario QOL-RA existe una buena CV en pacientes con AR en más de las tres cuartas partes de la población estudiada, aportando evidencia de que la CV tiene gran impacto en el curso de la enfermedad. Con los resultados obtenidos en nuestro estudio, de acuerdo a las hipótesis planteadas con fines educativos, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, concluyéndose que existe buena CV en pacientes con AR que acuden a la consulta externa de Reumatología del H.G.Z. / U.M.F. No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo.

Se tuvieron dificultades en el sentido que sería conveniente alojar a los pacientes en un mismo lugar para resolver la encuesta y siendo éstos no citados a consulta externa, ya que el esperar a su consulta y tras pasar por trámites burocráticos altera el estado de ánimo en los pacientes, pudiendo esto modificar su puntuación en el cuestionario.

Como se ha comentado en el presente estudio la CV en nuestros pacientes es buena, todo esto debido a los avances en el tratamiento farmacológico y biológico de la enfermedad, no dejando a un lado la importancia del médico y el apoyo familiar que cada uno tiene. Siendo estos en conjunto la mejor arma que tiene el paciente para mejorar su CV.

Actualmente la AR es una de las tres primeras causas de consulta en el servicio de Reumatología y por ende, es de los padecimientos más frecuentes en primer nivel de atención. Debemos detectar a tiempo aquellos pacientes con AR para que de esta forma se haga una buena prevención de las alteraciones que puedan ocasionar un deterioro en su CV y sean modificables de forma temprana.

En nuestra investigación se observó que la mejor CV en nuestros pacientes se encontraba en el sexo femenino a partir de la sexta década de vida, destacando en el ámbito social el ser casadas, desempleadas y con escolaridad media superior, sin embargo pudimos observar que más de las tres cuartas partes de los pacientes muestran afinidad por alguna religión. Todo esto nos permite ver que el estrés laboral es una condicionante en la CV, que la ayuda proporcionada por parte de las redes de apoyo familiares y sociales influyen de forma positiva en la CV y, de igual forma, vemos que el grado de escolaridad y la percepción religiosa que cada individuo presenta son factores protectores que varían en cada paciente.

No dejamos de puntualizar la participación conjunta con todas las disciplinas involucradas en el trato de pacientes con enfermedades crónico-degenerativas haciendo referencias oportunas a segundo nivel de atención. No debemos dejar a un lado las comorbilidades que cada paciente tiene, detectando oportunamente algún descontrol en cualquiera de sus demás enfermedades. Evitar tener al paciente en un estado proinflamatorio, orientándoles en el apartado de nutrición, valorar la presencia de dislipidemias o de tabaquismo, lo que condiciona un aumento en la actividad de la enfermedad, deteriorando así su CV y aumentando la morbimortalidad en cada uno.

Debemos fortalecer en cada consulta nuestra relación médico paciente, todo esto con la finalidad de mejorar nuestra calidad de atención, lo cual nos lleva a una mejor confianza del paciente hacia el médico y por ende un conocimiento integral de sus afecciones, no sólo biológicas sino espirituales, demostrando una mayor empatía con el paciente.

Consideramos que nuestra investigación es trascendente debido al gran aumento de la AR en la consulta externa de medicina familiar. Es deber del médico especialista de primer nivel de atención el prevenir, tratar y referir de manera temprana a los pacientes a un segundo nivel de atención. Sin embargo, como especialistas en primer nivel de atención debemos ver al paciente de forma integral, logrando ver que hasta el más mínimo cambio en cada uno de los integrantes de la familia ocasionará una crisis, ante la cual debemos de estar preparados y tener el cuerpo necesario de conocimientos para ocasionar el menor caos dentro de la familia. Recordar que en cada uno de nuestros pacientes tenemos un libro de conocimientos y enseñanzas que cada uno nos deja, sean estas buenas o malas, siempre serán enriquecedoras para el médico y en su actuar día con día. Como especialistas en el trato integral del paciente con su familia y su entorno, no solo de un órgano o sistema, tenemos que aprender que hasta la más mínima intervención genera un gran cambio en toda la familia y la sociedad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Cardiel MH. First Latin American position paper on the pharmacological treatment of rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2010;45(2):S7-S22.
2. Peláez BI, Sanin LH, Moreno MJ et al. Grupo de Estudio Epidemiológico de Enfermedades Músculo Articulares (GEEMA). Epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico. A study of 5 regions based on the COPCORD methodology. *J Rheumatol*. 2011;86(1):S3-S8.
3. Massardo L, Pons EB, Wojdyla D, Cardiel MH, Galarza MC, Sacnun MP, et al. Early rheumatoid arthritis in Latin America. Low socioeconomic status relates to high disease activity at baseline. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2012;64(1):1135-43.
4. Gurjot B, Praveen J, Emilio G. Rheumatoid Arthritis and Swine Influenza Vaccine: A Case Report. *Case Rep Rheum*. 2012;20(12):1-3.
5. Ruíz EV, Sanmartí R. Tabaco y otros factores ambientales en la artritis reumatoide. *Reumatol Clin*. 2012;8(6):342-50.
6. Guadalupe MV, Alberto DR et al. Artritis reumatoide y dislipidemias. *El Residente*. 2013;8(1):12-22.
7. Morales J, Cázares JM, Gámez NJ, Triano M et al. La atención médica en reumatología en un hospital de segundo nivel de atención. *Reumatol Clin*. 2010;1(1):87-94.
8. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham 3rd CO, et al. Rheumatoid arthritis classification criteria: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(1):1580-8.
9. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT et al. Rheumatoid arthritis classification criteria: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis Rheum*. 2010;62(1):2569-81.
10. Gómez A. Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide. *Reumatol Clin*. 2011;6(1):S33-S7.
11. Spina J, Dutruel S, Colombo O, Badano F et al. Evaluación del daño estructural de manos mediante RM en pacientes con artritis reumatoidea temprana, sin evidencia de erosiones radiográficas. *RAR*. 2010;73(4):439-47.
12. Cardiel MH. First Latin American position paper on the pharmacological treatment of rheumatoid arthritis. *Rheumatology*. 2010;45(2):7-22.
13. Bykerk V, Akhavan P, Hazlewood GS et al. Canadian Rheumatology Association Recommendations for the pharmacological management of RA. *J Rheumatol*. 2012;39(1):1559-82.
14. Smolen JS, Landewe R, Breedveld FC, Dougados M, Emery P, Gaujoux VC et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. *Ann Rheum Dis*. 2014;73(1):492-509.
15. Osiri M, Shea B, Robinson V, Suarez A et al. Leflunomide for the treatment of rheumatoid arthritis: A systematic review and meta-analysis. *J Rheumatol*. 2013;30(1):1182-90.
16. Tornero J, Sanmartí R, Rodríguez V, Martín E, Marengo JL, González I et al. Spanish Society of Rheumatology Update of the consensus statement of the Spanish Society of Rheumatology on the management of biologic therapies in rheumatoid arthritis. *Reumatol Clin*. 2010;6(1):23-36.

17. Cardiel M, Díaz B et al. Actualización de la guía mexicana para el tratamiento farmacológico de la artritis reumatoide del colegio mexicano de reumatología. *Reumatol Clin.* 2014;10(4):227-40.
18. Robustillo V, Rodríguez M. ¿Son útiles los factores pronósticos en la artritis reumatoide?. *Reumatol Clin.* 2011;7(5):339-42.
19. Van V, Fleischmann R, Cohen S. Tofacitinib. An oral Janus kinase inhibitor, or adalimumab versus placebo in patients with rheumatoid arthritis on background methotrexate: A phase 3 study. *Arthritis Rheum.* 2011;63(1):153.
20. PSYMA. Estudio psicosocial. Artritis reumatoide, la relación de los pacientes con sus tratamientos. *Conartritis.* 2012;1(1):34.
21. Andrés C. Calidad de vida en paciente con diagnóstico de artritis reumatoidea [Tesis] Argentina. 2011.
22. Susan J, Ralph P, Andrew B et al. Spirituality, well-being, and quality of life in people with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism (Arthritis Care & Research).* 2003;49(6):778-83.
23. Badia X, Carné X. La evaluación de la calidad de vida en el contexto del ensayo clínico. *Med Clin (Barc).* 2010;110(1):550-6.
24. Cuesta G, Grau R, Fernández H. Calidad de Vida: Evaluación y trastornos del espectro del autismo. *Rev Iberoamer Educación.* 2013;63(1):161-79.
25. Fernández J, Fernández F, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la clasificación internacional del funcionamiento (CIF). *Rev Esp Salud Pública.* 2010;84(1):169-84.
26. Dupuy, H. The Psychological General Well-Being Index (PGWB). In: Wenger, NK; Mattson, ME. Furberg, CD; Ellison, J (eds). New York: Le Jacq Publ; 2014;1(1):170-83.
27. Henrique ML, Magalhaes LI, Santos NL. Prospective evaluation of the quality of life in a cohort of patients with early rheumatoid arthritis. *Bras J Rheumatol.* 2010;50(3):249-61.
28. Guyatt GH, Van ZS, Feeney DH, Patrick DL. Measuring quality of life in clinical trials: a taxonomy and review. *Can Med Assoc J.* 2011;140(1):1441-8.
29. Corbacho MI, Dapuesto JJ. Assessing the functional status and quality of life of patients with rheumatoid arthritis. *Bras J Rheumatol.* 2010;50(1):31-43.
30. Ábalos GM, Ruiz VG, Sánchez CD et al. Calidad de vida relacionada con la salud tras terapia anti-factor de necrosis tumoral alfa en pacientes con artritis reumatoide. Un estudio piloto. *Reumatol Clin.* 2011;7(3):167-71.
31. Ramírez R. Calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en salud. *Rev Colombiana Card.* 2007;4(1):3-5.
32. Lee J et al. Measurement properties of rheumatoid arthritis-specific quality-of life questionnaires: systematic review of the literature. *Qual Life Res.* 2014;1(1):1-5.
33. Fernández LC, Vázquez DB, Fernández JL, Moreno AP et al. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento ambulatorio con anti-TNF. *Farm Hosp.* 2008;32(3):178-81.
34. Sizova LV. Validation of the Russian version of the Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale (QOL-RA Scale). *Adv Med Sciences.* 2009;54(1):27-31.

35. Vinaccia S et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Intern J Psychology and Psychological Therapy*. 2005;5(1):47-61.
36. Danao LL, Padilla G, Johnson D. An english and spanish quality of life measure for rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*. 2001;45(1):167-73.
37. Stefano V, Hamilton F, Emilio M, et al. Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia. *Rev Col Reum*. 2006;13(1):164-70.
38. Nakajima A, Inoue E, Shimizu Y et al. Presence of comorbidity affects both treatment strategies and outcomes in disease activity, physical function, and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2014;1(1):1-4.
39. Ribeiro CA et al. Depression and quality of life in rheumatoid arthritis individuals and stable health individuals: A comparative study. *Fisioter Pesq*. 2013;20(4):401-7.
40. Chico C, Carballar AL, et al. Factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con artritis reumatoide. *Rev Cub Med*. 2012;51(1):48-60.
41. Carmona L, Villaverde V, EPISER. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatology*. 2002;41(1):88-95.
42. Capriotti A. Trabajo de investigación final "Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea". Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud Sede Regional Rosario. [Tesis] Argentina. 2008.
43. Mould QJ, 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 Med Mex*. 2008;144(1):225-31.
44. Espinosa MR, Arreola H, Peña A. Peso económico (PE) de la artritis reumatoide (AR) en la población mexicana. Estudio RACE. *Reumatol Clin*. 2006;2(1):15.
45. Diagnóstico y Tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto. México. 2010.
46. Alva GE. Impacto en la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide del HGZ/UMF No 8 Dr. Gilberto Flores Izquierdo en base al cuestionario DASH. [Tesis] México, 2013.

# ANEXOS

# Anexo 1

## Criterios de clasificación de Artritis Reumatoide 2010 ACR / EULAR

**Población blanco** (¿quienes deberían ser incluidos?):\* pacientes que:

- 1) Tengan al menos una articulación con clínica de sinovitis (tumefacción)\*\*, y
- 2) Cuya sinovitis no pueda explicarse por otra enfermedad†.

Criterios de clasificación (se requiere un puntaje de 6/10 para que el paciente sea clasificado definitivamente con diagnóstico de AR‡)	Puntaje
a) Articulaciones comprometidas§	
1 articulación grande¶	0
2 a 10 articulaciones grandes	1
1 a 3 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de articulaciones grandes)¶	2
4 a 10 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de grandes articulaciones)	3
Más de 10 articulaciones (con al menos 1 articulación pequeña)**	5
b) Serología (se requiere al menos de un resultado para realizar la clasificación)††	
FR – y anti ACPA -	0
FR + a títulos bajos o ACPA + a títulos bajos	2
FR + a títulos altos o ACPA + a títulos altos	3
c) Reactantes de fase aguda (se requiere al menos de un resultado para realizar la clasificación)‡‡	
VSG o PCR normal	0
VSG o PCR anormal	1
d) Duración de los síntomas§§	
Menos de seis semanas	0
Seis semanas o más	1

AR: artritis reumatoidea. FR: factor reumatoideo. ACPA: anticuerpos anti péptidos citrulinados, por su sigla en inglés. VSG: velocidad de sedimentación globular, o eritrosedimentación. PCR: reacción en cadena de la polimerasa, por su sigla en inglés.

\*El criterio está orientado a clasificar pacientes nuevos. Los pacientes con patrones erosivos típicos de AR con historia compatible previo a la elaboración de los criterios 2010, deberían ser clasificados como AR. Los pacientes con enfermedad de larga data, incluso aquellos con formas inactivas (con o sin tratamiento), en quienes revisando retrospectivamente los datos disponibles cumplan con los criterios 2010, deben ser clasificados como AR.

\*\*Tiene que haber evidencia de sinovitis clínicamente activa (tumefacción) al menos en una articulación, determinada por un evaluador especializado. Todas las articulaciones pueden ser asignadas para este propósito salvo las articulaciones interfalángicas distales, las primeras metatarsofalángicas y las primeras carpometacarpianas, ya que estas suelen estar comprometidas en la artrosis.

†El diagnóstico diferencial varía según el tipo de presentación y podría incluir al lupus eritematoso sistémico, artritis psoriásica y gota. Cuando el cuadro no resulte claro se deberá solicitar la consulta a un experto en reumatología.

‡Aun cuando los pacientes con puntaje menor a 6/10 no califican para AR, su estatus puede ser reevaluado y el criterio podría ser cumplido acumulativamente con el tiempo.

§El compromiso articular se refiere a tumefacción o sensibilidad, que podría ser confirmada por imágenes. Las articulaciones interfalángicas distales, primera carpometacarpianas, y primera metatarsofalángicas deben ser excluidas de la valoración. Las articulaciones afectadas se categorizan de acuerdo a la localización y el número de articulaciones comprometidas.

¶Articulaciones grandes: hace referencia a hombros, codos, rodillas, caderas, tobillos.

¶Articulaciones pequeñas: hace referencia a articulaciones metacarpofalángicas, interfalángicas proximales, segunda a quinta metatarsofalángicas, interfalángicas del pulgar y muñecas.

\*\*En esta categoría, al menos el compromiso articular debe ser de una pequeña articulación. Las otras articulaciones pueden incluir cualquier combinación de articulaciones grandes y articulaciones pequeñas adicionales, así como otras articulaciones no específicamente listadas (ej.: temporomandibular, acromioclavicular, esternoclavicular, etc.).

††Negativo: se refiere a valores expresados en unidades internacionales menores o iguales al límite normal superior establecidos por el laboratorio y la prueba de referencia.

‡‡Positivos bajos: valores que exceden al límite normal superior hasta tres veces el valor del mismo. Positivos altos: valores que superan en tres o más veces el límite normal superior. Cuando el resultado del factor reumatoideo solo este disponible como positivo o negativo, un valor positivo deberá ser considerado como positivo bajo.

§§Un resultado normal/anormal se determina de acuerdo a los estándares del laboratorio local.

¶La duración de los síntomas hace referencia a lo que el paciente refiere como síntomas de sinovitis (ej.: dolor, tumefacción, sensibilidad).

## Anexo 2

### Criterios diagnóstico tradicionales de Artritis Reumatoide revisados por el Colegio Americano de Reumatología en 1987

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

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

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

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

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

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

**Alteraciones radiográficas:** Alteraciones típicas de artritis reumatoidea en las radiografías posteroanteriores de las manos y de las muñecas, que pueden incluir erosiones o descalcificación ósea indiscutible localizada o más intensa junto a las articulaciones afectadas (la presencia única de alteraciones artrósicas no sirve como criterio).

NOTA: Los criterios del 1 al 4 deben estar presentes al menos por 6 semanas.

El diagnóstico clínico de AR requiere la presencia de al menos 4 de los 7 criterios, con una sensibilidad del 69% y una especificidad del 81% para enfermedad ya establecida. Sin embargo, estos valores disminuyen notablemente en los casos de pacientes con AR de reciente comienzo, en los que se ha demostrado la presencia de daño articular no evidenciable radiológicamente.

## Anexo 3

### Características de los instrumentos para medición de la calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide.

Instrument	Reference	Language version	Number of dimensions (Total number of items)	Response options
AIMS	Meenan et al. [15]	English	9 Dimensions (45 items)	2- to 6-Point Likert
	Mason et al. [16]	English	5 Dimensions (45 items)	2- to 6-Point Likert
	Hendricson et al. [17]	English/Spanish	9 Dimensions (45 items)	2- to 6-Point Likert
	Taal et al. [18]	Dutch	10 Dimensions (44 items)	2-to 6-Point Likert (plus VAS)
	Hill et al. [19]	English	9 Dimensions (45 items)	2- to 6-Point Likert
	Abello-Banfi et al. [20]	Spanish	9 Dimensions (46 items)	7-Point Likert
AIMS2	Meenan et al. [21]	English	12 Dimensions (57 items)	All: 5-point Likert
	Pouchot et al. [22]	French	12 Dimensions (57 items)	
	Riemsma et al. [23]	Dutch	12 Dimensions (57 items)	
	Archenholtz and Bjelle [24]	Swedish	12 Dimensions (57 items)	
	Brandao et al. [25]	Portuguese	12 Dimensions (57 items)	
	Arkela-Kautiainen et al. [26]	Finnish	12 Dimensions (55 items)	
	Taal et al. [27] <sup>a</sup>	Dutch	12 Dimensions (57 items)	
	Soosova and Macejova [28]	Slovak	12 Dimensions (56 items)	
AIMS2-SF	Guillemin et al. [29].	French	5 Dimensions (26 items)	All: 5-point Likert
	Haavardsholm et al. [30]	Norwegian	11 Dimensions (26 items)	
	Taal et al. [31]	Dutch	5 Dimensions (26 items)	
	Taal et al. [27] <sup>a</sup>	Dutch	5 Dimensions (26 items)	
CSHQ-RA	Askary-Ashtiani et al. [32]	Persian	6 Dimensions (26 items)	
	Weisman et al. [33]	English	All: 5 Dimensions (33 items)	All: 5-point Likert
	Russak et al. [34]	English		
CSHQ-RA SF	Chiou et al. [35] <sup>a</sup>	English		
	Chiou et al. [36]	English	All: 4 Dimensions (11 items)	All: 5-point Likert
Revised CSHQ-RA	Chiou et al. [37]	English	7 Dimensions (36 items)	5-point Likert
QOL-RA	Danao et al. [38]	English/Spanish	All: 2 dimensions (8 items)	All: 5-point Likert
	Sizova [39]	Russian		
RAQoL	de Jong et al. [40]	English/Dutch	30 Items	All: Dichotomous
	Neville et al. [41]	French/English	30 Items	
	Thorsen et al. [42]	Danish	30 Items	
	Tijhuis et al. [43]	English/Dutch	4 Dimensions (30 items)	
	Eberhardt et al. [44]	Swedish	30 Items	
	Kutlay et al. [45]	Turkish	Unidimension (30 items)	
	Hedin et al. [46]	Swedish	30 Items	
	Cox et al. [47]	English	Unidimension (30 items)	
	Linde et al. [48]	English	30 Items	
	Waimann et al. [49]	Spanish	30 Items	
RAID	Gossec et al. [50, 51] <sup>b</sup>	English + 12 languages	7 Items	11-point numerical rating scale

AIMS Arthritis Impact Measurement Scale, AIMS2 Arthritis Impact Measurement Scale 2, AIMS-SF Short Form of the Arthritis Impact Measurement Scales 2, CSHQ-RA Cedars-Sinai Health-Related Quality of Life for Rheumatoid Arthritis instrument, CSHQ-RA SF Cedars-Sinai Health-Related Quality of Life for Rheumatoid Arthritis Short Form instrument, Revised CSHQ-RA Revised Cedars-Sinai Health-Related Quality of Life for Rheumatoid Arthritis instrument, QOL-RA Quality of Life-Rheumatoid Arthritis, RAQoL Rheumatoid Arthritis Quality of Life, RAID Rheumatoid Arthritis Impact of Disease, VAS visual analogue scale

<sup>a</sup> Study is mentioned twice because two types of instruments were evaluated

<sup>b</sup> Two studies were counted as a single study since they constituted a series of psychometric evaluations of the RAID

**Anexo 4**  
**CUESTIONARIO QOL-RA**  
QUALITY OF LIFE – RHEUMATOID ARTHRITIS (QOL-RA)  
CALIDAD DE VIDA EN ARTRITIS REUMATOIDE (VERSIÓN ESPAÑOLA)

**Encierre en un círculo el número que considere correcto a cada una de las siguientes preguntas:**

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 amigos/as, ¿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

Promedio: \_\_\_\_\_

Calidad de vida: \_\_\_\_\_



## Anexo 5

### ENCUESTA APLICATIVA DEL PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
H.G.Z. / U.M.F. NO. 8  
CUESTIONARIO QOL-RA

NOMBRE COMPLETO: \_\_\_\_\_

EDAD (AÑOS): \_\_\_\_\_

SEXO: 1( ) FEMENINO 2( ) MASCULINO

ESTADO CIVIL: 1( ) SOLTERO 2( ) CASADO 3( ) UNION LIBRE

OCCUPACIÓN: 1( ) EMPLEADO 2( ) DESEMPLEADO

ESCOLARIDAD: 1( ) NINGUNA 2( ) PRIMARIA 3( ) SECUNDARIA 4( ) BACHILLERATO  
5( ) LICENCIATURA 6( ) POSGRADO

RELIGIÓN: 1( ) CON RELIGIÓN 2( ) SIN RELIGIÓN

VIVE SOLO: 1( ) SI 2( ) NO

ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE ARTRITIS REUMATOIDE: 1( ) SI 2( ) NO

FECHA DE DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD: 1( ) MENOS DE 5 AÑOS 2( ) DE 5 A 10 AÑOS  
3( ) DE 10 A 15 AÑOS 4( ) DE 15 A 20 AÑOS 5( ) MÁS DE 20 AÑOS

UTILIZA ALGÚN AINE PARA SU TRATAMIENTO: 1( ) SI 2( ) NO  
(Paracetamol, celecoxib, indometacina, diclofenaco, naproxeno)

UTILIZA ALGÚN FARME PARA SU TRATAMIENTO: 1( ) SI 2( ) NO  
(Esteroides, metotrexato, leflunomida, hidroxocloroquina, sulfasalazina, penicilamina, ciclosporina A)

UTILIZA ALGÚN BIOLÓGICO PARA SU TRATAMIENTO: 1( ) SI 2( ) NO  
(Infliximab, etarnecept, adalimumab, rituximab, tocilizumab, abatacept)

### CUESTIONARIO QOL-RA (PUNTUACIÓN)

- 1.-Mayor ó igual a 7: **Buena calidad de vida**
- 2.-Mayor ó igual a 5.3 – 6.9: **Moderada calidad de vida**
- 3.-Menor ó igual a 5.2: **Mala calidad de vida**

## Anexo 6



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

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio:	<b>CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL H.G.Z./U.M.F. No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO</b>						
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica						
Lugar y fecha:	México D.F. a Julio 2015						
Número de registro:	En trámite						
Justificación y objetivo del estudio:	La artritis reumatoide (AR) afecta a 1.6% de la población mexicana, siendo el primer motivo de consulta en el servicio de Reumatología. El pico de aparición de la enfermedad es entre los 30 y 55 años de edad, población económicamente activa. Es bien sabido que la AR se trata de una enfermedad crónica e inflamatoria de origen desconocido que produce un amplio espectro de alteraciones anatómicas, siendo las de origen articular las más afectadas. La medida de la calidad de vida (CV) es particularmente importante en las enfermedades, como es el caso de la AR, donde se hace difícil la utilización de medidas que reflejen el resultado e impacto del tratamiento en la mejora de la CV. El objetivo del estudio es determinar la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide del H.G.Z. / U.M.F. No. 8 "Dr. Gilberto Flores Izquierdo" que acuden a la consulta externa del servicio de reumatología, mediante la aplicación de la escala QOL-RA.						
Procedimientos:	Se aplicara el <b>cuestionario QOL-RA</b>						
Posibles riesgos y molestias:	El presente estudio es de tipo descriptivo por lo que no existen riesgos						
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	<b>Conocer la calidad de vida debido a su enfermedad</b>						
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Protocolo descriptivo, no hay intervención de variables, por lo tanto solo se informara en caso de datos relevantes						
Participación o retiro:	Entiendo que conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento en el que considere conveniente sin que ello afecte a la atención médica que recibo en el instituto						
Privacidad y confidencialidad:	El investigador principal me ha dado seguridades de que no se me identificara en la presentación o publicaciones que deriven de este estudio y que los <b>datos relacionados</b> con mi <b>privacidad</b> serán manejados de <b>forma confidencial</b> .						
En caso de colección de material biológico (si aplica):	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">No autoriza que se tome la muestra.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border-left: 1px solid black; padding-left: 10px;">Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.	<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.						
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.						
Disponibilidad de tratamiento médico en derechohabientes (si aplica):							
Beneficios al término del estudio:							
En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:							
Investigador Responsable:	Dr. Gilberto Espinoza Anrubio      Correo electrónico: <a href="mailto:gilberto.espinoza@imss.gob.mx">gilberto.espinoza@imss.gob.mx</a> Celular 5535143649						
Colaboradores:	Dr. José Luis Muñoz Chapul      Correo electrónico: <a href="mailto:jm10@hotmail.com">jm10@hotmail.com</a> Celular 5532375533 Dr. Eduardo Vilchis Chaparro      Correo electrónico: <a href="mailto:eduardo.vilchisch@imss.gob.mx">eduardo.vilchisch@imss.gob.mx</a> Celular 5520671563 Dr. Ricardo Alexis Solórzano Acosta      Correo electrónico: <a href="mailto:ricasola23@yahoo.com">ricasola23@yahoo.com</a> Celular 5541336475						
En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: <a href="mailto:comision.etica@imss.gob.mx">comision.etica@imss.gob.mx</a>							

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del sujeto

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

\_\_\_\_\_  
Testigo 1

\_\_\_\_\_  
Testigo 2

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

\_\_\_\_\_  
Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

**Clave: 2810-009-013**

## Anexo 7

### CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL DIRECCIÓN REGIONAL CENTRO  
 DELEGACIÓN SUR DEL DISTRITO FEDERAL  
 JEFATURA DE PRESTACIONES MÉDICAS  
 HOSPITAL GENERAL DE ZONA/UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8  
 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO  
 COORDINACIÓN CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD

#### TESIS

### CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL H.G.Z. / U.M.F. No. 8 DR. GILBERTO FLORES IZQUIERDO

2014 - 2017

ETAPAS DEL PROTOCOLO / MES	MAR 2014	ABR 2014 - FEB 2015	MAR 2015	ABR 2015	MAY 2015	JUN 2015	JUL 2015 - DIC 2015	ENE 2016	FEB 2016	MAR 2016	ENE 2017	FEB 2017
ELECCION DEL TEMA	X											
MARCO TEORICO	X											
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	X											
JUSTIFICACION	X											
OBJETIVOS	X											
HIPOTESIS	X											
MATERIALES Y METODOS		X										
VARIABLES		X										
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION		X										
METODO DE RECOLECCION			X									
MANIOBRAS PARA EVITAR Y CONTROLAR SEGSOS			X									
PROCEDIMIENTOS ESTADISTICOS			X									
CRONOGRAMAS			X									
RECURSOS HUMANOS			X									
MATERIALES FISICOS Y FINANCIAMIENTO			X									
CONSIDERACIONES ETICAS			X									
BIBLIOGRAFIA			X									
ETAPA EJECUCION PROYECTO			X									
RECOLECCION DE DATOS				X	X	X						
ALMACENAMIENTO DE DATOS							X					
ANALISIS DE DATOS							X					
DESCRIPCION DE DATOS							X					
DISCUSION DE DATOS							X					
CONCLUSIONES DEL ESTUDIO							X	X				
INTEGRACION Y REVISION FINAL								X				
REPORTE FINAL									X	X		
AUTORIZACIONES										X		
IMPRESION DEL TRABAJO											X	
PUBLICACION												X