



**Universidad De Oriente
Escuela De Ciencias De La Salud
"Dr. Francisco Battistini Casalta"
Núcleo Bolívar
Departamento De Salud Mental.**

**CALIDAD DE VIDA Y ESTADO DE SALUD EN PACIENTES
CON ARTRITIS REUMATOIDE. COMPLEJO HOSPITALARIO
UNIVERSITARIO RUÍZ Y PÁEZ.
CIUDAD BOLÍVAR.**

Asesor:

Yolirma Vaccaro Campos

Coasesor:

Carlota Acosta

Tesis presentada por:

Arroyo T., Yaydalene

C.I. N° 15.348.674

Barreto R., Julio F.

C.I. N° 15.347.645

Como requisito parcial para Optar al TítuloCirujano.

Ciudad Bolívar, Agosto del 2010.



INDICE

INDICE	ii
AGRADECIMIENTO	iii
AGRADECIMIENTO	iv
DEDICATORIA	v
DEDICATORIA	vi
RESUMEN	vii
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	11
OBJETIVO	13
Objetivo General	13
Objetivos Específicos.....	13
METODOLOGÍA	15
Tipo de estudio:.....	15
Universo:.....	15
Muestra:	15
Instrumentos:.....	15
Procedimiento:	16
ANÁLISIS DE RESULTADOS:	17
Tabla 1.....	19
Tabla 2.....	20
Tabla 3.....	21
NUMERO	21
PORCENTAJE.....	21
ANALFABETA	21
Tabla 4.....	21
Tabla 5.....	22
Tabla 6.....	23
Tabla 7.....	24
Tabla 8.....	25
Tabla 9.....	26
Tabla 10.....	27
Tabla 11.....	30
Tabla 12.....	31
DISCUSION	33
CONCLUSIONES	38
RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41
ANEXOS	50
APÉNDICE	56



AGRADECIMIENTO

A Dios, padre maravilloso, por permitirme sentir su presencia en todo momento iluminándome el camino y dándome la fortaleza necesaria para alcanzar mis metas.

A mi casa de estudios, “Universidad de Oriente”, por abrirme sus puertas y permitirme no solo ser profesional sino también conocer gente maravillosa que llego a mi vida y ahora forman parte importante de mi corazón, mil gracias.

A Julio Barreto, que mas que mi amigo es mi hermano, por estar en las buenas y en las malas, siendo compañeros de estudios desde niños y ahora compartiendo uno de los logros más grandes, ser profesionales.

A mi tutora, la Dra. Yolirma Vaccaro, por ser guía, apoyo y fuente de enseñanza en la realización de este estudio.

A la Dra. Carlota Acosta, sus consejos y orientación fueron de gran ayuda para el desarrollo de nuestra investigación.



A todo el personal de la Unidad de Reumatología del Hospital del Tórax Ciudad Bolívar, por facilitarnos muy cordialmente toda la ayuda necesaria para alcanzar los objetivos deseados.

A la Ing. Yurby Rossi, por el tiempo dedicado al estudio de los diferentes métodos estadísticos que permitieron reflejar los resultados de nuestro estudio.

A todos aquellos que en este arduo camino supieron ofrecerme una mano amiga, una sonrisa alentadora, un consejo sabio, un abrazo sincero, a todos ustedes, muchas gracias...

Yaydalene Arroyo Toro.

AGRADECIMIENTO

Primeramente a Dios por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante toda mi vida.

A mis padres Aleisa y Pedro por su amor y su apoyo incondicional siempre en todo momento sin ellos no habría logrado culminar esta carrera.

A la Dra. Yolirma Vaccaro por el apoyo, la orientación y el tiempo dedicado a la realización de este proyecto.

A la Dra. Carlota Acosta, por su ayuda y asesoría brindada.

Al equipo que labora en la Unidad de Reumatología del Hospital del Tórax Ciudad Bolívar, personal de enfermería, archivo, servicio social, a todos muchas gracias por su ayuda incondicional y desinteresada.



A la Ingeniero Yurby Rossi, por su colaboración en la aplicación de fórmulas y obtención de resultados.

A Thialis por su gran ayuda y orientación en concretar el cierre de éste trabajo.

A Yaydalene Arroyo, mi amiga y compañera de tesis por las largas horas de esfuerzo que juntos compartimos desde la infancia y a lo largo de la carrera. Fue difícil, pero lo logramos.

A todos aquellos que colaboraron con la realización de este proyecto. Muchas gracias.

Julio Fernando Barreto Rodríguez.

DEDICATORIA

Quiero dedicar el fruto de todos estos años de estudios, lucha y dedicación, a mi madre, Yajaira Toro, pilar fundamental de mi vida, motivo por el cual escogí esta carrera, tu me enseñaste a tener fe, a soñar y a luchar por mis sueños, se que desde el cielo me bendices y me cuidas, esto es para ti madrecita linda, por todo lo que me distes, por todo lo que me enseñaste, por todas las maravillosas cosas que hiciste por tus semejantes, eres mi ángel.

A mi padre, por confiar en mí y brindarme su protección, ayudándome a avanzar en los momentos mas difíciles, reforzando mi fe y mi confianza y enseñándome que en la



vida una de las riquezas mas grandes que el ser humano puede tener es el conocimiento, gracias papa.

A mis abuelitas, mis rosas, sus oraciones y esa dulzura inmensa que irradian me han acompañado siempre alentando mi espíritu y dándome ánimos para seguir adelante.

A mi esposo, mi apoyo y mi cobijo, con tu amor has logrado llenarme de valor y confianza para lograr mis sueños, te amo.

A mi familia, tíos, primos, padrinos, madrinas, hermanos que me envolvieron en sus brazos, regalándome el amor y la fuerza necesaria para seguir adelante, ustedes representan la energía que me impulso alcanzar esta meta, son mi tesoro.

Yaydalene Arroyo Toro

DEDICATORIA

Primero que todo a mi Dios, padre rey celestial quien me ha permitido llegar al momento en el cual me encuentro, simplemente sin él nada sería posible.

A toda mi familia, mis tíos y primos, a mi abuela, muy especialmente a mis viejos, mis padres, Aleisa Josefina de Barreto y Pedro Eugenio Barreto, pilar fundamental en toda mi formación, a ellos les agradezco mi vida, el traerme al mundo, apoyarme en mis sueños cada día, pues los amo.

A mis queridos hermanos Gabriel, Sieber, Alibeth, Germán y Pedro Nicolás, gracias por su ayuda incondicional en todos los sentidos y en todo momento, sin ellos no he podido lograr mi meta, también los amo.

A todos mis sobrinos, a todos, son muchos, también los amo.



A mi cuñado el Coronel Gustavo Fischer Godoy, gracias por todas sus palabras, orientación que he puesto en práctica, a Ud. Mis respetos.

No podía faltar mis siempre y buenas amigas Betsy, Luisaura y Yaydalene, gracias por acompañarme en el transitar de mi carrera.

A Deivis Armando y Mario Javier por ser piezas claves en mi vida, por sus palabras y comprensión.

Julio Fernando Barreto Rodríguez.

RESUMEN

CALIDAD DE VIDA Y ESTADO DE SALUD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUÍZ Y PÁEZ” CIUDAD BOLÍVAR. ESTADO BOLÍVAR, VENEZUELA. MARZO – MAYO 2008. Arroyo, Yaydalene; Barreto, Julio.

La Artritis Reumatoide es una enfermedad inmunológica, crónica y multisistémica, cuya prevalencia es cerca a 0,8% de la población general. **Objetivo:** Determinar la Calidad de Vida y Estado de Salud en pacientes con Artritis Reumatoide. **Metodología:** Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, donde se evaluaron 80 pacientes. Para la recolección de la información se utilizaron los siguientes cuestionarios SF-36 sobre el Estado de Salud, el cuestionario de capacidad funcional (HAQ), la versión española del cuestionario Quality of Life for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) sobre la Calidad de Vida, la capacidad funcional también es evaluada por medio de una clasificación que fue diseñada por Steinbroker y el estrato socioeconómico se determinó mediante la aplicación del método de Graffar. **Resultados:** El grupo etareo que predominó fue de 46-55 años, correspondiente a 32 pacientes (40,00%). La mayoría pertenecían al sexo femenino (91,25 %). El mayor grado de instrucción correspondió a la educación media y diversificada con 29 (36,25%), seguido de 25 (31,25%) con educación



básica. El estado civil predominante fue el casado (38,75%). El tiempo de diagnóstico de AR que resaltó fue de < 5 años con 32 (40,00%), seguido por 18 pacientes (22,50%) comprendido entre ≥ 5 años y <10 años. La capacidad funcional según Steinbroker sobresalió el grupo II (posibilidad de realizar las actividades habituales con alguna limitación) con 47 pacientes (58,75%). La situación socioeconómica más frecuente fue la clase media baja, (43,75%). El cuestionario SF-36 permitió conocer que el estado de salud que predominó fue el Bueno (65,0%). Por medio del χ^2 aplicado en el HAQ, se demostró que 51 pacientes (63,75%) presentaban una ligera discapacidad (1,00 – 1,99 puntos), de los cuales la mayoría 17 (33,33%) tenían un tiempo de diagnóstico de menos de 5 años; y 3 (3,75%) de los pacientes encontrados con una severa discapacidad 2 (66,67%), presentaban un tiempo de diagnóstico mayor de 20 años. El cuestionario QOL – RA Scale permitió saber que (57,5,0%) respondió que su Calidad de Vida es muy Buena. Al comparar la Calidad de Vida y el Estado de Salud, por medio del Coeficiente de correlación, la mayoría 46 (57,5%) presentan una calidad de vida muy Buena y 52(65,0%) un estado de salud Bueno. **Conclusiones:** Éste trabajo encontró que la AR como enfermedad, no dificulta las actividades sociales. Se comprobó además la relación directamente proporcional que existe entre el tiempo de evolución de la enfermedad con el grado de discapacidad, ya que a mayor tiempo de evolución mayor fue el grado de discapacidad. La percepción de los pacientes de su Estado de Salud es Buena y de su Calidad de Vida es muy Buena, a pesar de los problemas físicos y dolor corporal que estaban experimentando. Según éste estudio, los pacientes con AR tienen una muy Buena Calidad de Vida, a pesar de las regulares condiciones físicas en las cuales se encuentran, y que en algunos pacientes era evidente por el uso de sillas de ruedas, muletas o limitación al momento de caminar o sentarse. Sin embargo, éste resultado puede ser explicado por la relación y el apoyo que reciben de su entorno, en particular familiar, y por el hecho de que la calidad de vida no depende de las limitaciones físicas sino de cómo el paciente se autopersiva. **Palabras claves:** Artritis Reumatoide, calidad de vida, estado de salud.



INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inmunológica, crónica y multisistémica, caracterizada por producir una sinovitis inflamatoria persistente, de patrón simétrico, que en algunos casos progresa hasta producir destrucción del cartílago articular, erosiones óseas y deformidades, con limitación funcional de las articulaciones afectadas¹.

La prevalencia de la AR es cercana a 0.8% de la población general (intervalo 0.3 a 2,1%); las mujeres se afectan con una frecuencia casi tres veces más alta que los varones, aumenta con la edad y las diferencias entre los sexos disminuyen en el grupo de población de edad avanzada. Se observa en todo el mundo y afecta a todas las razas. Sin embargo, la incidencia y la gravedad son aparentemente menores en regiones rurales del África Subsahariana y en las personas de raza negra del Caribe. Su inicio es más frecuente durante el cuarto y quinto decenios de la vida, de forma que el 80% de todos los pacientes contrae la enfermedad entre los 35 y 50 años de edad. La incidencia en las mujeres de 60 a 64 años de edad es más de seis veces mayor que en las de 18 a 29 años².

La causa de AR sigue siendo desconocida. Se ha sugerido que ésta enfermedad es una manifestación de la respuesta del hospedador con predisposición genética a un agente infeccioso. Dada a su amplia distribución en todo el mundo, se piensa que el microorganismo infeccioso debería ser ubicuo. Entre los diferentes microorganismos propuestos se encuentran *Micoplasma*, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, parvovirus y virus de la rubéola. El proceso por el que el agente infeccioso podría desencadenar la artritis inflamatoria crónica es también un tema controvertido. Una de las posibilidades es la infección persistente de las estructuras articulares o la retención de los productos microbianos en los tejidos sinoviales, que generaría una reacción inflamatoria crónica. Otra alternativa sería que los microorganismos o la respuesta a ellos



indujera una reacción inmunitaria contra componentes de la articulación, alterando su integridad y desenmascarando los péptidos antigénicos, observándose reactividad frente a la colágena de tipo II y a las proteínas del choque térmico. De todos los posibles factores ambientales desencadenantes, el único que se ha demostrado claramente vinculado a su desarrollo es el consumo de cigarrillos².

Los síntomas característicos son el dolor, la tumefacción articular, rigidez matutina mayor de una hora de evolución, limitación funcional y depresión, asociada a síntomas generales como debilidad, fatigabilidad, anorexia y pérdida de peso, lo que contribuye a una discapacidad progresiva y a problemas económicos. Otros síntomas menos frecuentes son la fiebre mayor a cuarenta grados centígrados y eritema local. Las articulaciones principalmente afectadas con carácter simétrico son las metacarpofalángicas y las interfalángicas proximales. Otros grupos articulares relacionados incluyen, la articulación de la muñeca, codo, hombro, rodilla, tobillo y subtalares, las cuales pueden producir dolor intenso al caminar. Ocasionalmente se puede observar inflamación de la sinovial articular y de las bolsas sinoviales de la columna cervical superior¹.

El diagnóstico de ésta enfermedad se debe realizar basándose en la historia clínica, la exploración, los hallazgos radiológicos y de laboratorio. Dado que el cuadro clínico no siempre es concluyente, el American College of Rheumatology (ACR) ha propuesto unos criterios diagnósticos. Éstos criterios diagnósticos son los siguientes: 1) Rigidez matutina de más de una hora de duración en las articulaciones afectadas; 2) Artritis de tres o más áreas articulares objetivadas por un observador experimentado; 3) Artritis de las articulaciones de la mano, que afecta, al menos, a una de las siguientes áreas: carpos, metacarpofalángicas e interfalángicas proximales; 4) Artritis simétrica; 5) Presencia de nódulos reumatoides objetivados por un observador experimentado; 6) Presencia de factor reumatoide; 7) Hallazgos radiográficos típicos de artritis reumatoide



en la radiografía posteroanterior de manos, que incluyan erosiones u osteopenia yuxtaarticular en las zonas afectadas⁴.

Es importante hacer la aclaratoria que el factor reumatoide (RA Test) aparece en el 75 % de los enfermos con AR, aunque su presencia no es patognomónico de la enfermedad, puede aparecer en múltiples enfermedades y hasta en un 5% de la población normal⁴.

Para los efectos de la clasificación, se dice que un paciente padece de artritis reumatoide si éste ha cumplido por lo menos 4 de éstos 7 criterios. Los criterios del 1 al 4 deben haber estado presente durante al menos 6 semanas⁵.

La capacidad funcional también es evaluada por medio de una clasificación que fue diseñada por Steinbroker, la cual establece cuatro criterios:

- Grado I: capacidad completa para desarrollar las ocupaciones habituales sin limitaciones;
- Grado II: posibilidad de realizar las actividades habituales, pero con alguna limitación;
- Grado III: limitación casi total para realizar las actividades habituales y para el aseo personal;
- Grado IV: limitación total para realizar las actividades habituales y para el aseo personal. Enfermos confinados en cama o silla de ruedas⁶.

Actualmente, dado que se desconoce la etiología de AR, no hay un tratamiento específico. Ante la variabilidad en la forma de presentación y evolución, el tratamiento debe ser individualizado para cada caso. Estos enfermos van a requerir controles periódicos en los que se valorará el grado de respuesta al tratamiento, así como los potenciales efectos adversos de éste. Con respecto a la valoración de la evolución de la



enfermedad, se han consensuado unos criterios de remisión, siendo la duración de la rigidez matutina, la VSG y el número de articulaciones inflamadas los principales datos en los que el reumatólogo se debe basar para establecer los ajustes terapéuticos adecuados⁴.

La remisión es el objetivo ideal del tratamiento, pero en la AR, como en muchas de las enfermedades crónicas, la remisión entendida como la curación de la enfermedad es rara. Con frecuencia, el término remisión se usa para definir un estado que se aproxima mucho a la curación, pero en la AR se puede entender como la ausencia de actividad inflamatoria, la ausencia de actividad inflamatoria clínicamente detectable o una actividad clínica muy pequeña, probablemente sin consecuencias, como la destrucción articular o la pérdida de capacidad funcional⁷.

Los criterios para considerar una remisión son: 1) Rigidez matinal <15 minutos; 2) Ausencia de fatiga; 3) Ausencia de dolor (historia); 4) Ausencia de dolor o sensibilidad articular con el movimiento; 5) Ausencia de edema de partes blandas en la articulación o tejido periarticular; 6) VSG Westergreen <30mm/hr (mujeres) <20mm/hr (hombres). Se dice que un paciente se encuentra en remisión clínica si cumple cinco de los criterios anteriores, con la excepción de los pacientes que sufran vasculitis, pericarditis, pleuritis, miocarditis o disminución de peso y/o fiebre inexplicadas⁴.

El pronóstico depende de la interacción de factores genéticos, psicosociales, bioquímicos, hormonales y relacionados con el tratamiento. La expectativa de vida se encuentra disminuida de 3 a 18 años. Los enfermos con AR tienen mayor mortalidad que la población sana, siendo ésta de causa específica y se conoce que hay factores definidos de mal pronóstico, como son: edad avanzada, sexo masculino, factor reumatoide, número de articulaciones comprometidas, discapacidad funcional medida por HAQ, VSG, de ellos el factor pronóstico más consistente en todas las cohortes es el factor reumatoide, el cual es importante para predecir el daño articular y la discapacidad funcional²²



La sospecha de que a pesar de la mejoría clínica, las lesiones articulares siguen progresando es un hecho conocido. En 1996 Mulherin publicó una serie de 40 pacientes afectos de artritis reumatoide, seguidos durante 6 años, y en los que observó que a pesar de la mejoría en todos los parámetros de actividad, clínica y biológica monitorizados, la lesión articular progresaba⁹.

Una aproximación válida para medir calidad de vida se basa en el uso de cuestionarios, los cuales ayudan a cuantificar de forma efectiva problemas de salud¹⁰.

La calidad de vida de los sujetos con AR se ha evaluado por medio de medidas globales de salud y del estado funcional, tales como la Short Form – 36 (SF – 36) y otras escalas. También se han utilizado cuestionarios específicos para la artritis, como la Arthritis Impact Measurement Scale y otros cuestionarios. Ciertos autores han señalado la necesidad de disponer de medidas específicas de los efectos de las enfermedades crónicas sobre la calidad de vida en sujetos procedentes de diversas culturas¹¹.

Vinaccia y sus colaboradores (2005) estudiaron a 82 pacientes colombianos con AR, utilizando la versión española de la QOL-RA, la Short Form.-36 Scale (SF-36) y la Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D), donde concluyeron que los pacientes colombianos con AR presentan una mejor calidad de vida en todas las dimensiones de la QOL-RA, comparados con pacientes de AR de sexo femenino y origen hispano-latino, provenientes de California, las cuales, si bien más jóvenes, presentaban niveles similares de severidad en su artritis, se encontraban confinadas en casa, sin compañía y con nivel educativo bajo. Las correlaciones encontradas entre la puntuación total y los ítems de la QOL-RA con las subescalas de la SF-36 y la puntuación total en la CES-D, muestran que la QOL-RA aporta información acerca de la calidad de vida que es única, no recogida por las otras dos escalas³.



En un estudio realizado por Cadena y sus colaboradores (2002), encontraron que una proporción importante de los pacientes tuvo más de 10 años de duración de la AR, lo cual conduce a pensar que la calidad de vida de los pacientes podría ser influenciada positivamente por sus relaciones sociales y familiares, ya que el soporte social y una buena red de apoyo son factores protectores para evitar la depresión y decremento en la calidad de vida. Cabe recalcar que la percepción del soporte social puede ser definitiva en su influencia en los pacientes con AR, pues se ha descrito que la calidad del soporte es más importante que la verdadera extensión del mismo ¹².

En un estudio realizado por Zung y sus colaboradores (1993) en 75.858 pacientes asistiendo a la práctica de médicos de atención primaria en los Estados Unidos, se encontró que, en el caso de las mujeres, el hecho de estar casadas era un factor protector para el desarrollo de la depresión¹³.

El estado civil es un factor importante, ya que el apoyo de la pareja ha demostrado ser influyente en la evolución de la enfermedad. De tal manera que estudios como el de Ward (1993) plantean que la artritis reumatoide tiene un impacto negativo sobre la satisfacción marital. Demostró que el matrimonio ejercía un efecto benéfico sobre la enfermedad, ya que los pacientes casados tenían mejores puntuaciones en los índices de gravedad comparados con los no casados¹⁴.

Barile y colaboradores (2003) en su estudio sobre satisfacción marital en pacientes con AR, encontraron de forma consistente que las personas no casadas tienen mayor mortalidad comparadas con las casadas y, concluyeron que la artritis reumatoide tiene un impacto negativo sobre la satisfacción marital, el cual no sólo está relacionado con padecer una enfermedad crónica, sino vinculado con las características específicas de la enfermedad¹⁵.



La ocupación juega un rol importante en la vida del hombre influyendo en el estado de salud de cada persona. De Cellis y colaboradores (2001) señala que existen tres áreas ocupacionales que interactúan constantemente: actividades de la vida diaria, trabajo y tiempo libre. Su objetivo fue determinar el tiempo dedicado a cada área ocupacional por mujeres con AR. Concluyeron que las mujeres dedican más tiempo al descanso y en segundo lugar al área de trabajo, posiblemente debido a la necesidad de reposo más que por elección. Ellos enfatizaron que no sólo es importante la cantidad de tiempo dedicada a éstas actividades, sino la forma en que las mismas son efectuadas, y que su realización inadecuada tiende a aumentar el dolor, la fatiga, la inflamación y la deformidad articular¹⁶.

Mussano y sus colaboradores (2001) estudiaron 300 pacientes evaluados por médicos reumatólogos y observaron que la edad del paciente, el estar separado o viudo, un nivel educativo menor o igual a secundaria incompleta, una cobertura en salud nula o escasa en aquellos con obra social, una evolución mayor a 5 años de su A.R., escasa o nula información sobre la enfermedad que padecen y un diagnóstico inicial hecho en forma tardía podrían ser factores relacionados con un peor estado funcional. Concluyeron, que una vez determinando cuáles son los factores estrechamente relacionados con un deterioro funcional más importante, se debería insistir en la modificación de los mismos para lograr una mejor calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide¹⁷.

En un estudio realizado por Affleck y sus colaboradores (1988) encontraron que los pacientes con AR que tienen un alto nivel de satisfacción en cuanto al apoyo social, manifiestan un mejor grado de adaptación a la enfermedad, confirmando la importancia de las variables psicosociales en la manera como las personas asumen su patología y en cómo éstas afectan positivamente su calidad de vida¹⁸.



Por otro lado Tobón y sus colaboradores (2004) en un estudio realizado en 124 pacientes colombianos, con diagnóstico de AR, percibieron tener una buena calidad de vida, al concluir que el impacto de enfermedades crónicas, como la AR, parece estar estrechamente vinculada a la situación social, cultural y económica de éstos pacientes e incidiendo de forma diferencial en su calidad de vida¹⁹.

Los últimos avances de las técnicas de diagnóstico y tratamiento sobre la artritis reumatoide, fueron mostrados en el Décimo Cuarto Congreso Panamericano de Reumatología – PANLAR 2006 – que convocó a más de un millar de médicos extranjeros y recibió a más de 130 expositores de América y Europa, donde se concluyó que la Artritis Reumatoide (AR) debe ser considerada como “uno de los objetivos de la década”, mediante un tratamiento temprano y oportuno y el adecuado conocimiento de la enfermedad por los pacientes; quienes deben acudir al médico en los primeros dos meses de los síntomas, para evitar que se llegue permanentemente a una discapacidad en las actividades diarias, tanto en el hogar como en el trabajo. Lo anterior ha demostrado reducir de manera efectiva y a largo plazo las discapacidades que genera el padecimiento, lo que se traduce también en el ahorro sustancial de los costos del tratamiento para el paciente²⁰.

La artritis reumatoide nos impone un nuevo estilo de vida, que, muchas veces, es poco compatible con los valores que impregnan nuestra sociedad actual, como son la competencia profesional y el rendimiento laboral. Las limitaciones en la vida de relación social, han de impulsar una adaptación y un cambio de estilo de vida en que se valore más el ser que el hacer²¹.

La situación socioeconómica es un factor también muy importante que es evaluado por medio de la escala de Graffar, el cual lo estratifica en cinco grados:

- I. Clase alta
- II. Clase media alta



III. Clase media baja

IV. Pobreza relativa

V. Pobreza crítica ²³.

El impacto económico, social y psicológico asociado con la AR es cada vez más frecuente, aunque el mayor impacto para la persona es en su funcionamiento como ente biopsicosocial, donde su función articular está alterada con limitaciones para realizar sus actividades cotidianas, de manera que se afecta su estado emocional, sus relaciones familiares y sociales, trayendo como consecuencia una persona discapacitada física, psicológica y socialmente²⁴.

El nivel educativo que presenta cada paciente es esencial para el manejo y tratamiento de la enfermedad. Un estudio realizado por Werner y sus colaboradores (2006) plantearon que un adecuado conocimiento de la enfermedad por parte del paciente, permite un cambio en la conducta de éste respecto de su enfermedad, cooperación y adherencia a tratamientos, en ocasiones complejos. Éste fue un estudio de corte transversal, realizado en una muestra no probabilística por conveniencia en 104 pacientes con AR, según los criterios ACR 1987, mediante cuestionario voluntario, se evaluó edad, sexo, procedencia, escolaridad, etnia, años de evolución, si conocían su diagnóstico y el tratamiento para la enfermedad que padecían. Concluyeron que el 60,6% de los pacientes evaluados tenían estudios de enseñanza básica y que el nivel educacional no influyó en la demanda de más información sobre su enfermedad, sin embargo, los pacientes con nivel de educación Medio-Superior tenían un valor de EVA (Escala Visual Análoga) promedio más elevado de conocimiento de su enfermedad²⁵.

Considerando su alta frecuencia, su cronicidad, el significativo impacto individual y social que la enfermedad tiene y, conociendo todos los factores que hacen de la artritis reumatoide una de las enfermedades más investigadas, se propone el estudio de la influencia de dichos factores en los pacientes con artritis reumatoide del Complejo



Hospitalario Universitario “Ruiz y Páez” de Ciudad Bolívar, Estado Bolívar, con la finalidad de mejorar su pronóstico y, con ello, la calidad de vida y estado de salud de las personas que la sufren.



JUSTIFICACIÓN

Actualmente la experiencia a nivel mundial y regional con relación a Calidad de Vida es muy amplia, sobretodo durante los últimos 10 años, donde las investigaciones han ido aumentando progresivamente en diferentes ámbitos del quehacer laboral, profesional y científico. En Venezuela, es un tema bastante conocido cuando se trata de pacientes con cáncer, VIH, Diabetes Mellitus, entre otros, más no cuando se trata de Artritis Reumatoide.

Siendo definida la Calidad de Vida como el bienestar, felicidad y satisfacción de un individuo, que le otorga a éste cierta capacidad de actuación, funcionamiento o sensación positiva de su vida. Su realización es muy subjetiva, ya que se ve directamente influenciada por la personalidad y el entorno en el que vive y se desarrolla el individuo. Según la OMS, la calidad de vida es la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes.

Los avances de la medicina han posibilitado prolongar notablemente la vida, generando un incremento importante de las enfermedades crónicas, en mejora de nuestra sociedad, que en éste momento está siendo sometida a transformaciones sociales, políticas, tecnológicas y económicas.

Al realizar éste estudio en pacientes con Artritis Reumatoide, se pudo evaluar los parámetros más importantes para definir la Calidad de vida de la persona, los cuales son cuatro: bienestar físico, bienestar psicológico, integración social y capacidad funcional.

Por otra parte, los resultados de ésta investigación constituyen una herramienta para que los estudiantes y egresados en Medicina fortalezcan sus conocimientos sobre



Calidad de Vida y Estado de Salud en ésta enfermedad. Así mismo, el trabajo servirá como base para que otros tesisistas continúen ésta línea de investigación referente al tema en otras enfermedades, lo que redundará en la atención psicosocial del enfermo.



OBJETIVO

Objetivo General

Determinar la Calidad de Vida y Estado de Salud en pacientes con Artritis Reumatoide del Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez” de Ciudad Bolívar, durante Marzo a Mayo de 2008.

Objetivos Específicos

1. Clasificar según el grupo etareo a los pacientes en estudio.
2. Clasificar según el sexo a los pacientes en estudio.
3. Determinar el grado de instrucción de los pacientes en estudio.
4. Determinar el estado civil de los pacientes en estudio.
5. Establecer el tiempo de diagnóstico de Artritis Reumatoide de los pacientes en estudio.
6. Determinar el estado funcional de los pacientes según Steinbroker.
7. Establecer situación socioeconómica de los pacientes en estudio según escala de Graffar.
8. Determinar como el paciente califica su estado de salud según cuestionario SF-36 sobre estado de salud.



9. Determinar hasta que punto la salud física o problemas emocionales han dificultado las actividades sociales según cuestionario SF-36 sobre estado de salud.

10. Determinar el tiempo de evolución y el grado de discapacidad según cuestionario de capacidad funcional Health Assessment Questionnaire (HAQ) de los pacientes en estudio.

11. Determinar como el paciente considera su Calidad de Vida tomando según cuestionario Quality of Life-Rheumatoide Arthritis Scale (QOL-RA): Versión española

12. Correlacionar la Calidad de Vida y el Estado de Salud de los pacientes en estudio.



METODOLOGÍA

Tipo de estudio:

Es Descriptivo porque se analizó como es la calidad de vida y estado de salud en pacientes con AR; Prospectivo porque se utilizó un lapso de tiempo a futuro para determinar los posibles cambios en dichos niveles; y Transversal porque cada individuo se estudió en un solo corte de tiempo.

Universo:

El universo estuvo constituido por 703 pacientes con diagnóstico de AR que asistieron a la consulta de la Unidad de Reumatología del Hospital Universitario “Ruíz y Páez”.

Muestra:

La muestra estuvo conformada por 80 pacientes con diagnóstico de AR que asistieron a la consulta de la Unidad de Reumatología del Complejo Hospitalario Universitario “Ruíz y Páez”.

Instrumentos:

Se empleó el Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-Form, SF-36) en la versión española validada por Jordi Alonso y colaboradores (1995)²⁶, la cual incluye once preguntas cada una con opciones diferentes que representan la capacidad física, el desempeño físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, desempeño social, desempeño emocional y salud mental. (Ver Anexo 1).



Simultáneamente se utilizó el Cuestionario de Capacidad Funcional (HAQ)²⁷, el cual consta de 8 (ocho) categorías: 1. Vestirse y arreglarse, 2. Levantarse, 3. Comer, 4. Caminar, 5. Higiene personal, 6. Alcanzar cosas, 7. Agarrar, y 8. Actividades de la vida diaria. Este es un instrumento muy sensible al cambio y un buen predictor de la discapacidad futura y de costos. Hay cuatro posibles grados de dificultad(ad en cuanto a capacidad para realizar cada actividad encuestada: Sin NINGUNA dificultad (0,00 a 0,99), con ALGUNA dificultad(1,00 a 1,99 puntos), con MUCHA dificultad (2,00 a 2,99) y NO PUEDE HACERLO (3,00 puntos) (Ver Anexo 2).

Se aplicó la versión española del cuestionario Quality of Life for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA)²⁸ el cual consta de ocho ítems, cada uno con un rango de puntuaciones que va de 1 (mala QOL) a 10 (excelente QOL). Aquellos pacientes que respondieron que su Calidad de Vida se encuentra en 1 ó 2 se consideró como Mala; seguido por 3 ó 4 como Regular; luego 5 ó 6 como Buena; posteriormente 7 ó 8 como Muy Buena y por último 9 ó 10 como Excelente, ésto para estimar la Calidad de Vida de los pacientes en estudio (Ver Anexo 3).

El estado funcional se determinó según la clasificación de Steinbroker (Ver Apéndice).

Procedimiento:

Los cuestionarios se aplicaron a los pacientes mediante el interrogatorio. Tuvo un tiempo aproximado de 20 minutos para realizarlo, el cual fue realizado por los tesisistas.

A cada paciente evaluado se le llenó una ficha para obtener sus datos personales, datos epidemiológicos y tipo de tratamiento que estuvo recibiendo. (Ver Apéndice).



ANÁLISIS DE RESULTADOS:

Los datos se presentaron en tablas o gráficos de acuerdo al tipo de variable a estudiar. Se analizaron con frecuencias relativas (%). La información recogida en el SF-36 versión Española, fué evaluada mediante la forma de puntuación Rand Group, donde se establece una graduación de las respuestas para cada tema desde 0 a 100. No todas las respuestas tienen el mismo valor, ya que depende del número de posibilidades de respuestas para cada pregunta. Por ejemplo pregunta de 3 categorías se puntúan 0 - 50-100; con 5 categorías se puntúan 0 - 25 - 50 - 75- 100; con 6 categorías 0-20-40-60-80-100. Las preguntas correspondientes a cada dimensión son: Funcionamiento físico: pregunta 3, Rol físico: pregunta 4; Dolor corporal: Preguntas 7 y 8; Funcionamiento o rol social: Pregunta 6 y 10; Salud mental: ítems b, c, d, f, h de pregunta 9; Rol emocional: pregunta 5 (a, b, c); Vitalidad : ítems a, e, g, i de la pregunta 9; Salud General: pregunta 1, y a,b,c,d de 11. Luego se promediaron las respuestas de cada dimensión para obtener: Resultado SF36, Medias, medianas y desviaciones típicas (SD). Considerando que en la escala de evaluación del 0 al 100, lo mejor o excelente es 100 y malo es 0, se empleó la siguiente clasificación: Mala: 0,0-20,0. Regular: 20,1-40,0 Buena: 40,1 - 60,0, Muy Buena: 60,1-80,0 Excelente: 80,1-100,0.

De la información recolectada en el QUL-RA, se sumaron las respuestas correspondientes a los rangos de evaluación (1-10) de cada uno de los ítems se dividen entre el número de respuestas para obtener el resultado final del QOL-RA por cada paciente, el cual se promedió para reflejarlo en la tabla de rangos del 1 al 10, que responde a la siguiente clasificación: Mala: 1-2 , Regular: 3-4, Buena:5-6 , Muy Buena: 7-8, Excelente: 9-10. El HAQ se calculó el grado de dificultad de cada categoría del 0 al 3, en función a las respuestas dadas en las subcategorías correspondientes, tomando en consideración para el ajuste de resultados el uso o no de dispositivos de apoyo por parte del paciente. El puntaje final para cada paciente correspondió al resultado de la suma de



los puntajes de las categorías evaluadas dividido entre el número de categorías contestadas. Los resultados finales estuvieron ubicados en cuatro posibles grados de dificultad en cuanto a capacidad para realizar cada actividad encuestada: Sin NINGUNA dificultad, la cual va de 0,00 a 0,99 puntos; con ALGUNA dificultad, que va de 1,00 a 1,99 puntos; con MUCHA dificultad, que va de 2,00 a 2,99 puntos y NO PUEDE HACERLO que vale 3 puntos. Estos datos serán procesados estadísticamente utilizando el método del “Chi-cuadrado”.

Se aplicó la clasificación de Steinbroker sobre estado funcional, donde se asignó a cada paciente el grado de limitación correspondiente, según su capacidad para realizar las actividades. Grado I: capacidad completa para desarrollar las ocupaciones habituales sin limitaciones; Grado II: posibilidad de realizar las actividades habituales, pero con alguna limitación; Grado III: limitación casi total para realizar las actividades habituales y para el aseo personal; Grado IV: limitación total para realizar las actividades habituales y para el aseo personal. Enfermos confinados en cama o silla de ruedas. Los resultados se analizaron con frecuencias relativas (%).

**Tabla 1**

PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE, SEGÚN GRUPO ETAREO, CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR, VENEZUELA. MARZO-MAYO 2008.

GRUPO ETAREO (años)	NUMERO(N°)	PORCENTAJE(%)
16 – 25	4	5,00
26 – 35	7	8,75
36 – 45	17	21,25
46 – 55	32	40,00
56 – 65	13	16,25
66 – 75	7	8,75
Total	80	100

Fuente: Datos recogidos por los autores.

De los 80 pacientes estudiados, la mayoría pertenecía al grupo etareo 46-55 años, correspondiente a 32 pacientes (40,00%), seguido del grupo de 36 – 45 años correspondiente a 17 pacientes (21,25%).



Tabla 2

PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE SEGÚN SEXO. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR, VENEZUELA. MARZO - MAYO 2008

SEXO	NUMERO	PORCENTAJE
	No	%
Femenino	73	91,25
Masculino	7	8,75
TOTAL	80	100

Fuente: Datos recogidos por los autores.

De los 80 pacientes estudiados, la mayoría pertenecía al sexo femenino correspondiente a 73 pacientes (91,25 %) seguido del sexo masculino con 7 pacientes (8,75%).



Tabla 3

PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE, SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR, VENEZUELA MARZO - MAYO 2008

GRADO DE INSTRUCCIÓN	NUMERO (Nº)	PORCENTAJE (%)
ANALFABETA	3	3,75
ALFABETO	1	1,25
BÁSICA	25	31,25
MEDIA Y DIVERSIFICADA	29	36,25
TEC. MEDIO	5	6,25
INCE(3ER AÑO)	3	3,75
INCE(6TO GRADO)	2	2,25
TEC. UNIV. GRADUADA	2	2,25
UNIVERSITARIO(GRADUADO)	8	10,00
UNIVERSITARIO(NO GRADUADO)	2	2,25
TOTAL	80	100

Fuente: Datos recogidos por los autores.

De los 80 pacientes estudiados, 29 (36,25%) presentaban una educación media y diversificada, seguido con 25 (31,25%) quienes presentaban una educación básica.

Tabla 4



**PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE, SEGÚN
ESTADO CIVIL. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR, VENEZUELA
MARZO – MAYO 2008.**

ESTADO CIVIL	NUMERO (Nº)	PORCENTAJE (%)
UNIDO	11	13,75
CASADO	31	38,75
DIVORCIADO	7	8,75
VIUDO	5	6,25
SOLTERO	23	28,75
SEPARADO	3	3,75
TOTAL	80	100

Fuente: Datos recogidos por los autores.

De los 80 pacientes estudiados, 31 pacientes (38,75%) fueron casados, seguido por los solteros conformados por 23 pacientes (28,75%).

Tabla 5



**PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE, SEGÚN
TIEMPO DE DIAGNÓSTICO. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR,
VENEZUELA. MARZO - MAYO 2008.**

Tiempo de diagnóstico	NÚMERO (N°)	PORCENTAJE (%)
< 5 AÑOS	32	40,00
≥ 5 AÑOS Y <10 AÑOS	18	22,50
≥ 10 AÑOS Y ≤15 AÑOS	9	11,25
≥15 AÑOS Y <20 AÑOS	8	10,00
≥20 AÑOS	13	16,25
TOTAL	80	100

Fuente: Datos recogidos por los autores.

De los 80 pacientes estudiados, 32 (40,00%) tuvieron un tiempo de diagnóstico de AR de < 5 años, seguido por 18 pacientes (22,50%) con un tiempo de diagnóstico comprendido entre ≥ 5 años y <10 años. Entre ≥ 10 y ≥ 20 años se ubicaron 30 pacientes (37,5%).

Tabla 6



PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE, SEGÚN ESTADO FUNCIONAL "STEINBROKER". CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR, VENEZUELA. MARZO - MAYO 2008.

Estado Funcional STEINBROKER	NÚMERO (N°)	PORCENTAJE (%)
GRADO I	18	22,50
GRADO II	47	58,75
GRADO III	15	18,75
GRADO IV	0	0,00
TOTAL	80	100

Fuente: Datos recogidos por los autores.

De los 80 pacientes estudiados, 18 (22,50%) pertenecía al estado funcional I, mientras que 62 pacientes (77,50 %) presentan un estado funcional que osciló entre el grado II a III.

Tabla 7



PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE, SEGÚN SITUACIÓN SOCIOECONÓMICA (ESCALA DE GRAFFAR). CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR, VENEZUELA. MARZO - MAYO 2008.

Situación Socioeconómica (Escala de Graffar)	NÚMERO (N°)	PORCENTAJE (%)
CLASE ALTA	0	0
CLASE MEDIA ALTA	16	20,00
CLASE MEDIA BAJA	35	43,75
POBREZA RELATIVA	29	36,25
POBREZA CRITICA	0	0,00
TOTAL	80	100

Fuente: Datos recogidos por los autores.

De los 80 pacientes estudiados, 35 (43,75%) formaron parte de un nivel socioeconómico de clase media baja, seguido de 29 (36,25%) pobreza relativa, y 16 (20,00%) clase media alta.

Tabla 8



MEDIAS, DESVIACIONES TÍPICAS (SD), Y ALFAS DE CONSISTENCIA INTERNA CALCULADOS DE LA SF 36 APLICADA A LA MUESTRA DE 80 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE. VENEZUELA, CIUDAD BOLÍVAR. ESTADO BOLÍVAR, MARZO - MAYO 2008.

SF-36	Media \pm SD N=80	Mediana
Vitalidad	43,87 \pm 23,20	40,00
Función social	49,53 \pm 45,50	50,00
Rol emocional	49,90 \pm 45,50	55,00
Salud mental	52,15 \pm 38,90	60,00
Función física	59,63 \pm 40,20	50,00
Rol físico	49,38 \pm 50,07	0,00
Dolor corporal	37,75 \pm 32,40	40,00
Salud general	58,75 \pm 32,75	75,00
Total SF-36	50,12 \pm 32,88	50,00

Fuente: Datos recogidos por los autores.

Las puntuaciones, según el SF-36, muestran que las dimensiones correspondientes a vitalidad, Función social, Rol emocional, Salud Mental, función física, rol físico y Salud General presentan medias por encima de 40, lo que indica un funcionamiento en estas áreas moderadamente bueno, mientras que solo la dimensión del dolor corporal, presenta una media por debajo de 40 lo que parece indicar un funcionamiento regular en esta área en particular.

Tabla 9



**PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE, DE
ACUERDO SU ESTADO DE SALUD SEGÚN CUESTIONARIO SF-36.
CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR, VENEZUELA. MARZO - MAYO
2008.**

Estado de Salud (Cuestionario SF-36)	NÚMERO (N°)	PORCENTAJE (%)
EXCELENTE	0	0,00
MUY BUENA	16	20,00
BUENA	52	65,00
REGULAR	12	15,00
MALA	0	0,00
TOTAL	80	100

Fuente: Datos recogidos por los autores.

De los 80 pacientes estudiados, 52 (65,00%) respondieron que su Estado de Salud era Bueno, seguido por 16 (20,00%) que la consideraban muy Bueno y en tercer lugar 12(15,00%) Regular.

Tabla 10



**PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE, SEGÚN
TIEMPO DE EVOLUCION Y GRADO DE DISCAPACIDAD.
CUESTIONARIO DE CAPACIDAD FUNCIONAL HAQ. CIUDAD BOLIVAR,
ESTADO BOLIVAR, VENEZUELA. MARZO – MAYO 2008.**

Tiempo de Evolución (años)	Sin Dificultad (Sin Discapacidad)		Con poca dificultad (Ligera Discapacidad)		Con mucha dificultad (Moderada Discapacidad)		No puedo hacerlo (Severa Discapacidad)		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
<5	11	13,75	17	21,25	2	2,50	0	0,00	30	37,50
≥5 y < 10	2	2,50	12	15,00	5	6,25	1	1,25	20	25,00
≥ 10 y < 15	1	1,25	9	11,25	0	0,00	0	0,00	10	12,50
≥15 y < 20	0	0,00	6	7,50	2	2,50	0	0,00	8	10,00
≥20	0	0,00	7	8,75	3	3,75	2	2,50	12	15,00
TOTAL HAQ	14	15,50	51	63,75	12	15,00	3	3,75	80	100

Fuente: Datos recogidos por los autores.

De los 80 pacientes estudiados se encontró que 51 (63,75%) presentaban una ligera discapacidad, de los cuales la mayoría 17 (21,25%) tenían un tiempo de diagnóstico de menos de 5 años; seguido por 14 (17,5%) pacientes quienes no presentaban discapacidad, de estos el mayor porcentaje 11 (13,75%) presentaban un tiempo de diagnóstico de menos de 5 años; luego por 12 (15,0%) pacientes quienes presentaban una moderada discapacidad, de los cuales 5 (6,25%) presentaban un tiempo de diagnóstico entre 5 y 10 años, y por último de los 3 (3,75%) pacientes encontrados con una severa discapacidad 2 (2,50%) presentaban un tiempo de diagnóstico mayor de 20 años. Por lo



que al aplicar χ^2 se puede comprobar que el grado de discapacidad aumenta con el tiempo de evolución de AR.



Tabla 11

**PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE,
TOMANDO EN CUENTA SU CALIDAD DE VIDA SEGÚN QOL – RA
SCALE. CIUDAD BOLÍVAR, ESTADO BOLÍVAR, VENEZUELA. MARZO -
MAYO 2008.**

Calidad de Vida (QOL – RA Scale)	NÚMERO (N°)	PORCENTAJE (%)
EXCELENTE	18	22,50
MUY BUENA	46	57,50
BUENA	14	17,50
REGULAR	2	2,50
MALA	0	0,00
TOTAL	80	100

Fuente: Datos recogidos por los autores.

De los 80 pacientes estudiados, 46 (57,50%) manifestaron que su Calidad de Vida es Muy Buena, seguido de 18 (22,50%) quienes la consideraron Excelente.



Tabla 12

**PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE.
CORRELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y ESTADO DE SALUD.
CIUDAD BOLÍVAR, EDO. BOLÍVAR, VENEZUELA. MARZO-MAYO
2008.**

CATEGORIAS	CALIDAD DE VIDA		ESTADO DE SALUD	
	Nº	%	Nº	%
EXCELENTE	18	22,50	0	0,00
MUY BUENA	46	57,50	16	20,00
BUENA	14	17,50	52	65,00
REGULAR	2	2,50	12	15,00
MALA	0	0,00	0	0,00
TOTAL	80	100	80	100

Fuente: Datos recogidos por los autores.

De los 80 pacientes estudiados, 46 (57,50%) consideraban que su Calidad de Vida es Muy Buena, mientras que 16 (20,00%) consideraron que su Estado de Salud también es Muy Buena; seguido por 18 (22,50%) pacientes quienes respondieron que su Calidad de Vida es Excelente, mientras que ninguno reportó un Estado de Salud Excelente; luego 14 (17,50%) pacientes representan que su Calidad de vida es Buena, mientras que 52 (65,00%) consideraron que también lo es; le siguen 2 (2,50%) pacientes quienes respondieron que su Calidad de Vida es Regular, comparado a 12 (15,00%) quienes



manifestaron que también su Estado de Salud es Regular; y por último no hubo registro de pacientes que consideraran su Calidad de Vida o su Estado de Salud Mala.



DISCUSION

La Artritis Reumatoide es una enfermedad relativamente frecuente, pues se estima que 1,2% de la población mundial la padece, siendo mas común en mujeres en una proporción de 2-3 a 1 con relación a los hombres²⁹, lo que coincide con los resultados del estudio donde el sexo predominante fue el femenino en una relación significativamente desproporcional de 10 a 1 con relación al sexo masculino. Aunque la AR puede aparecer a cualquier edad, el pico de incidencia es entre 25-50 años³⁰, encontrándose la parte predominante de la muestra estudiada dentro de éste rango que fue de 32 (40,00%) pacientes con edades comprendidas entre los 46-55 años de edad y 17 pacientes (21,25%) con edades comprendidas entre los 36-45 años de edad.

Al analizar las variables sociodemográficas de la muestra, se encontró que la mayoría de los pacientes se encontraban casados 31 (38,75%) o unidos 11 (13,75%), una gran cantidad de estudios indican que el estar casado es un predictor subjetivo de salud mayor que cualquier otra categoría de personas no casadas³¹. Un grupo de investigadores ingleses de la Universidad de Warwick estudiaron durante 10 años las tasas de mortalidad en 10.000 sujetos entre los 30-40 años, encontraron que el riesgo de morir es mayor de un 10% en los hombres solteros y de un 4,8% en las mujeres solteras en comparación a hombres y mujeres de las mismas edades casados, siendo estas tasas de mortalidad similares a la de los fumadores crónicos³². Existe una tendencia a incrementar el número de casos con AR en hombres de mediana edad solteros y mujeres separadas³³.

La mayor cantidad de los pacientes estudiados pertenecen según Graffar, a un nivel socioeconómico medio bajo con 53 pacientes (43,75%), mientras que 29 pacientes (36,25%) se encuentran en una pobreza relativa y 16 (20,00%) pertenecen a una clase media alta; por lo que gran parte de estos pacientes se encuentran en condiciones de



asistir regularmente a sus consultas y cumplir con el tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico que ameriten. Tal razonamiento coincide con los resultados obtenidos por Chigne V. et al (2004), donde al analizar una muestra de 49 pacientes con AR, encuentra que el nivel socioeconómico bajo dificulta un adecuado control de la enfermedad, por una limitación al acceso de los servicios de salud y a las medicinas.³⁴

Existen algunos estudios que consideran al bajo nivel socioeconómico como un factor que genera o se asocia a la presentación de la enfermedad, mayor prevalencia, severidad y mortalidad.^{35,36} El tratamiento de la AR como enfermedad crónica incluye el uso de diferentes fármacos por periodos de tiempo prolongados, tratando de alcanzar los objetivos de disminuir la inflamación articular y aliviar el dolor, retrasar o evitar la destrucción estructural y sus secuelas, preservar la función articular y muscular, garantizando en lo posible la calidad de vida.^{37,38} Así, un estudio económico es parte esencial en la evaluación médica para pacientes con AR, sobre todo por su impacto en la función y nivel de discapacidad.^{39,40,41}

Por otro lado el estado funcional de éstos pacientes, según Steinbroker, estaba representado por el grupo II y el grupo I con 47 y 18 pacientes respectivamente, lo que habla de una buena capacidad funcional, tomando esto en cuenta y considerando que el tiempo de diagnóstico de la mayoría de la muestra fue de menor de 5 años, podemos reforzar la teoría descrita en la literatura de que la capacidad funcional disminuye con relación al tiempo de evolución de la enfermedad^{42,43,44}. Los pacientes que fueron estudiados no presentaron una afectación marcada de su capacidad funcional, lo que permite inferir que esto influyó en el buen estado de ánimo y por consiguiente con la buena percepción de su calidad de vida.

Los resultados obtenidos en cuanto a la Capacidad Funcional de los pacientes, se pueden relacionar con estudios previamente realizados por Cadena et al. (2003); donde los resultados arrojados en sus investigaciones demostraron que los síntomas depresivos



en pacientes con Artritis Reumatoide correlacionaban positivamente con la ansiedad, desesperanza, dolor e incapacidad funcional y correlacionaban negativamente con la calidad de vida⁴⁵.

El grado de Instrucción predominante de la muestra elegida fue de media y diversificada con 29 pacientes (36,25%) y educación básica con 25 pacientes (31,25%) lo cual favorece el grado de entendimiento de la enfermedad por parte de los pacientes, quienes al comprender las alteraciones que puede producir su patología y como pueden controlarla, contribuye a mejorar el pronóstico de desarrollo de discapacidad; Este hecho es apoyado por Leigh JP y Fries JF, quienes también encuentran que el nivel de instrucción juega un papel importante en el pronóstico del desarrollo de discapacidad en el paciente con AR de acuerdo a los resultados obtenidos en su estudio multicéntrico realizado con 2006 pacientes.⁴⁶ Callahan LF y Pincus T, descubrieron que el nivel de escolaridad se asocia con la severidad de la enfermedad.⁴⁷ En la misma línea de ideas, en la investigación sobre nivel de conocimiento de la Artritis Reumatoide por el paciente y la severidad de la enfermedad, realizada por Soto MG, encontró un mayor compromiso clínico y funcional asociado a una falta de conocimiento elemental de la enfermedad por parte de los pacientes.⁴⁸

Cuando se evalúa la repercusión que una enfermedad tiene sobre el estado de Salud global, los parámetros de Calidad de vida relacionado con la salud (evaluado por el SF 36) y repercusión Funcional (evaluados por el HAQ), son los que tienen mayor validez. El contenido de la SF-36 que incluye tanto salud física como mental, presenta factores, como una relativa simplicidad, que pueden facilitar su utilización en la investigación y que están convirtiendo a la SF-36 Health Survey en uno de los instrumentos genéricos de medida del Estado de Salud con mayor potencial de uso internacional, además de ser uno de los parámetros con mayor validez en la evaluación de la repercusión que una enfermedad tiene sobre el estado de salud de los pacientes^{49,50,51}.



En función a los resultados obtenidos a través del HAQ, y al relacionarlos con el tiempo de evolución de la enfermedad, se obtuvo que los pacientes con un tiempo de evolución de menos de 5 años, presentaban en su gran mayoría una ligera discapacidad o ninguna discapacidad, aquellos con un tiempo de evolución entre 6 y 20 años igualmente ligera o ninguna discapacidad y los pacientes con severa discapacidad solo se presentaron en aquellos que tenían un tiempo de evolución mayor de 20 años, y un caso aislado con un tiempo de evolución entre 6 y 10 años. Estos resultados permiten deducir que el tiempo de evolución de la enfermedad en los pacientes es directamente proporcional al grado de discapacidad, lo que concuerda con estudios realizados por otros investigadores.^{52,53,54}

En cuanto a los resultados de la SF-36, tenemos que las subescalas de: vitalidad, función Social, Rol emocional, salud mental, función física, Rol físico y salud general presentaron una puntuación moderadamente buena, mientras que el dolor corporal, arrojó resultados regulares. Esto nos indica que a pesar principalmente del dolor provocado por la enfermedad, no existía un grado de afectación tal que impidiera a estos pacientes realizar funciones físicas esenciales, lo que contribuye en parte a que la salud mental y la percepción del paciente de su calidad de vida, arrojaran resultados muy buenos.

Éstos resultados coinciden con investigaciones realizadas en Colombia por Vinaccia, S., Fernández, H., Moreno, E. y Padilla, G. 2006, donde al aplicar la SF36 a un total de 82 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide obtuvieron un funcionamiento relativamente bueno en las subescalas de desempeño emocional, salud mental, desempeño social y vitalidad, mientras que el funcionamiento es la subescalas de capacidad física, salud general, dolor y desempeño físico fue relativamente bajo¹¹. Permitiendo explicar el porque los profesionales del área de la salud, médicos generales o especialistas, tienden a infravalorar la calidad de vida global del paciente cuando se focalizan en la capacidad física y dolor físico.



El estudio de la QOL-RA, demuestra que las personas estudiadas presentan una muy buena calidad de vida, donde las subescalas con puntajes más altos fueron artritis y dolor artrítico, éstos datos confirman como los niveles de severidad de la artritis reumatoide influyen sobre el estado de salud y calidad de vida de estos pacientes. Los resultados de ésta investigación se apoyan en estudios realizados en Colombia por cadena, Cadavid, Ocampo, Vélez y Anaya(2002)¹², quienes encontraron en muestras de pacientes con Artritis Reumatoide una prevalencia del 58% de síntomas depresivos, cifras superiores a los datos epidemiológicos internacionales. La existencia de depresión se asocia a las peores características clínicas de los pacientes.⁴⁵

Cabe mencionar que entre las variables que mas afectan la calidad de vida de los pacientes con Artritis Reumatoide se encuentra la incapacidad física y funcional, el dolor y el nivel de afectación.⁵⁵ Los resultados obtenidos sugieren que QOL-RA, puede discriminar entre personas con niveles comparables de severidad en su artritis, para quienes ésta enfermedad puede tener un significado o un impacto diferente.¹¹ El estado de ánimo se ha encontrado relacionado positivamente con las principales características clínicas de la Artritis Reumatoide (articulaciones dolorosas, severidad del dolor y estado de salud).^{56,57}



CONCLUSIONES

El grupo etario principalmente afectado con AR se ubica entre los 46-55 años, siendo más común en mujeres que en hombres en una proporción de 10:1.

El estado civil que predominó se ubica en los casados seguido por los solteros.

Según Graffar, el nivel Socioeconómico predominante fue el medio bajo y en menor porcentaje se encontraba dentro de una pobreza relativa.

Más del 80% de los pacientes estudiados se encontraban dentro del grupo II y grupo I, en 1ro y 2do lugar respectivamente dentro del estado funcional según Steinbroker.

En éste estudio se encontró que el grado de instrucción más común fue de media y diversificada.

El tiempo de diagnóstico de la mayoría fue de menor de 5 años.

Los resultados del cuestionario HAQ arrojaron que más de la mitad de los pacientes evaluados presenta una ligera discapacidad (1,00 a 1,99 puntos).

Se pudo demostrar la relación directamente proporcional que existe entre el tiempo de evolución de la enfermedad con el grado de discapacidad en los pacientes con AR, ya que a mayor tiempo de evolución mayor es el grado de discapacidad.



La percepción de los pacientes de su Estado de Salud es Buena y de su Calidad de Vida es muy Buena, a pesar de los problemas físicos y dolor corporal que estaban experimentando.

Y por último, según éste estudio, los pacientes con AR tienen una Muy Buena Calidad de Vida, a pesar de las regulares condiciones físicas en las cuales se encuentran, el cual era evidente por el uso de sillas de ruedas, muletas o limitación al momento de caminar o sentarse. Sin embargo, esto puede ser explicado por la relación y el apoyo que reciben de su entorno, en particular familiar, hace que sus vidas sean más llevaderas y, posiblemente en los casos de larga evolución, su calidad de vida sea mejor.



RECOMENDACIONES

Incentivar al personal médico que labora en las Unidades de Reumatología a desarrollar campañas informativas a los pacientes con AR sobre todo lo referente a su enfermedad; etiología, clínica, tratamiento, etc., porque ellos, al tener el conocimiento necesario pueden controlar más su enfermedad y mejorar por consiguiente su pronóstico de discapacidad.

Hacerles saber a los familiares de los pacientes con AR que el apoyo emocional que le pueden brindar favorece su estado de salud.

Tomar en cuenta la importancia de las variables sociodemográficas como estado civil, nivel socioeconómico, grado de instrucción, etc. como predictores subjetivos fundamentales del estado de salud en pacientes con AR.

Dar importancia a la evaluación psiquiátrica de pacientes con AR, para mantener un monitoreo preventivo de su estado de salud mental, y poder de esta manera tomar acciones oportunas ante cualquier factor negativo que pudiese estar dañando la salud psíquica o reforzar aquellos factores que estén influyendo positivamente.

Realizar este estudio en personas que padezcan otras enfermedades, para determinar estado de salud y calidad de vida permitiendo así tener mayor control sobre la salud física y mental de estos pacientes.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lipsky, P. 2001. Artritis Reumatoide. In Braunwald, E., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D. y Jameson, J. Harrison Principios de Medicina Interna. Edit. Mc Graw Hill. México, D.F. 15^a ed. Cap. 312: 2255-2265.
2. Lipsky, P. 2006. Artritis Reumatoide. In Braunwald, E., Fauci, A., Kasper, D., Hauser, S., Longo, D. y Jameson, J. Harrison Principios de Medicina Interna. Edit. Mc Graw Hill. México, D.F. 16^a ed. Cap. 301: 2166-2175.
3. Vinaccia, S., Tobón, S., Moreno, E., Cadena, J. y Anaya, J.M. 2005. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. Inter. Jour. Psych. Psychol. Ther. [Serie en Línea]. 5(1): 47-61. Disponible. http://64.233.169.104/search?q=cache:E9EeyjU2n6kJ:www.ijpsy.com/ver_archivo.php%3Fvolumen%3D5%26numero%3D1%26articulo%3D109%26lang%3DES+evoluci%C3%B3n+de+calidad+de+vida+en+artritis&hl=es&ct=clnk&cd=10&gl=ve. [Agosto, 2007].
4. American College of Rheumatology ad Hoc Committee on Clinical Guidelines. Guidelines for the Management of Rheumatoid Arthritis. Arthritis Rheum 1996; 39: 713-722.
5. Arnett, F., Edworthy, S., Bloch, D., McShane, D., Fries, J., Cooper, N., et al. 1988. The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. ACR. [Serie en Línea]. 31: 315-324. Disponible. <http://www.rheumatology.org/publications/classification/ra/ra.asp?aud=mem> [Febrero, 2008].



6. Hochberg MC, Chang RW, Dwosh I, Lindsay S, Pincus T, Wolfe F. The American College of Rheumatology 1991 revised criteria for the classification of global functional status in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum* 1992; 35(5):498 – 502.

7. Balsa, A. 2007. ¿Cómo se evalúa una respuesta inadecuada en un paciente con artritis reumatoide en la práctica clínica? DOYMA. [Serie en Línea]. 3(1): 38-44. Disponible. <http://db.doyma.es/cgi-bin/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pid=13099192> [Marzo, 2008].

8. Caballero, C., Chalem, P., Londoño, J., Restrepo, J., Iglesias, A., Vélez, P., et al. 2002. Primer consenso colombiano sobre el tratamiento de la artritis reumatoide temprana. *Rev. Colom. Reumatol.* [Serie en Línea]. 9(4): 323-331. Disponible. <http://www.asoreuma.org/pdf/CONSENSO%20DE%20ARTRITIS%20REUMATOIDEA%20TEMPRANA.pdf> [Febrero, 2008].

9. Mulherin D, Fitzgerald O, Bresnihan B. Clinical improvement and radiological deterioration in RA: evidence that the pathogenesis of synovial inflammation and articular erosion may differ. *Br J Rheumatol* 1996; 35: 1263-8. Disponible. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682001000600005&lng=es&nrm [Febrero, 2008].

10. Testa MA, Simonson DC. Assessment of quality of life outcomes. *N Engl J Med.* 1996;334:835-40.



11. Vinaccia, S., Fernández, H., Moreno, E. y Padilla, G. 2006. Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia. *Rev. Colomb. Reumatol.* 13(4): 264-269.
12. Cadena, J., Cadavid, M., Ocampo, M., Vélez, M. y Anaya, J. 2002. Depresión y familia en pacientes con artritis reumatoide. *Rev. Colom. Reumatol.* 9(3): 184-191.
13. Zung WWK, Broadhead E, Roth ME. Prevalence of depressive symptoms in primary care. *Fam Pract* 1993; 37: 337-338.
14. Ward, M. y Leigh, J. 1993. Marital status and the progression of functional disability in patients with rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 36(5): 581 – 588.
15. Barile, L., Casarrubias, M., Gutiérrez, C., Ariza, R., Martínez, C. y Clark Peralta, P. 2003. Satisfacción marital en pacientes con artritis reumatoide. *Rev. Med.* 42(2): 131-136.
16. De Cellis, V., Pérez, A., Heredia, M., Godoy, R., Navia, M. y Scheines, E. 2001. Áreas ocupacionales en pacientes con artritis reumatoidea. 37º Congreso Argentino de Reumatología - IX Congreso Internacional de Reumatología del Cono Sur. Sociedad Argentina de Reumatología. Buenos Aires, Argentina. http://www.medicalcongress.net/0-buscaadores/buscaador_vertrabajo.php?codigo=3021
17. Mussano, E., Missakian, S., Onetti, O. y Senestrari, D. 2001. Estado funcional y calidad de vida en artritis reumatoidea. 37º Congreso Argentino de Reumatología - IX Congreso Internacional de Reumatología del Cono Sur. Sociedad Argentina de Reumatología. Buenos Aires, Argentina.



http://www.medicalcongress.net/0-buscaadores/buscador_vertrabajo.php?codigo=3008

18. Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C., Fifeicol, J. y Rowc, J. (1988). Social support and psychosocial adjustment to rheumatoid arthritis. *Arthritis Care Research*, 1: 71 – 77.
19. Tobón, S., Vinaccia, S., Cadena, J. y Anaya, J. 2004. Calidad de Vida en personas con Artritis Reumatoide a partir del cuestionario de Calidad de Vida en la Atritis (QOL – RA) 14(1): 25 - 30.
20. Martínez, J. 2006. Importantes avances en el tratamiento de la artritis reumatoide. Panamerican League of Association Rheumatolgy. [Serie en Línea]. Disponible. <http://www.panlar.org/News.htm> [Agosto, 2007].
21. Granados, J. 2001. Calidad de vida y enfermedades reumáticas. Paulino, J. *Reumatología en Atención Primaria*. Editorial Aula Médica. Madrid, España. Edición 1. Cap. 51: 665 – 668.
22. Caballero Uribe, C. V. 2004. Pronóstico y expectativa de vida en Artritis Reumatoide . *Rev. Colomb. Reumatol.*11(3): 225-231.
23. Graffar, M. 1956 Une methode de classification sociales d'echantillons de population. *Courrier VI*: 445-459.
24. Salazar, J. y Franzone, D. 2002. Ansiedad y/o depresión en artritis reumatoide. Tesis de grado. Departamento de Psicología y Psiquiatría. Escuela de Ciencias de la Salud. Núcleo Bolívar. Universidad de Oriente. pp 52. [Multígrafo].



25. Werner, A., Kaliski, S., Salazar, K., Bustos, L., Rojas, M., Baumert, C. y et al. 2006. Nivel de conocimiento de los pacientes con artritis reumatoide acerca de su enfermedad y tratamiento. Rev. Med. Chile. [Serie en Línea]. 134: 1500-1506. Disponible. http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872006001200002&script=sci_arttext [Febrero, 2008].
26. Alonso J, Prieto L, Anto JM. La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Med Clin (Barc). 1995;104:771-6.
27. Esteve, J. et al. Evaluación de la Capacidad Funcional en Artritis Reumatoide. Reumatol Clin. 2010. doi:10.1016/j.reuma.2009.10.008.
28. Danao LL, Padilla GV, Johnson DA. An English and Spanish quality of life measure for rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum 2001; 45(2): 167-173.
29. Ortiz, A. y Laffon, A. 2001. Artritis Reumatoide. Paulino, J. Reumatología en Atención Primaria. Editorial Aula Médica. Madrid, España. Edición 1. Cap. 13: 155-166.
30. Rodríguez de la Serna: Temas actuales de Reumatología. Publicaciones Médicas ESPAXS, S.A. Barcelona, España 1992; 233-49.
31. Padilla, R y Garbán, A. 2003. Artritis Reumatoide un enfoque biopsicosocial. Aula Médica. Madrid, España. pp 25 – 35.
32. Gardner, J. y Oswald, A. (2004). How is mortality affected by Money, marriage and stress? Journal of Health Economics. Vol.23(nº6).pp.1181-1207.



33. Pastor, J., Morales, M., Llopis, A. y Ferriol, V. (1998) Prevalence and depression degree in patients with rheumatoid arthritis. *Med. Clin.*, 111, 361-366.
34. Chigne V, Oscar et al. Costos en pacientes con Artritis Reumatoide (AR) en monoterapia con Metrotexate (MTX) según respuesta terapéutica y calidad de vida. *Rev. Peru. Reumatol.* 2004; 10(3) : 6-18.
35. C E Jacobi, et al. Impact of socioeconomic status on the course of rheumatoid arthritis *Rheum (Arthritis Care & Research)*. Vol. 49, N° 4, August 15, 2003, pp 567-573.
36. ERAS Study Group. Socioeconomic deprivation and rheumatoid disease: what lessons for the health service?. *Ann Rheum Dis* 2000; 59: 794-99.
37. A. Mera Varela, et al. Aproximación al coste del tratamiento farmacológico en la artritis reumatoide en España. *An Med. Interna (Madrid)* 2003. Vol. 20, N.º 3, pp. 114-121.
38. Blumenauer B, et al. Quality of life in patients with rheumatoid arthritis : which drugs might make a difference? *Pharmacoeconomics*. 2003; 21 (13): 927-40.
39. Lajas, et al. Costs and predictors of costs in Rheumatoid Arthritis: A Prevalence-Based Study. *Arthritis Rheum (Arthritis Care & Research)*. Vol. 49, N° 1, February 15, 2003, pp 64-70.
40. Doruk Erkan, et al. Physician Treatment Preferences in Rheumatoid Arthritis of Differing Disease Severity and Activity: The Impact of Cost on First-Line Therapy. *Arthritis & Rheum (Arthritis Care & Research)*. Vol. 47, N° 3, June 15, 2002, pp. 285-290.



41. E. Yelin, et al. An assessment of the anual and longterm direct costs of rheumatoid arthritis: The impact of por funtion and functional decline. *Arthritis Rheum* Vol. 42, N° 6, June 1999, pp 1209-1218.
42. Pincus T, Callahan LF, Sale WG, Brooks AL, Payne LE ans Vaughn. Severe Functional declines,work disability and increased mortality in seventy-five Rheumatoid Arthritis patients studied over nine years. *Arthritis Rheum* 1984; 27:864-872.
43. Serbo B, Jajic I. Relationship oí the Functional Status, duration of the disease and pain intensity and some psychological variables in patients with Rheumatoid Arthritis. *Clinical Rheumatology* 1991 ; 10:419-422.
44. Wolfe F and Cathey MA. The assessment and prediction of Functional Disability in Rheumatoid Arthritis. *J Rheumatol* 1991 ; 18:1298-1305.
45. Cadena, J., Vinaccia,S., Rico, M.I., Hinojosa, R. y Anaya, J.M.(2003).The impact of Disease activity on quality of life and mental health status in Colombian patients whith Reumatoid Artritis.*Journal of Clinical Rheumatology*,9,142-150.
46. Leigh JP and Fries JF. Education Level and Reumatoid Arthritis: evidence, from five, data centers. *J Rheumatol* 1991; 18:24-33.
47. Callahan LF and Pincus T. Formal Educations level as a significant marker of clinical status in Rheumatoid Arthritis *Rheum* 1988; 31:1346-1357.




48. Soto MG. Relación entre el nivel de conocimiento de la artritis reumatoide por el paciente y la severidad de la enfermedad (tesis de Bachiller). Lima,Peru:UPHC, 1996, 65pp.
49. Hunt S; Mueven J; Mckenna S: Measuring Health Status: a novel model for clinicians and epidemiologists. J R Coll Gen Pract 1985; 35:185-188.
50. Fries J F; Spitz P W; Young D Y. The dimensions of health outcomes: the health assessment questionnaires disability and pain scales, J Reumatol 1982; 9: 789-793.
51. Alonso J, Prieto L. y Antò J M. La Versión Española del SF-36 Health Survy (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. Departamento de Epidemiología y salud Pública. Instituto Municipal de Investigación Médica (IMIM).Universidad Autónoma de Barcelona. Med Clin(Barc) 1995;104:771-776.
52. Shumacher HR: Primer of the Rheumattic Dissease. Published by arthritis Foundation.Athlanta, Georgia 1993; 10th Ed: 1-4; 86-96.
53. William n: Textbook of Rheumatology. Published by saunders Co. Philadelphia, Pennsilvanya 1993; 4th Ed. 1: 883-940.
54. Carrillo C. Aplicación del Health Assesment Questionnaire a pacientes aquejados de Artritis Reumatoidea del Municipio Marianao. (2005) <http://www.revistaciencias.com/publicaciones/EEklpAeVlkqTZSCwFU.php>. [sep, 2005].



55. Ryumachi, H.A., yoshida, S., Moroi, Y., Akiuki, M., Kondon, H., Tsuboi, S., Fyjimori, J., Hoshi, K., Ishihara, Y., Kutsuna, T., Shiino, Y., Nishibayahi, Y. y Sato, H.(2002). A multicenter cross-sectional study on the health quality of life of patients with rheumatoid arthritis using a revised Japanese version of the arthritis impact measurement. scales version 2 (AIMS 2), Focusing on the medical care costs and their associative. Multicenter Study 42, 23-39.
56. . Pincus,T., Callahan, L., Brooks, R., Funchs, H., Olsen, N. y Kaine, J.(1998). Self Report questionnaire Scores in Rheumatoid arthritis. Annales of Internal Medicine, 110, 259-266.
57. Smetstad, L., Vaglum, P., Moun, T. y Kvien, T.(1995) The relationship between pain and sociodemographic variables, anxiety and depressive symptoms in rheumatoid arthritis. Journal of Rheumatology, 22, 514-520.



ANEXOS



Cuestionario SF-36 sobre el Estado de Salud (Short-form, SF-36)

Instrucciones: Las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber como se encuentra usted y hasta que punto es capaz de hacer sus actividades habituales. Conteste cada pregunta tal como se le indica. Si no esta seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, diría que su salud es:

Excelente	1
Muy buena	2
Buena	3
Regular	4
Mala	5

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

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

3. La siguiente pregunta se refiere a actividades o cosa que usted podría hacer en un día normal. ¿Su salud actual le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿Cuánto?

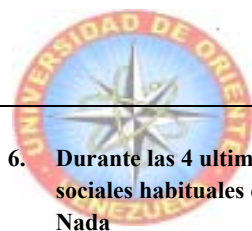
Actividades	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No me limita
a. Esfuerzos intensos (correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agotadores)	1	2	3
b. Esfuerzos moderados (mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar mas de una hora)	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse o arrodillarse	1	2	3
g. Caminar 1 Km o mas	1	2	3
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por si mismo	1	2	3

4. Durante las 4 ultimas semanas ha tenido algunos de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

	Si	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiese querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (p. ej., le costo mas de lo normal)?	1	2

5. Durante las 4 ultimas semanas ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (estar triste, deprimido o nervioso)?

	Si	No
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer, por algún problema emocional?	1	2
c. No hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, por algún problema emocional?	1	2



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

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

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

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

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

Nada	1
Un poco	2
Regular	3
Bastante	4
Mucho	5

9. Las preguntas que siguen se refieren a como se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que mas se parezca a como se ha sentido usted. Durante las últimas semanas, ¿Cuánto tiempo...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
a. ...Se sintió lleno de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ...Estuvo muy nervioso?	1	2	3	4	5	6
c. ...Se sintió tan bajo de moral que nada podía aliviarle?	1	2	3	4	5	6
d. ...Se sintió calmado y tranquilo?	1	2	3	4	5	6
e. ...Tuvo mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. ...Se sintió desanimado y triste?	1	2	3	4	5	6
g.Se sintió agotado?	1	2	3	4	5	6
h.Se sintió feliz?	1	2	3	4	5	6
i.Se sintió cansado?	1	2	3	4	5	6

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

Siempre	1
Casi siempre	2
Algunas veces	3
Solo algunas veces	4
Nunca	5

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.

	Totalmente cierta	Bastante cierto	No lo se	Bastante falso	Totalmente falso
a. Creo que me pongo enfermo mas fácilmente que otras personas	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano como cualquiera	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente	1	2	3	4	5



HAQ

Cuestionario de capacidad funcional

En esta sección nos interesa conocer como afecta su enfermedad su capacidad para desempeñar sus actividades en la vida diaria. Puede agregar cualquier comentario que crea oportuno al dorso de esta página.

Por favor marque con una cruz la respuesta que mejor describa su capacidad habitual DURANTE LA SEMANA PASADA

	Sin ninguna dificultad	Con poca dificultad	Con mucha dificultad	No puede hacerlo
Vestirse y arreglarse, ¿Puede usted:				
1. Vestirse solo/a, incluyendo atarse los cordones de los zapatos y abrocharse los botones?				
2. Lavarse el cabello?				
Levantarse. ¿Puede usted:				
3. Levantarse de una silla sin apoyarse?				
4. Acostarse y levantarse de la cama?				
Comer, ¿Puede usted:				
5. Cortar la carne en el plato?				
6. Llevarse a la boca una taza o un vaso lleno?				
7. Abrir un envase nuevo de leche en cartón?				
Caminar ¿Puede usted:				
8. Caminar afuera de su casa en un terreno plano?				
9. Subir cinco escalones?				
Higiene Personal, ¿Puede usted:				
10. Lavarse y secarse el cuerpo?				
11. Tomar un baño en bañera (por ej. Doblando las rodillas, etc.)?				
12. Sentarse y levantarse de la poceta?				
Alcanzar cosas, ¿Puede usted.				
13. Alcanzar y bajar un objeto de aproximadamente 2 kilos (por ej. Una botella familiar de refresco) que estuviera a una altura por encima de su cabeza?				
14. Agacharse para recoger ropa del suelo?				
Agarrar, ¿Pudo usted:				
15. Abrir las puertas de un auto?				
16. Abrir frascos que ya habían sido abiertos?				
17. Abrir y cerrar los grifos?				
Actividades, ¿Pudo usted:				
18. Hacer mandados e ir de compras?				
19. Entrar y salir de un auto?				
20. Hacer tareas domesticas (por ej. Barrer, arreglar el jardín)?				

Si utiliza habitualmente algún UTENSILIO O APARATO DE AYUDA para hacer alguna de las actividades arriba mencionadas, por favor, márkelo con una cruz en la lista siguiente:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asiento elevado para la poceta | <input type="checkbox"/> Aparatos con mango largo para alcanzar cosas |
| <input type="checkbox"/> Asiento para bañarse | <input type="checkbox"/> Utensilios con mango largo en el baño (tales como un cepillo para la espalda) |
| <input type="checkbox"/> Abridor de frascos (para frascos que Ya habían sido abiertos). | <input type="checkbox"/> Otros (especificuelos): |
| <input type="checkbox"/> Barra para agarrarse en la bañera/ducha | |

En algunas de estas actividades suele necesitar AYUDA DE OTRA PERSONA, por favor, márkela con una cruz:



Higiene personal

Agarrar y abrir cosas

Alcanzar cosas

Mandados y tareas domesticas

Nombre del paciente: _____ Historia N° _____

Fecha : ____ / ____ / ____ (día-mes-año)



Nombre y apellido del Paciente: _____

Historia Clínica N° _____

Fecha: _____

Calidad de Vida en Artritis Reumatoide (QOL-RA Scale). Versión Española

1.- Si Ud. Sólo considera sus habilidades físicas, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

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

2.- Si Ud. Sólo considera la ayuda que le han dado su familia y sus amistades, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

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

3.- Si Ud. Sólo considera su dolor artrítico, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

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

4.- Si Ud. Sólo considera su nivel de tensión nerviosa, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

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

5.- Si Ud. Sólo considera su salud, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

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

6.- Si Ud. Sólo considera su artritis, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

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

7.- Si Ud. Sólo considera su nivel de interacción entre Ud. y su familia y amigo(a)s, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

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

8.- Si Ud. Sólo considera lo que Ud. dijo acerca de su estado de ánimo, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

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



APÉNDICE

**DATOS DEL PACIENTE
ARTRITIS REUMATOIDE**

Fecha: _____

Historia

Clínica N° _____

NOMBRES Y APELLIDOS:

EDAD:

SEXO: F ___ M ___

RAZA:

LUGAR Y FECHA DE NAC.:

RELIGIÓN:

OCUPACIÓN:

GRADO DE INSTRUCCIÓN: Analfabeto ___ Alfabeto ___ Básica último grado aprobado

Media y Diversificada año aprobado _____ Técnico medio año aprobado _____

Ince (con 3er año) graduado Si ___ No ___ Ince (6to grado) graduado Si ___ No

Técnica Universitaria graduado Si ___ No ___ Universitario graduado Si ___ No

Otros cursos ¿Cuáles? _____

ESTADO CIVIL: Unido ___ Casado ___ Divorciado ___ Viudo ___ Soltero ___ Separado

PROCEDENCIA:

DIRECCIÓN ACTUAL:

TIEMPO DEL Dx DE AR.

<5 años _____

≥ 5 años y <10 años _____

≥ 10 y <15 años _____

≥ 15 y < 20 años _____

≥ 20 años _____



ACTUALMENTE RECIBE TTO? SI _____ NO _____

Drogas de Remisión:Metotrexate _____
Cloroquina Disfotato _____

Hidroxicloroquina _____

Colchicina _____

acetonide _____

Penicilamina _____

Sales de Oro _____

Sulfazalasa _____

Leflunomide _____

Inmunosupresores:

Azatioprina _____

Ciclofosfamida _____

Ciclosporina _____

AINES:

Ibuprofen _____

Indometacina _____

Nimesulide _____

Diclofenac _____

Ketoprofen _____

Corticosteroides:

Prednisona _____

Metil-prednisona _____

Daflazacort _____

Triancinolone _____

Derametasona _____

Betametasona _____

Estado Funcional, Steinbroker:

Grado I _____

Grado II _____

Grado III _____

Grado IV _____

Situación Socioeconómica, Escala de Graffar:

I. Clase Alta _____

II Clase Media Alta _____

III Clase Media Baja _____

IV Pobreza Relativa _____

V. Pobreza Crítica _____



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

TÍTULO	CALIDAD DE VIDA Y ESTADO DE SALUD EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDE. COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO “RUÍZ Y PÁEZ” CIUDAD BOLÍVAR. ESTADO BOLÍVAR, VENEZUELA. MARZO – MAYO 2008.
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CULAC / E MAIL
Arroyo Toro Yaydalene de las Rosas	CVLAC: 15.348.674 E MAIL: toro2021@hotmail.com
Barreto Rodríguez Julio Fernando	CVLAC: 15.347.645 E MAIL: juliob82@hotmail.com
	CVLAC: E MAIL:
	CVLAC: E MAIL:

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Artritis Reumatoide, calidad de vida, estado de salud.



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ÀREA	SUBÀREA
Salud Mental y Medicina	Psiquiatría
	Reumatología

RESUMEN (ABSTRACT):

La Artritis Reumatoide es una enfermedad inmunológica, crónica y multisistémica, cuya prevalencia es cerca a 0,8% de la población general. Objetivo: Determinar la Calidad de Vida y Estado de Salud en pacientes con Artritis Reumatoide. Metodología: Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo y transversal, donde se evaluaron 80 pacientes. Para la recolección de la información se utilizaron los siguientes cuestionarios SF-36, HAQ y QOL - RA, la capacidad funcional es evaluada por medio de una clasificación que fue diseñada por Steinbroker y el estrato socioeconómico mediante la aplicación del método de Graffar. Resultados: El grupo etareo que predominó fue de 46-55 años. La mayoría pertenecían al sexo femenino. El mayor grado de instrucción correspondió a la educación media y diversificada. El estado civil predominante fue el casado. El tiempo de diagnóstico de AR que resaltó fue de < 5 años. La capacidad funcional según Steinbroker sobresalió el grupo II (posibilidad de realizar las actividades habituales con alguna limitación). La situación socioeconómica más frecuente fue la clase media baja. El cuestionario SF-36 permitió conocer que el estado de salud que predominó fue el Bueno (65,0%). Por medio del Chi² aplicado en el HAQ, se demostró que 51 pacientes (63,75%) presentaban una ligera discapacidad (1,00 – 1,99 puntos), de los cuales la mayoría 17 (33,33%) tenían un tiempo de diagnóstico de menos de 5 años. El cuestionario QOL – RA Scale permitió saber que (57,5,0%) respondió que su Calidad de Vida es muy Buena. Al comparar la Calidad de Vida y el Estado de Salud, por medio del Coeficiente de correlación, la mayoría 46 (57,5%) presentan una calidad de vida muy Buena y 52(65,0%) un estado de salud Bueno. Conclusiones: Los pacientes con AR tienen un Buen Estado de Salud y una Muy Buena Calidad de Vida, a pesar de las regulares condiciones físicas en las cuales se encuentran. Sin embargo, éste resultado puede ser explicado por la relación y el apoyo que reciben de su entorno, en particular familiar, y por el hecho de que la calidad de vida no depende de las limitaciones físicas sino de cómo el paciente se autopersiva.



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
	ROL	CA	AS	TU X	JU
Yolirma Vaccaro	ROL	CA	AS	TU X	JU
	CVLAC:	5.553.546			
	E_MAIL	yolirma@gmail.com			
	E_MAIL				
Héctor Cipriani	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	4.647.443			
	E_MAIL	hecq53@hotmail.com			
	E_MAIL				
Irama Maldonado	ROL	CA	AS	TU	JU X
	CVLAC:	3.532.192			
	E_MAIL	irama.maldonado@gmail.com			
	E_MAIL				
Carlota Acosta	ROL	CA X	AS	TU	JU
	CVLAC:	3.957.199			
	E_MAIL	acostacarlota@hotmail.com			
	E_MAIL				

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN:

2010	08	10
AÑO	MES	DÍA

LENGUAJE. SPA



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
Tesis.Calidad de Vida y Estado de Salud en pacientes con Artritis Reumatoide.doc	MS.word

ALCANCE

ESPACIAL: Hospital "Ruiz y Páez" Ciudad Bolívar Edo Bolívar

TEMPORAL: 5 años

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico Cirujano

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado

ÁREA DE ESTUDIO:

Departamento de Salud Mental

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente



METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS

De acuerdo al artículo 44 del reglamento de trabajos de grados.
“Los trabajos de grados son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizados a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al consejo universitario”.

Yaydalene Arayo
AUTOR

Julio Barreto
AUTOR

[Signature]
TUTOR

[Signature] **JURADO** *[Signature]* **JURADO**

POR LA SUBCOMISION DE TESIS