

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA



**“CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN RELACIÓN
A DURACIÓN DE AÑOS DE ENFERMEDAD EN PACIENTES CON
ARTRITIS REUMATOIDE DEL CENTRO DE ARTRITIS DE LA
CIUDAD DE QUITO EN EL PERÍODO SEPTIEMBRE-OCTUBRE
DEL 2016”**

**DISERTACIÓN PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MÉDICO
CIRUJANO**

MICHELLE ESTEFANIA NARANJO BORJA

DIRECTOR: DR. CARLOS VALLEJO

QUITO, 2017

DEDICATORIA

A mis padres Hugo y Fanny,
por ser mi ejemplo, apoyo e inspiración.

Este logro es por ustedes y para ustedes.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mi familia por enseñarme el valor del esfuerzo y la satisfacción de la recompensa en cada acto de la vida, gracias por su sacrificio para buscar darme un futuro mejor, por el apoyo incondicional y comprensión día tras día de esta demandante carrera.

A todos los docentes de la facultad que año tras año con sus conocimientos y experiencias hicieron parte de mi formación académica como profesional y ser humano.

A mis amigos que siempre tuvieron una palabra de aliento en los momentos difíciles e hicieron de esta etapa única e inolvidable.

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	
1. MARCO TEÓRICO	3
1.1. CONTEXTO MUNDIAL Y REGIONAL DE LA ARTRITIS REUMATOIDE	3
1.2. SUPERVIVENCIA, MORBILIDAD Y MORTALIDAD ASOCIADAS ARTRITIS REUMATOIDE	5
1.3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LA ARTRITIS REUMATOIDE	9
1.4. JUSTIFICACIÓN	16
CAPÍTULO II	
2. METODOLOGÍA	17
2.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	17
2.2. OBJETIVOS	17
2.2.1. Objetivo general	17
2.2.2. Objetivos específicos	17
2.3. HIPÓTESIS	18
2.4. TIPO DE ESTUDIO	18
2.5. POBLACIÓN Y MUESTRA	18
2.5.1. Criterios de inclusión y exclusión	19
2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	20
2.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	28
2.8. PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN	28
2.9. ANÁLISIS ESTADÍSTICO	28
2.10. ASPECTOS BIOÉTICOS	29
CAPÍTULO III	
3. RESULTADOS	30
CAPÍTULO IV	
4. DISCUSIÓN	62
CAPÍTULO V	
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	76
5.1. CONCLUSIONES	76
5.2. RECOMENDACIONES	77
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	78

Lista de Tablas

Tabla 1. Estadísticos descriptivos para las variables: Uso de corticoides, DMARDs y Biológicos analizados en este estudio	37
Tabla 2. Estadísticos descriptivos para las variables evaluación global del médico y evaluación global del paciente	41
Tabla 3. Estadísticos descriptivos para las variables número de articulaciones inflamadas y número de articulaciones dolorosas	41
Tabla 4. Correlación entre las variables puntaje HAQ, tiempo en meses en acudir a primera consulta, consulta con Reumatólogo, tiempo diagnóstico y tiempo de seguimiento	44
Tabla 5. Estadísticos descriptivos para los puntajes de las categorías del cuestionario QOL-RA	45
Tabla 6. Estadísticos descriptivos para los puntajes de las categorías del cuestionario HAQ	46
Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las manifestaciones extra articulares analizadas en este estudio	47
Tabla 8. Asociación entre las variables sexo y boca seca analizadas en este estudio	48
Tabla 9. Asociación entre las variables: sexo y fatiga analizadas en este estudio	48
Tabla 10. Asociación entre las variables: escolaridad y presencia de erosiones articulares en Rx analizadas en este estudio	49
Tabla 11. Asociación entre las variables: uso de medicamentos DMARDs y ojo seco analizadas en este estudio	49
Tabla 12. Asociación entre las variables: uso de medicamentos biológicos y ojo seco analizadas en este estudio	50
Tabla 13. Asociación entre las variables: presencia de comorbilidad y boca seca analizadas en este estudio	50

Tabla 14.	Asociación entre las variables: usos de medicamentos biológicos y años de enfermedad analizadas en este estudio	51
Tabla 15.	Correlación entre las variables: Clasificación discapacidad según puntaje HAQ y tiempo transcurrido hasta a primera consulta con un médico Reumatólogo, analizadas en este estudio	51
Tabla 16.	Correlación entre las variables: Clasificación discapacidad según puntaje HAQ y costo, analizadas en este estudio	52
Tabla 17.	Correlación entre las variables: Clasificación discapacidad según puntaje HAQ y evaluación global del médico, analizadas en este estudio	52
Tabla 18.	Correlación entre las variables: Clasificación discapacidad según puntaje HAQ y número de articulaciones dolorosas, analizadas en este estudio	53
Tabla 19.	Correlación entre las variables: Clasificación discapacidad según puntaje HAQ y puntaje total QOL-RA, analizadas en este estudio	53
Tabla 20.	Correlación entre las variables: grupos de pacientes divididos por años de enfermedad y tiempo de seguimiento, analizadas en este estudio	54
Tabla 21.	Correlación entre las variables: grupos de pacientes divididos por años de enfermedad y tiempo de diagnóstico, analizadas en este estudio	54
Tabla 22.	Correlación entre las variables: grupos de pacientes divididos por años de enfermedad y uso de medicamentos biológicos, analizadas en este estudio	55
Tabla 23.	Correlación entre las subcategorías del cuestionario QOL-RA	56
Tabla 24.	Correlación entre las subcategorías del cuestionario HAQ	58
Tabla 25.	Correlación entre los puntajes totales de los cuestionarios QOL-RA y HAQ	59

LISTA DE FIGURAS

Figura 1.	Criterios de clasificación de Artritis reumatoide 2010 ACR/EULAR	4
Figura 2.	Prevalencia de Artritis reumatoide en América latina	5
Figura 3.	Tabla de causas de muerte en pacientes con artritis reumatoide de la cohorte de Norfolk - Estados Unidos donde se observa como causa de muerte las enfermedades del sistema circulatorio	6
Figura 4.	Histograma de la variable edad analizada en este estudio	30
Figura 5.	Histograma de la variable primera consulta analizada en este estudio	31
Figura 6.	Histograma de la variable consulta Reumatólogo analizada en este estudio	31
Figura 7.	Histograma de la variable tiempo de seguimiento analizado en este estudio	32
Figura 8.	Histograma de la variable tiempo de diagnóstico analizado en este estudio	33
Figura 9.	Porcentajes observados para la variable sexo analizada en este estudio	33
Figura 10.	Porcentajes observados para la variable etnia analizada en este estudio	34
Figura 11.	Porcentajes observados para la variable estado civil analizada en este estudio	34
Figura 12.	Porcentajes observados para la variable ocupación analizada en este estudio	35
Figura 13.	Porcentajes observados para la variable escolaridad analizada en este estudio	35
Figura 14.	Histograma de la variable edad de inicio de la enfermedad analizada en este estudio	36
Figura 15.	Porcentajes observados para la variable apego al tratamiento analizada en este estudio	37
Figura 16.	Porcentajes observados para la variable costo de la enfermedad analizada en este estudio	38
Figura 17.	Porcentajes observados para presencia de comorbilidad analizada en este estudio	39

Figura 18. Histograma de la variable puntaje de la escala HAQ analizado en este estudio	39
Figura 19. Histograma de la variable puntaje de la escala QOL-RA analizado en este estudio	40
Figura 20. Porcentajes observados para la variable inicio de manifestaciones articulares analizado en este estudio	42
Figura 21. Porcentajes observados para la variable presentación de manifestaciones articulares analizado en este estudio	42
Figura 22. Distribución de la clasificación de discapacidad según puntaje total del cuestionario HAQ analizada en este estudio	59
Figura 23. Distribución de la clasificación de los pacientes por grupos de años de enfermedad analizada en este estudio	60
Figura 24. Estimación puntual y por intervalos de confianza al 95 % para el puntaje promedio del QoL-RA según el tiempo de evolución de la enfermedad	60
Figura 25. Estimación puntual y por intervalos de confianza al 95 % para el puntaje promedio del HAQ según el tiempo de evolución de la enfermedad	61

RESUMEN

Introducción: La artritis reumatoide es, dentro de las enfermedades auto inmunes; una enfermedad prevalente que produce discapacidad por el daño articular irreversible, altera la calidad de vida y reduce la supervivencia.

Objetivo: Evaluar la calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide.

Método: Se realizó un estudio analítico transversal en 46 pacientes con artritis reumatoide del centro de artritis de la ciudad de Quito-Ecuador en el período Septiembre-Octubre del 2016. Se analizaron puntajes para las escalas QOL-RA y HAQ y se correlacionaron variables con coeficiente de contingencia, Pearson y Spearman.

Resultados: Prevalció el sexo femenino con una edad media de presentación de 41.2 años. El puntaje medio para el cuestionario QOL-RA fue 6.67 ± 1.46 , las categorías peor puntuadas fueron tensión, dolor y artritis. Se obtuvieron correlaciones fuertes entre salud con artritis ($r=0.755$) y ánimo ($r=0.703$). Para el cuestionario HAQ la media fue 0.87 ± 0.80 , las categorías peores resultados fueron presión y alcanzar. Las correlaciones fuertes se dieron entre las categorías vestirse y asearse con alcanzar ($r=0.719$), levantarse con otras ($r=0.745$); caminar con otras ($r=0.755$) e higiene ($r=0.824$). No se correlacionaron significativamente los puntajes de las escalas con los años transcurridos de enfermedad ni con la clasificación de discapacidad según el cuestionario HAQ.

Conclusiones: Los pacientes con artritis reumatoide del estudio tienen bajo nivel de discapacidad en sus actividades cotidianas y mantienen una calidad de vida medianamente satisfactoria. Los cuestionarios QOL-RA y HAQ son instrumentos útiles de evaluación en la práctica clínica para el manejo global del paciente.

ABSTRACT

Introduction: Rheumatoid arthritis is a prevalent disease within autoimmune diseases that produces disability due to irreversible joint damage, alters quality of life and reduces survival.

Objective: To evaluate the quality of life and functional capacity in patients with rheumatoid arthritis.

Methods: A cross-sectional study was carried out in 46 patients with rheumatoid arthritis at the arthritis center in the city of Quito, Ecuador, between September and October 2016. Scores were analyzed for the QOL-RA and HAQ scales and correlated with Contingency coefficient, Pearson and Spearman.

Results: Prevalence of the female sex with a mean age of presentation of 41.2 years. The mean score for the QOL-RA questionnaire was 6.67 ± 1.46 , the worst rated categories were tension, pain and arthritis. Strong correlations were found between health with arthritis ($r = 0.755$) and mood ($r = 0.703$). For the HAQ questionnaire the mean was 0.87 ± 0.80 , the worst results were grip and reach. Strong correlations were found between dressing and grooming categories ($r = 0.719$), standing with others ($r = 0.745$); Walking with others ($r = 0.755$) and hygiene ($r = 0.824$). The scales scores were not significantly correlated with the years of disease or with the classification of disability according to the HAQ questionnaire.

Conclusions: Patients with rheumatoid arthritis of the study have a low level of disability in their daily activities and maintain a moderately satisfactory quality of life. The QOL-RA and HAQ questionnaires are useful evaluation instruments in clinical practice for the overall management of the patient.

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica de evolución crónica que produce discapacidad. En los últimos años se ha estimado la incidencia de artritis reumatoide a nivel mundial en 1% con un rango variable entre estudios y poblaciones (Harris et al., 2006). La prevalencia de la enfermedad se estima a nivel mundial entre 0.3 y 1.2% (Carmona, 2002). En cuanto a la región, en el estudio de Scublinsky y colaboradores., realizado en el año 2010 concluyen que, la prevalencia de Artritis reumatoide en una población representativa de una zona central de Buenos Aires es cercana al 1% (Scublinsky et al., 2010).

En el primer estudio respecto supervivencia por Cobb, Anderson y Bauer (1953), concluyen: “la mortalidad asociada a pacientes con artritis reumatoide se incrementa en un 29% respecto a la población general” (pp 554-555). Esta cifra ha disminuido significativamente durante los últimos 50 años gracias al manejo clínico de la misma.

Desde el estudio realizado por Whalley, Mc Kenna, De Jong y Van der Heijde (1997) donde se establece la necesidad de contar con cuestionario específico para calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide, se han realizado varios estudios respecto al tema. Tobón, Vinaccia, Cadena y Anaya (2004) concluyen después de aplicar el cuestionario QOL-RA en Colombia, que: “El grupo de pacientes colombianos con artritis reumatoide mostró un buen nivel de calidad de vida con una media total de la escala de 7.35, siendo el rango de la escala de 1 a 10” (p. 28).

La enfermedad tiene un gran impacto en la vida de los pacientes, sobre todo en el campo de actividad física, psicológica y social. Existe un deterioro general en donde los pacientes identifican como mayores síntomas el dolor, el cansancio, falta de concentración y memoria;

los cuales limitan mucho su vida social y les hace sentir avergonzados, con sentimientos de culpa e inutilidad, representado una carga para su familia como menciona Walley y colaboradores (1997).

CAPÍTULO II

1. MARCO TEÓRICO

1.1. CONTEXTO MUNDIAL Y REGIONAL DE LA ARTRITIS REUMATOIDE.

La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica de origen autoinmune y curso crónico que causa discapacidad. Se asocia a comorbilidades y tiene un gran impacto sobre la calidad de vida de los pacientes.

Debido a lo inespecífico del inicio de síntomas y curso de la enfermedad su diagnóstico puede ser retrasado. Desde la creación de los criterios diagnósticos de la enfermedad por el American College of Rheumatology (ACR) en 1987 se buscó agrupar síntomas sensibles y específicos que facilitaran el diagnóstico. Estos criterios se basaban en el daño articular como: Erosiones, osteopenia, nódulos reumatoides, etc., razón por la cual la toma de decisiones en cuanto a tratamiento se realizaba de forma tardía, cuando el daño articular estaba presente (Arnett et al., 1998).

En el año 2010 fueron modificados los criterios diagnósticos de la enfermedad por el American College of Rheumatology (ACR) y European League Against Rheumatism (EULAR). Con los nuevos criterios se buscó incluir en el diagnóstico a aquellos pacientes con síntomas articulares inespecíficos que podían beneficiarse de los tratamientos mencionados, antes de presentar lesiones erosivas articulares (Aletaha et al., 2010).

Con este nuevo enfoque de captación pronta de pacientes, beneficio de una ventana terapéutica y prevención de discapacidad, la atención se centra en la calidad de vida y supervivencia del paciente durante el curso de la enfermedad.

Target population (Who should be tested?): Patients who	
1) have at least 1 joint with definite clinical synovitis (swelling)*	
2) with the synovitis not better explained by another disease†	
Classification criteria for RA (score-based algorithm: add score of categories A–D; a score of $\geq 6/10$ is needed for classification of a patient as having definite RA)‡	
A. Joint involvement§	
1 large joint¶	0
2–10 large joints	1
1–3 small joints (with or without involvement of large joints)#	2
4–10 small joints (with or without involvement of large joints)	3
>10 joints (at least 1 small joint)**	5
B. Serology (at least 1 test result is needed for classification)††	
Negative RF <i>and</i> negative ACPA	0
Low-positive RF <i>or</i> low-positive ACPA	2
High-positive RF <i>or</i> high-positive ACPA	3
C. Acute-phase reactants (at least 1 test result is needed for classification)‡‡	
Normal CRP <i>and</i> normal ESR	0
Abnormal CRP <i>or</i> abnormal ESR	1
D. Duration of symptoms§§	
<6 weeks	0
≥ 6 weeks	1

Figura 1. Criterios de clasificación de Artritis reumatoide 2010 ACR/ EULAR.

Extraído de: Aletaha, D., Neogi, T., Silman, A. J., Funovits, J., Felson, D. T., Bingham, C. O., ... & Combe, B. (2010). 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis & Rheumatism*, 62(9), 2569-2581.

Se ha estimado la incidencia de artritis reumatoide a nivel mundial en 1% (Harris et al., 2006) con un rango variable entre estudios y poblaciones debido al mestizaje y carga genética que tienen influencia sobre la expresión y características de la enfermedad.

Para un estudio realizado en Japón 0.35 casos por 1000 habitantes por año (Shichikawa et al., 1999), 8.3 casos por 100.000 habitantes para un estudio en España (Carbonel, Cobo, Balsa, Descalzo, & Carmona, 2008). En América Latina, para Colombia la incidencia se estima en 0.65 casos por 1000 personas año (Anaya et al., 1998), siendo ésta de dos a seis veces mayor en mujeres que en hombres en las tercera y cuarta décadas de la vida (Spindler et al., 2002).

La prevalencia de la enfermedad se estima a nivel mundial entre 0.3 y 1.2% (Pincus, 2007) con prevalencias altas por sobre el 3% en tribus indias Americanas y esquimales y tan bajas como 0.2% en pacientes de Asia y África. En cuanto a la región en el estudio de Scublinsky y colaboradores realizado en el año 2010 concluyen la prevalencia de Artritis reumatoide en una población representativa de una zona central de Buenos Aires en cercana al 1% (Scublinsky et al., 2010). La cual se encuentra en relación a las cifras mundiales y sirve como parámetro en cuanto a prevalencia en países de América del Sur. En Ecuador la prevalencia es de 0.9% (Mestanza, Zurita & Armijos, 2006)

• Spindler, et al.	J Rheumatol. 2002; 9:1166-70	0,2%	Argentina
• Cardiel, et al.	Clin Exp Rheumatol. 2002;20:617-24	0,3%	México
• Senna, et al.	J Rheumatol. 2004;31:594-7	0,5%	Brasil
• Gamboa, et al.	Arthritis Rheum. 2007;56:5344	0,5%	Perú
• CMR	Abstract Congreso Mexicano 2010	0,5-2,4%	México
• Quinteros, et al.	Abstract Congreso PANLAR 2010	1,7%	Argentina

Figura 2. Prevalencia de Artritis reumatoide en América latina.

Extraído de: Acevedo-Vásquez, E. M. (2012). Algunos aspectos de la artritis reumatoide en Perú. Rev Soc Peru Med Interna, 25(1), 31-37.

1.2. SUPERVIVENCIA, MORBILIDAD Y MORTALIDAD ASOCIADAS A ARTRITIS REUMATOIDE

Cobb y colaboradores (1953) investigaron sobre la mortalidad y causas de la misma por primera vez en pacientes hospitalizados del Hospital General de Massachusetts con diagnóstico de Artritis reumatoide. Se observó un incremento en el número de muertes por cada 1000 pacientes por año de 18.9 de los controles a 22.4 en diagnosticados de artritis. La principal causa de muerte estuvo relacionada a infecciones con un 25%, seguido de varias formas de nefritis en un 13% (Cobb, Anderson, & Bauer, 1953).

Las causas de muerte han variado a través del tiempo debido a los avances en cuanto a tratamientos de infecciones, neoplasias, manejo de complicaciones, etc. Por esta razón y gracias a un diagnóstico precoz y asertivo de la artritis reumatoide, 50 años después del estudio de Cobb y colaboradores (1953) la principal causa de muerte se atribuye a causas cardiovasculares, seguido de neoplasias como plantea Goodson y colaboradores (2002).

Cause of death	ICD-9 code	Deaths from all causes	
		No. (%) of women (n = 78)	No. (%) of men (n = 81)
Infectious and parasitic diseases	001-139	1 (1.3)	5 (6.2)
Neoplasms	140-239	18 (23.1)	27 (33.3)
Mental disorders	290-319	0 (0.0)	1 (1.2)
Diseases of the nervous system and sense organs	320-389	1 (1.3)	1 (1.2)
Diseases of the circulatory system	390-459	37 (47.4)	27 (33.3)
Diseases of the respiratory system	460-519	6 (7.7)	14 (17.3)
Diseases of the digestive system	520-579	5 (6.4)	1 (1.2)
Diseases of the genitourinary system	580-629	2 (2.6)	0 (0.0)
Diseases of the musculoskeletal system and connective tissue	710-739	6 (7.7)	3 (3.7)
Other	780-999	2 (2.6)	2 (2.5)

Figura 3. Tabla de causas de muerte en pacientes con artritis reumatoide de la cohorte de Norfolk- Estados Unidos donde se observa como principal causa de muerte las enfermedades del sistema circulatorio seguido de neoplasias.

Extraído de: Goodson, N. J., Wiles, N. J., Lunt, M., Barrett, E. M., Silman, A. J., & Symmons, D. P. (2002). Mortality in early inflammatory polyarthritis: cardiovascular mortality is increased in seropositive patients. *Arthritis & Rheumatism*, 46(8), 2010-2019.

Un año después Gabriel y colaboradores (2003), tras un seguimiento de 40 años en la población de Rochester, Minnesota reafirman una menor supervivencia en pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide. Con un valor general de 1.27 SMR (razón de mortalidad estandarizada) y ajustada por sexo de 1.41 para mujeres y 1.08 para hombres pese al avance en lo referente a tratamiento, el diagnóstico de Artritis reumatoide significa una reducción de 4 y 1 año de vida respectivamente respecto a las tablas de expectativa de vida para la población general. La presencia de manifestaciones extra articulares fue el mayor factor predictor de mortalidad.

Seis años después se confirma un resultado similar por Wong, Ramey & Singh (2001) con 1.13 SMR con una reducción de 3.2 años de expectativa de vida comprada con la población general y la particularidad de una reducción de 10 años en mujeres con manifestaciones extra- articulares severas.

Ampliando el tema de comorbilidades en la artritis reumatoide, resulta interesante conocer que las manifestaciones extra articulares se ven asociadas a la presencia de factor reumatoide y anticuerpos anti nucleares (ANA) positivos, historia de tabaquismo y clases funcionales de Steinbrocker III y IV siendo estos dos últimos factores independientes asociados a la presencia de manifestaciones extra articulares severas (Turesson, O'Fallon, Crowson, Gabriel, & Matteson, 2002)

Analizando el factor tabaquismo, éste se puede ver asociado tanto de forma directa con la patogenia inflamatoria sistémica de la enfermedad así como factor ambiental que condiciona a mayor riesgo cardiovascular y por lo tanto mayores complicaciones y mortalidad. En cuanto a la clase funcional resulta poco posible determinar los factores que contribuyen a la misma tomando en cuenta la demora en el diagnóstico, agresividad de la enfermedad, tipo de tratamiento utilizado, entre otras. Sin embargo estos dos factores constituyen determinantes estadísticamente significativos de pacientes que dentro del contexto de una menor supervivencia tienen un peor pronóstico.

Las comorbilidades cardiovasculares son la principal causa de muerte en los pacientes con artritis reumatoide. Como afirma Gabriel (2008) en su estudio realizado en la cohorte de Rochester, Minnesota el 49.7% se atribuyeron a causas cardiovasculares con un valor de 1.54 SMR para mujeres y 1.46 SMR para hombres respecto a sus similares no enfermos. Resulta particular un notable incremento de estos valores a 2.10 SMR y 1.59 SMR

respectivamente en aquellos pacientes que tenían factor reumatoide positivo, datos apoyados por el estudio de Goodson y colaboradores (2002) que aporta valores de 2.02 SMR para mujeres y 1.34 SMR para hombres.

Dentro de las complicaciones cardiovasculares se asocian el infarto agudo de miocardio con un odds ratio (OR) de 3.17, infarto agudo de miocardio silente con 5.86 OR siendo la forma de presentación más probable una muerte súbita por esta causa. Posteriormente en el análisis de las muestras histopatológicas se pudo demostrar en un 32% mayor inflamación en la arteria circunfleja y coronaria anterior izquierda descendente comparado con el 11% de muestras de pacientes sin artritis reumatoide, aportando así a teoría en la cual la inflamación sistémica aporta de forma negativa a complicaciones cardiovasculares favoreciendo aterosclerosis y en específico placas ateromatosas inestables (Gabriel, 2008).

Sin duda el transcurso del tiempo es determinante en la aparición de manifestaciones extra articulares, complicaciones y el riesgo de muerte. Solomon y colaboradores (2002) determinan un riesgo relativo de 3.10 en mujeres para presentar infarto agudo de miocardio asociado con una historia de enfermedad de al menos 10 años comparado con un riesgo relativo de 1.16 de aquellas pacientes con menor tiempo de evolución.

Otra de las complicaciones cardiovasculares importantes es la insuficiencia cardiaca que se presenta con una relación cercana a 2:1 en pacientes con artritis reumatoide. Se caracteriza por mantener su fracción de eyección conservada y mostrar una elevada mortalidad a 30 días respecto a pacientes control, constituyendo una complicación importante dentro del diagnóstico y seguimiento (Gabriel, 2008).

Dentro de las variables independientes que contribuyen a enfermedades cardiovasculares están: Velocidad de sedimentación globular aumentada, vasculitis, nódulos reumatoides e inflamación de pequeñas y grandes articulaciones. La inflamación resulta común a cada una de éstas y condiciona un peor pronóstico y estado global del paciente constituyendo así la pieza clave de intervención en lo referente al manejo (Turesson et al., 2002; Gabriel, 2008; Goodson et al., 2002).

1.3. CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN LA ARTRITIS REUMATOIDE

Desde el año 1984 los cuestionarios que valoran calidad de vida, actividad física, dolor, fatiga, entre otros, han mostrado ser efectivos en cuanto a sensibilidad y confiabilidad para la evaluación global del paciente, seguimiento de tratamiento y pronóstico a largo plazo superando incluso parámetros establecidos de referencia como marcadores inflamatorios y radiografía (Pincus & Wolfe, 2005; Lillegraven & Kvien, 2007).

La aplicación de los cuestionarios sin embargo no se realiza de forma rutinaria por la mayoría de médicos. Los Reumatólogos participantes de un estudio realizado por Wolfe, Pincus, Thompson y Doyle (2003) conscientes de la importancia de la aplicación de cuestionarios por su sensibilidad en la monitorización del tratamiento los utilizaban en su práctica clínica solamente en un 18%. Aquellos especialistas que no aceptaban la validez de los mismos mostraron fallas en la correlación de puntajes con los datos de la visita médica. Una vez realizado un plan educacional el uso de los cuestionarios alcanzó un 43%. Se deja ver así la falta de uso de un recurso muy accesible por la falta de capacitación del personal médico.

Otro inconveniente respecto a la aplicación de los cuestionarios se comenta en el estudio de Kosinski, Zhao, Dedhiya, Osterhaus, & Ware (2000) en el cual las medidas de calidad de vida proveen un punto de referencia para evaluar la efectividad del tratamiento pero el personal de salud tiene dificultad para extrapolar la información. Así surge la necesidad de determinar el mínimo cambio de importancia como medida sobre la cual se toman decisiones de manejo de los pacientes.

Hace aproximadamente tres décadas su uso en la práctica clínica ha ido en incremento tomando en cuenta ciertas características como una duración menos a 10 minutos, rápida evaluación por el médico, puntuación amigable, entre otras. Como concluyen en su artículo Pincus & Wolf (2005) “Es mejor obtener el 80% de información en el 100% de pacientes que el 10% de información en 5% de pacientes” (Batlle & Chalmers, 2002; Kosinski, Zhao, Dedhiya, Osterhaus, & Ware, 2000)

Partiendo de una visión menos anatómica y más funcional en lo que respecta a pacientes con enfermedades crónicas como en el caso de Artritis reumatoide, la calidad de vida constituye una piedra angular en el objetivo de conseguir altos niveles de bienestar.

El concepto de una buena calidad de vida sin duda es multifactorial y viene dado desde la misma percepción del paciente en cuanto a sus expectativas, creencias, entorno cultural y características socio demográficas. Resulta importante como menciona Lillegraven y Kvien (2007) tomar en cuenta la satisfacción o respuesta al estatus de salud y/o limitaciones de los pacientes pues de esto depende el éxito o fracaso del manejo de la enfermedad.

Dentro de los cuestionarios a utilizarse éstos se dividen en dos grupos, el primero es de los cuestionarios genéricos como: Sickness Impact Profile (SIP), Nottingham Health Profile

(NHP), Short-Form 36 (SF-36), European Quality (EuroQol 5-D) que valoran fundamentalmente las áreas física, psicológica y social estableciendo un índice de salud o puntuación global. Tiene varias ventajas como crear un grado de salud de los pacientes que puede ser comparado con grupos de pacientes, con otras enfermedades o personas no enfermas. Dentro de las desventajas se encuentran: menor sensibilidad a cambios, complejidad y tiempo de duración (Batlle & Chalmeta, 2002; Lillegraven & Kvien 2007).

El segundo grupo corresponde a los cuestionarios específicos para la enfermedad, se caracterizan por mayor sensibilidad a cambios pues en éstos se incluyen síntomas propios de la enfermedad teniendo como pilares la actividad física, discapacidad y dolor. Dentro de este grupo los más utilizados son el Health Assessment Questionnaire (HAQ) creado en la década de 1980 con varias de sus modificaciones posteriores y el Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Scale (QOL- RA) creado en 1997.

El cuestionario QOL-RA tiene adecuada validez de constructo, sensibilidad, confiabilidad y reproducibilidad. Consiste en 10 ítems con una escala de valoración análoga que va desde el 1 que indica muy malo al 10 que indica excelente. Durante su creación en el estudio de Whalley et al. (1997). Los entrevistados manifestaron sentimientos de depresión, humillación y vergüenza al tener que solicitar ayuda para realizar diferentes tareas. También otros como: deseo de sentirse libres de dolor, frustración, fracaso y aburrimiento frente a la inhabilidad, culpabilidad con su familia y dependencia de medicamentos.

En el estudio de Pollard, Choy y Scott (2005) se habla de una cascada causal en la cual son consecuentes el dolor, fatiga, discapacidad y depresión con un menor puntaje del cuestionario. De estos parámetros la fatiga resulta determinante en puntaje total en el inicio

de la enfermedad y en los períodos de remisión al estar directamente relacionada con el dolor.

Al aplicar este cuestionario en pacientes colombianos Tobón y colaboradores (2014) obtuvieron una media en la puntuación de 7.35 sobre 10 puntos que es superior comparada con 5.4 para pacientes anglosajones y 5.28 para pacientes latinos residentes en Estados Unidos. Dentro de los ítems los pacientes colombianos puntuaron bajo para dolor con 6.72, tensión nerviosa 6.82 y artritis 6.83 y los puntajes más altos los tuvieron interacción con 8.16, apoyo 8 y habilidades físicas 7.74.

Resulta interesante también al analizar los coeficientes de correlación de Spearman entre ítems de las escalas las asociaciones más fuertes de dieron de la siguiente manera: Dolor-Artritis con 0.73, Artritis-Salud con 0.70 y Dolor-Salud con 0.72. Analizando esta información los pacientes tienen una profunda percepción de su enfermedad y asocian la misma con su bienestar general que representaría la salud y con el síntoma más limitante que es el dolor. La variabilidad en estos ítems reflejaría un cambio del puntaje global y por lo tanto en la condición del paciente (Tobón, Vinaccia, Cadena, & Anaya, 2014).

Otro ítem con relevancia es el estado de ánimo cuya puntuación fue de 7.47 sobre 10 puntos y tuvo asociaciones moderadas con los ítems artritis, dolor, interacción y tensión nerviosa. Esta información denota el impacto sobre la calidad de vida que tiene el área psicosocial pues con un buen apoyo los pacientes logran una mejor adaptación a la enfermedad evitando estados depresivos y en sí el progreso de la misma (Tobón, Vinaccia, Cadena, & Anaya, 2014).

El siguiente cuestionario de interés para este estudio es el HAQ que consta de 20 preguntas en ocho categorías o ítems y se puntúa del 0 al 3. Desde la década de 1980 cuando fue creado ha sido el instrumento más importante en la valoración de calidad de vida y predecir mortalidad y discapacidad a largo plazo de los pacientes con Artritis reumatoide. Desde la introducción de éste cuestionario han existido variantes del mismo como el Multidimensional Health Assessment Questionnaire (MHAQ) que incluye ítems que valoran la esfera psicosocial del paciente y el Modify Health Assessment Questionnaire (HAQ II) que tiene únicamente 10 preguntas (Batlle & Chalmeta, 2002; Lillegraven & Kvien 2007)

Como describe el estudio de Batlle y Chalmeta (2002) los pacientes a los que se les aplicó el cuestionario HAQ manifestaron desear funciones normales, no tener dolor ni otros síntomas, no sufrir iatrogenias por los tratamientos recibidos, ser económicamente solventes y vivir el mayor tiempo posible. De esto podemos destacar las altas expectativas de bienestar que poseen los pacientes con artritis reumatoide pues ciertamente con un buen manejo casi todos estos objetivos pueden ser cumplidos en un gran porcentaje.

Sin embargo los profesionales especialistas no usan las escalas como parámetros de referencia como se mencionó antes. Un 95% de ellos usan los marcadores inflamatorios Velocidad de sedimentación globular (VSG) y Proteína C reactiva (PCR). En un 64% usan la rigidez y conteo articular. Es importante destacar el costo- beneficio de la aplicación del cuestionario HAQ pues en aproximadamente 5 minutos se puede realizar una monitorización de manejo igual o más confiable que realizando pruebas invasivas de laboratorio o esperar a la limitación funcional del paciente al usar rigidez y conteo articular (Batlle & Chalmeta, 2002)

El mínimo cambio de importancia para el cuestionario HAQ es un incremento de 0,18 puntos. Como referencia Pollard y colaboradores (2005) indican un aumento de 1.0 tras 25 años de progresión de la enfermedad. Leigh, Fries y Parikh, (1992) estimaron un incremento anual de 0.018 puntos. Con estos valores se puede estimar una progresión lenta de la enfermedad que se ve influenciada por otras variables como edad, sexo, alta puntuación en el DAS 28, entre otros (Norton et al., 2014).

La actividad física realizada por los pacientes fue estudiada por Sokka y colaboradores (2008) en donde con una muestra de 5235 pacientes solamente el 13.8% realizaba actividad física más de tres veces a la semana. La inactividad estuvo asociada a sexo femenino, mayor edad, menor grado de educación, presencia de comorbilidades y menor capacidad funcional. El avance en cuanto a tratamiento y manejo de la enfermedad produjo un cambio en la concepción de la actividad física pues antes la enfermedad era detectada en fases avanzadas en las cuales el mínimo grado de ejercicio llevaba a incapacidad. Ahora un programa de ejercicio que no incluya actividades de alto impacto, carga de peso ya que esto acelera el daño de grandes articulaciones resulta necesario. Se recomienda ejercicio aeróbico y de fortalecimiento para mejorar la masa muscular, incrementar la actividad aeróbica, sensación de bienestar y disminuir el dolor y la inflamación. Además de todos los beneficios para la salud cardiovascular que representa un riesgo mayor para los pacientes con artritis reumatoide frente a la población general.

Al comparar los diferentes porcentajes de actividad física es interesante comparar los resultados de Hungría que tiene solamente un 45.3% de actividad no regular definida como menos de 1 vez a la semana o ninguna actividad frente a un país latinoamericano como Argentina en el cual este porcentaje sube a 88.1%. También se encontró una asociación

positiva entre menor actividad física y mayor puntuación del cuestionario HAQ (Sokka et al. 2008).

Recientemente Norton y Verstappen (2014) realizaron una revisión sistemática en la cual analizaron 49 estudios que investigaban el comportamiento del puntaje del cuestionario HAQ en relación a años transcurridos de la enfermedad. Dentro de sus conclusiones se encuentran un peor puntaje en el cuestionario HAQ al inicio de la enfermedad y un incremento anual aproximado de 0.03 que concuerda con el estudio de Leigh, Fries y Parikh (1992) en un mínimo cambio de la enfermedad establecida con el paso del tiempo.

Otro aspecto relevante en cuanto a calidad de vida de los pacientes tiene que ver con la economía y el trabajo de los pacientes. El estudio de Acevedo-Vásquez (2012) arrojó un gasto anual general de $\$635.96 \pm 541.5$ dólares americanos. Dentro del mismo estudio los pacientes con más de 10 años de enfermedad presentaron un gasto mayor con $\$968 \pm 766.03$ que se especificaron en gastos de medicamentos y hospitalizaciones. También se asoció un mayor gasto económico con demora en el tiempo al diagnóstico de la enfermedad y un mayor puntaje de cuestionario HAQ. Todo esto dentro de un contexto en el cual los pacientes con el paso del tiempo pierden su trabajo pues al cabo de 5.54 ± 3.48 años el 34.3% de los pacientes había perdido su trabajo asociado a estadios Steinbrocker III-IV, uso de prótesis, cirugías y menor grado de instrucción.

1.4. JUSTIFICACIÓN

Al ser la artritis reumatoide una enfermedad crónica es necesario valorar la calidad de vida y capacidad funcional de los pacientes, la utilidad de este estudio es poder establecer un

parámetro de referencia en cuanto a estas variables y su relación con el tiempo y otras variables para poder mejorar la atención médica global. Tampoco existen estudios respecto al tema en nuestra población.

CAPÍTULO II

2. METODOLOGÍA

2.1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuánto varía la calidad de vida y capacidad funcional en relación a los años de enfermedad transcurridos de los pacientes con Artritis reumatoide en el centro de artritis de la ciudad de Quito-Ecuador en el período Septiembre-Octubre del 2016?

2.2. OBJETIVOS

2.2.1. Objetivo general

Determinar la variación de los puntajes de las escalas QOL-RA para calidad de vida y HAQ para capacidad funcional y su relación con los años transcurridos de enfermedad, factores sociodemográficos, comorbilidades y curso del tratamiento en pacientes con Artritis reumatoide en el Centro de artritis en el período Septiembre-Octubre del 2016.

2.2.2. Objetivos específicos

- Relacionar los puntajes obtenidos de las escalas QOL-RA para calidad de vida y HAQ para capacidad funcional con factores sociodemográficos.
- Relacionar los puntajes obtenidos de las escalas QOL-RA para calidad de vida y HAQ para capacidad funcional con el tipo de tratamiento, comorbilidades y complicaciones de los pacientes.
- Identificar las variables del cuestionario QOL-RA que con más frecuencia afectan la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide de la Clínica de Artritis.
- Identificar las variables del cuestionario HAQ que con más frecuencia afectan la capacidad funcional de los pacientes con artritis reumatoide de la Clínica de Artritis.

2.3. HIPÓTESIS

El tiempo transcurrido en años de enfermedad de los pacientes con artritis reumatoide del Centro de Artritis, es inversamente Proporcional a los puntajes de las escalas QOL-RA para calidad de vida y HAQ para capacidad funcional.

2.4. TIPO DE ESTUDIO

Se realizó un estudio transversal de tipo descriptivo y analítico. El tipo de muestreo que se realizó es aleatorio simple.

2.5. POBLACIÓN Y MUESTRA

El universo de estudio o población blanco son los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que acuden al Centro de artritis de la ciudad de Quito.

Para el cálculo de la muestra se utilizó la siguiente fórmula:

<p>n = Número de sujetos necesarios</p> <p>Z_{α} = Valor del coeficiente z correspondiente al intervalo de confianza de 95%</p> <p>p: Valor poblacional esperado (Incidencia 1%)</p> <p>d = Precisión ± 3 (3%)</p>

$$n = \frac{z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{d^2}$$

$$n = \frac{(1.96)^2 \cdot 0.01 (1 - 0.01)}{(0.03)^2}$$

$$n = 42$$

El resultado es de 42 pacientes los cuales se seleccionarán mediante números generados al azar en Excel, de la base de datos creada con la recolección de datos.

2.5.1. Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión	Exclusión
Pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide.	Pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide juvenil y otras colagenopatías.
Pacientes que acudan regularmente a los controles en el Centro de artritis que acepten participar en el estudio.	Pacientes que no acudan regularmente a los controles en el Centro de artritis.
	Pacientes que no deseen participar en el estudio.

2.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	TIPO DE VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	
			ESCALA	INDICADOR
Edad	Años de Vida que tiene el paciente al momento de aplicación de la encuesta	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Sexo	Condición orgánica, masculina o femenina.	Categorica	1 = Masculino 2 = Femenino	Frecuencia y proporción
Etnia	Comunidad humana autodefinida por afinidades raciales, lingüísticas, culturales, entre otros.	Categorica	1 = Blanco 2 = Afro-ecuatoriana 3 = Mestizo 4 = Indígena	Frecuencia y proporción
Estado civil	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto.	Categorica	1 = Soltero 2 = Casado 3 = Viudo 4 = Divorciado 5 = Unión libre	Frecuencia y proporción
Ocupación	Trabajo o cuidado que impide emplear el tiempo en otra cosa.	Categorica	1 = Ama de casa 2 = Comerciante 3 = Jubilado 4 = Empleado privado o público 5 = Desempleado	Frecuencia y proporción

Años de Escolaridad	Máximo nivel de educación académica completada	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Tiempo síntoma-primera consulta	Tiempo transcurrido en meses desde el inicio de síntomas articulares hasta la primera consulta médica por ésta causa	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Tiempo síntoma-consulta Reumatólogo	Tiempo transcurrido en meses desde el inicio de síntomas articulares hasta la primera consulta con un médico Reumatólogo	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Tiempo de seguimiento	Tiempo medido en meses de seguimiento clínico por un especialista desde el diagnóstico de Artritis reumatoide al momento del estudio.	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Tiempo de diagnóstico de Artritis reumatoide	Tiempo en años y meses desde el diagnóstico de la enfermedad al momento del estudio.	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Corticoides	Hormonas que regulan la inflamación, sistema inmunitario, metabolismo de hidratos de carbono, etc.	Catagórica	1 = Si 2 = No	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Drogas antirreumáticas modificantes de la enfermedad	Medicamentos con actividad inmunosupresora utilizados en esta patología.	Catagórica	1 = Si 2 = No	Frecuencia y proporción

Biológicos	Variedad de anticuerpos dirigidos contra antígenos localizados en células autoinmunes.	Categórica	1 = Si 2 = No	Frecuencia-Proporción
Costo mensual	Dinero mensual destinado a consultas médicas, medicamentos, exámenes de laboratorio entre otros.	Categórica	1 = < 50 2 = 50 - 100 3 = 101 - 300 4 = 301 - 500 5 = 501 - 1000	Frecuencia y proporción
Apego al tratamiento	Cumplimiento y persistencia de indicaciones y toma de medicamentos de acuerdo a dosificación y programa establecido por el médico durante el seguimiento.	Categórica	1 = Buena 2 = Mala 3 = Regular	Frecuencia y proporción
Habilidades físicas	Se definen como la aptitud o capacidad de una persona para llevar a cabo con éxito actividades físicas.	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Apoyo	Comprende la ayuda física y emocional que le han brindado amigos y familiares a los pacientes.	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Dolor	Comprende únicamente el dolor articular a causa de la artritis reumatoide	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Tensión nerviosa	Se define como un estado de estrés que se asocia a síntomas como fatiga, ansiedad, entre otros.	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.

Salud	Comprende la percepción del paciente sobre su bienestar físico, social y emocional.	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Artritis	Comprende la percepción del paciente de cómo la artritis reumatoide afecta su calidad de vida	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Interacción	Se define como la acción recíproca entre dos o más personas.	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Ánimo	Se define como la actitud o disposición emocional de una persona en determinado momento.	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Vestirse y asearse	Incluye las siguientes actividades: Vestirse solo, abotonar camisas, atar cordones de zapatos y enjabonarse la cabeza	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Levantarse	Incluye las siguientes actividades: Levantarse de una silla sin brazos y acostarse y levantarse de la cama	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Comer	Incluye las siguientes actividades: Cortar un filete de carne, abrir un envase de leche nuevo y servirse una bebida.	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Caminar	Incluye las siguientes actividades: Caminar fuera de casa e un terreno llano y subir 5 escalones.	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Higiene	Incluye las siguientes actividades:	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.

	Lavarse y secarse todo el cuerpo, sentarse y levantarse del retrete y ducharse.			
Alcanzar	Incluye las siguientes actividades: Coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza y agacharse y recoger ropa del suelo	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Preensión	Incluye las siguientes actividades: Abrir la puerta de un coche, destapar envases cerrados previamente abiertos y abrir y cerrar grifos.	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Otras	Incluye las siguientes actividades: Hacer recados y compras, entrar y salir de un coche, hacer tareas de la casa como barrer o lavar platos.	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Puntaje total HAQ	Puntaje total obtenido por cada paciente en una escala de 0 al 3 en el cuestionario HAQ	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Puntaje total QOL-RA	Puntaje total obtenido por cada paciente en una escala de 0 al 10 en el cuestionario QOL-RA	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Vida sexual	Afectación de la vida sexual de los pacientes debido a factores relacionados con la artritis reumatoide	Categórica	1 = Si 2 = No	Frecuencia y proporción
Edad inicio enfermedad	Edad biológica de inicio de la Artritis reumatoide	Cuantitativa	Numérica	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.

Inicio manifestaciones articulares	Forma de presentación de la sintomatología en relación al tiempo	Categórica	1 = Inicio agudo 2 = Inicio insidioso	Frecuencia y proporción
Presentación de inicio manifestaciones articulares	Forma de presentación de la sintomatología en relación a la localización de articulaciones afectadas	Categórica	1 = Poliartritis bilateral simétrica 2 = Poliartritis bilateral asimétrica 3 = Oligoartritis 4 = Monoartritis	Frecuencia y proporción
Raynaud	Trastorno vaso espástico que causa la decoloración de los dedos de las manos y pies desencadenado por estrés o frío	Categórica	1 = Si 2 = No	Frecuencia y proporción
Mialgias	Dolor localizado o difuso y afectar a cualquier músculo estriado esquelético	Categórica	1 = Si 2 = No	Frecuencia y proporción
Ojo seco	Síntomas de disconfort, distorsión de la visión e inestabilidad de la película lagrimal	Categórica	1 = Si 2 = No	Frecuencia y proporción
Boca seca	Inexistencia de suficiente saliva para mantener la boca hidratada y húmeda	Categórica	1 = Si 2 = No	Frecuencia y proporción
Fatiga	Sensación de falta de energía, de agotamiento o de cansancio	Categórica	1 = Si 2 = No	Frecuencia y proporción
Pérdida peso	Disminución en el peso involuntaria	Categórica	1 = Si 2 = No	Frecuencia y proporción
Pérdida apetito	Situación en la que existe el deseo de consumir menos alimentos	Categórica	1 = Si 2 = No	Frecuencia y proporción

Tristeza	Dolor anímico producido por un suceso desfavorable que suele manifestarse con un estado de ánimo pesimista, la insatisfacción y la tendencia al llanto	Categórica	1 = Si 2 = No	Frecuencia y proporción
Nódulos	Acumulaciones de colágeno en las articulaciones inter falángicas de las manos	Categórica	1 = Si 2 = No	Frecuencia y proporción
Rigidez	Dolor e inmovilidad en las articulaciones, principalmente en las mañanas, después del reposo del descanso nocturno	Categórica	1 = Si 2 = No	Frecuencia y proporción
Erosiones	Desgaste producido en la superficie articular producto del daño inflamatorio de la enfermedad	Categórica	1 = Si 2 = No	Frecuencia y proporción
Global médico	Calificación otorgada por facultativo en escala de 0 a 100 donde 0 indica condición libre de síntomas de la enfermedad y 100 la peor condición de la misma	Cuantitativa	0-100	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Global Paciente	Calificación otorgada por el paciente en escala de 0 a 100 donde 0 indica condición libre de síntomas de la enfermedad y 100 la peor condición de la misma	Cuantitativa	0-100	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Articulaciones inflamadas	Número de articulaciones con signos inflamatorios como: dolor, eritema, edema, calor y limitación funcional evaluadas según el DAS	Cuantitativa	0-28	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.

Articulaciones dolorosas	Número de articulaciones dolorosas a la examinación del facultativo evaluadas según el DAS	Cuantitativa	0-28	Mediana, Media, Moda, Desviación estándar, Cuartiles, Coeficiente de dispersión.
Grupos años enfermedad	Clasificación de los pacientes e 5 grupos según años de enfermedad: <2 años, 2-4 años, 5-9 años, 10-19 años y 20 años o más.	Categorica	1 = < 2 años 2 = 2-4 años 3 = 5-9 años 4 = 10-19 años 5 = 20 años o más	Frecuencia y proporción
Grupos discapacidad	Clasificación de discapacidad según puntaje cuestionario HAQ: Discapacidad ligera 0-1, discapacidad moderada 1.01-2, discapacidad severa 2.01-3	Categorica	1 = Discapacidad ligera 2 = Discapacidad moderada 3 = Discapacidad severa	Frecuencia y proporción
Presencia de comorbilidad	Identifica a los pacientes como portadores o no de alguna comorbilidad diagnosticada y/o en tratamiento actual	Categorica	1 = Si 2 = No	Frecuencia y proporción

2.7. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

- Selección de participantes mediante criterios de inclusión
- Recolección de datos demográficos y analíticos de interés
- Aplicación del cuestionario QOL-RA
- Aplicación del cuestionario HAQ

2.8. PROCEDIMIENTOS DE DIAGNÓSTICO E INTERVENCIÓN

Tras la aprobación por un comité ético de investigación, se seleccionó a los pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión, de quienes se obtuvo el consentimiento informado aceptando participar en el estudio. Se procedió a aplicar los cuestionarios que se encuentran detallados en los anexos, que corresponden a QOL-RA para calidad de vida y HAQ para capacidad funcional, los cuales se aplicaron en entrevista directa con los pacientes que cumplan con los criterios de inclusión, además de un examen físico dirigido a sintomatología articular, manifestaciones extrarticulares de artritis reumatoide y complicaciones de la misma.

2.9. ANÁLISIS DE ESTADÍSTICO

Las variables cuantitativas se resumen mediante la mediana, media, moda, distribución de frecuencias, coeficiente de dispersión y desviación estándar. Las variables categóricas se resumen mediante proporciones y frecuencias.

Se analizó la correlación de variables cuantitativas mediante el coeficiente de correlación de Pearson y Spearman.

Para el análisis de correlación entre dos variables cualitativas se utilizó el coeficiente de correlación OR y coeficiente de contingencia (CC). En cualquier caso, se aceptará el valor de $p \leq 0.05$ como significativo.

2.10. ASPECTOS BIOÉTICOS

Se planteó un estudio transversal analítico, sin riesgos de procedimientos invasivos que puedan dañar la integridad del paciente. El consentimiento se entregó por escrito en donde el paciente pudo aceptar libre y voluntariamente el participar en el estudio, sin recibir ningún beneficio económico. Así tampoco existió ningún tipo de represalia por negarse a participar en el mismo. Se explicó que no hay ningún riesgo y que los cuestionarios ayudan a la evaluación global de su condición de salud. Respecto a la confidencialidad, se solicitó el nombre del paciente para recolectar los datos en ese momento. Adicionalmente en los cuestionarios se adjuntó un escrito que asegura la confidencialidad de la información que va a obtenerse y el uso estricto de esta únicamente en el motivo de estudio.

CAPÍTULO III

3. RESULTADOS

En cuanto a la edad el valor medio y mediana fue de 52.52 años con una moda de 59 años. Un mínimo y máximo de 21 y 91 años respectivamente (Figura 4).

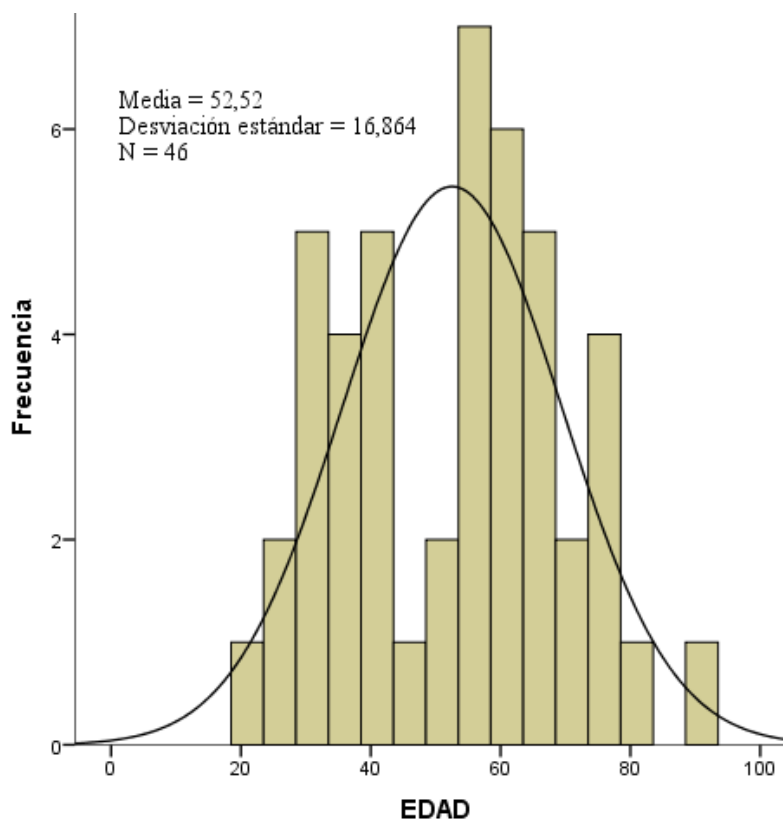


Figura 4. Histograma de la variable edad analizada en este estudio.

El valor medio de tiempo transcurrido en meses desde el inicio de síntomas hasta una primera consulta con un facultativo fue de 28.13 con una moda de 12. Un mínimo de 1 mes y un máximo de 300 meses (Figura 5).

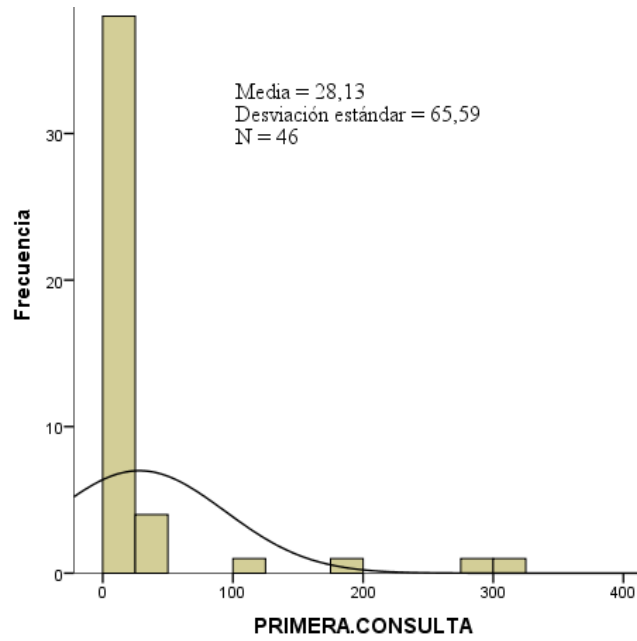


Figura 5. Histograma de la variable primera consulta analizada en este estudio.

Para el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la primera consulta con un especialista en Reumatología la media fue de 47.67 con una moda de 6 y un mínimo y máximo de y 480 respectivamente (Figura 6).

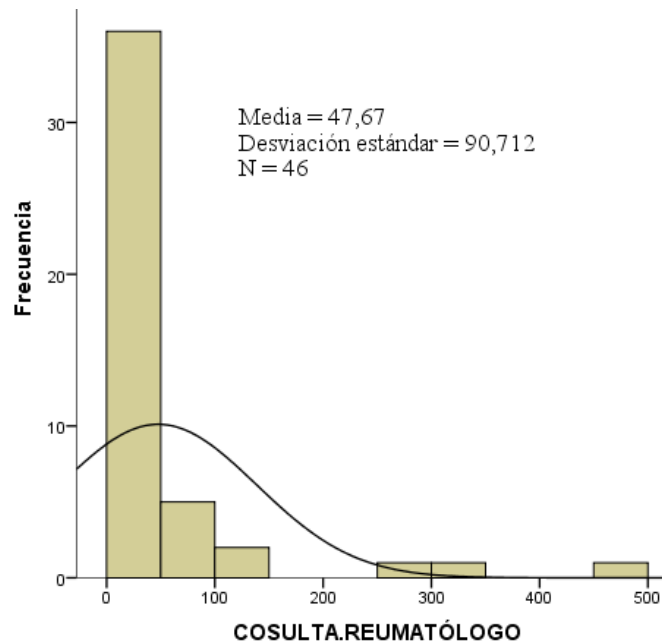


Figura 6. Histograma de la variable consulta Reumatólogo analizada en este estudio.

El tiempo de seguimiento de los pacientes tuvo una media en meses de 90.31 con una moda de 60. Un mínimo de 2 meses y un máximo de 300 meses (Figura 7).

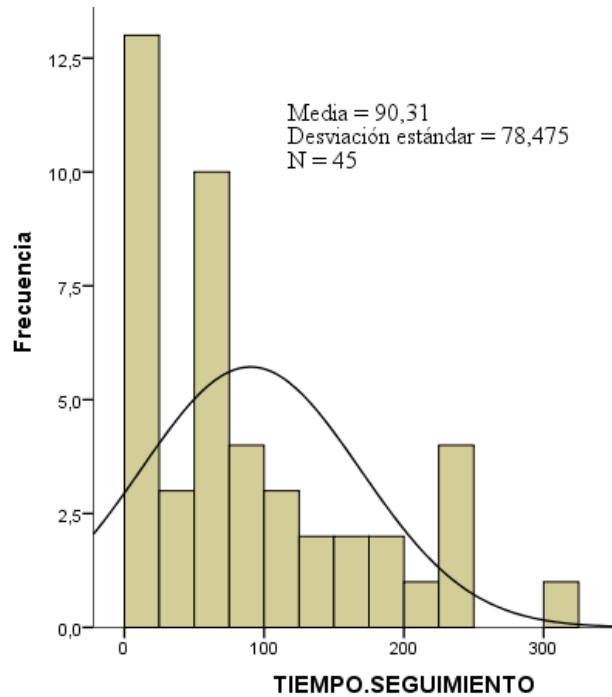


Figura 7. Histograma de la variable tiempo de seguimiento analizado en este estudio.

El tiempo de diagnóstico de la enfermedad de los pacientes del estudio tuvo una media de 94.22 meses con una moda de 24 meses. Un mínimo y máximo de 2 y 300 meses respectivamente (Figura 8).

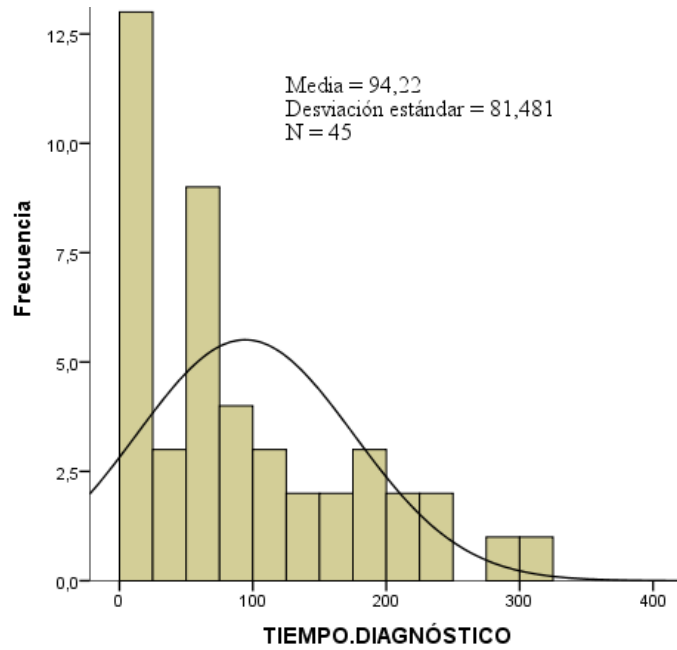


Figura 8. Histograma de la variable tiempo de diagnóstico analizado en este estudio.

En cuanto a la variable sexo para los pacientes de este estudio, el 78.26% fue femenino y el 21.74% fue masculino (Figura 9).

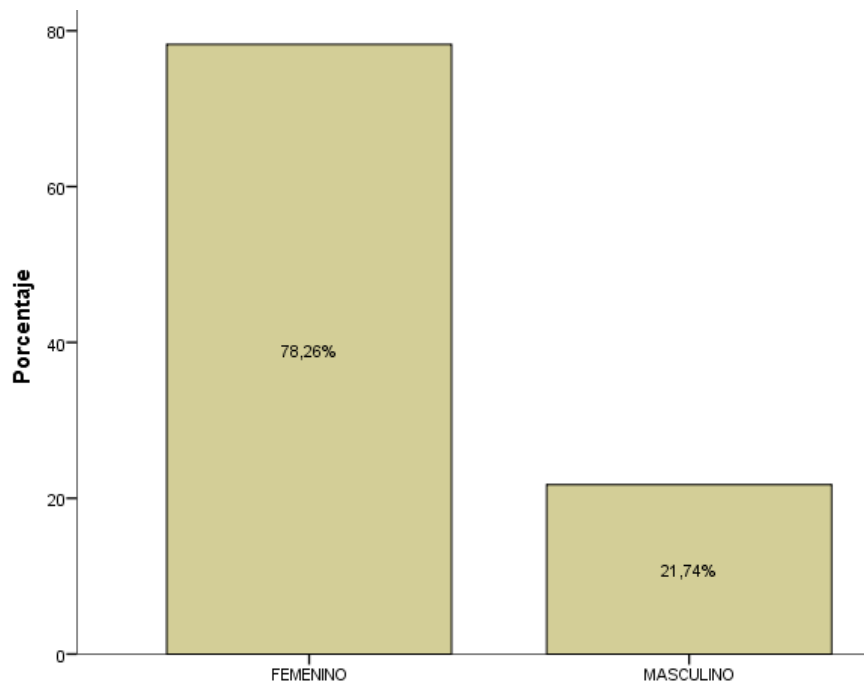


Figura 9. Porcentajes observados para la variable sexo analizada en este estudio.

En la variable etnia el 95.65% de los participantes se identificó como mestizos y el 4.35% como blancos. No se registraron otras auto identificaciones étnicas en el estudio (Figura 10).

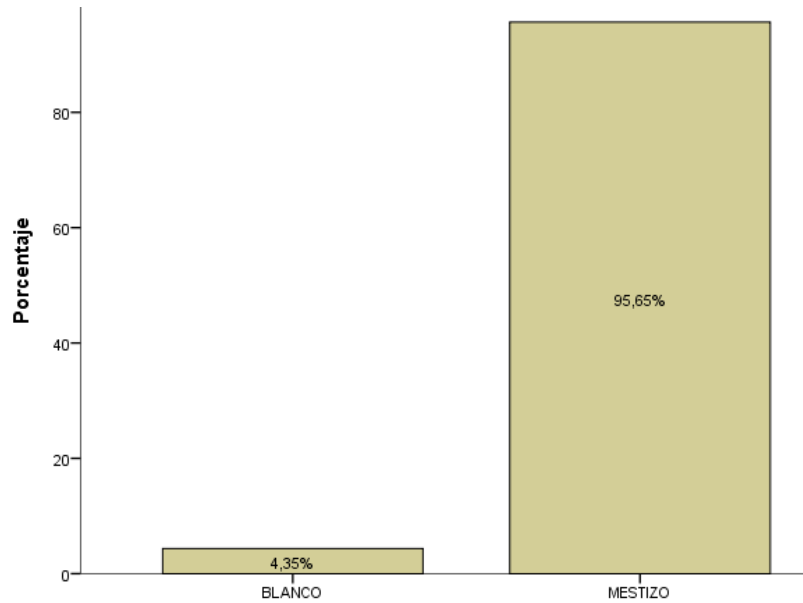


Figura 10. Porcentajes observados para la variable etnia analizada en este estudio.

El estado civil que predominó fue el casado con 63% seguido de soltero con 19.6%, divorciado con 8.7%, viudo con 6.5% y por último unión libre con 2.17% (Figura 11).

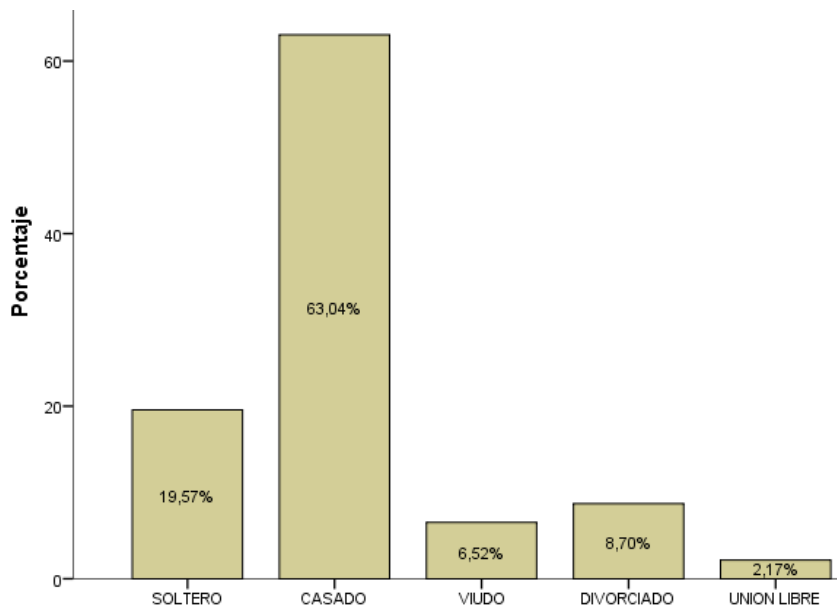


Figura 11. Porcentajes observados para la variable estado civil analizada en este estudio.

La ocupación de los participantes se distribuyó de la siguiente manera: el 43.48% fueron empleados públicos o privados, 21.74% amas de casa, 17.39% jubilados, 8.70% desempleados, 6.52% comerciantes y 2.17% estudiantes (Figura 12).

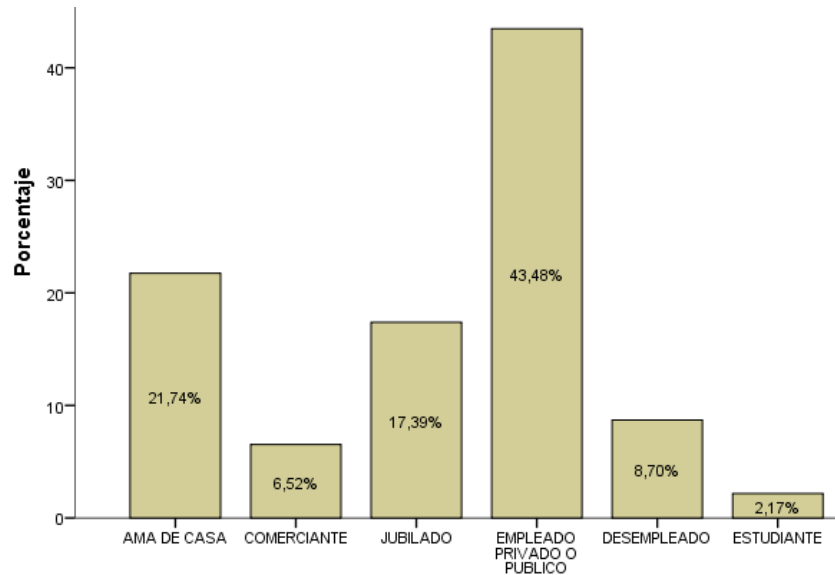


Figura 12. Porcentajes observados para la variable ocupación analizada en este estudio.

En cuanto a la escolaridad de los participantes del estudio el 50% alcanzó un nivel superior, el 27% nivel secundario y el 13% nivel primario completo y/o incompleto (Figura 13).

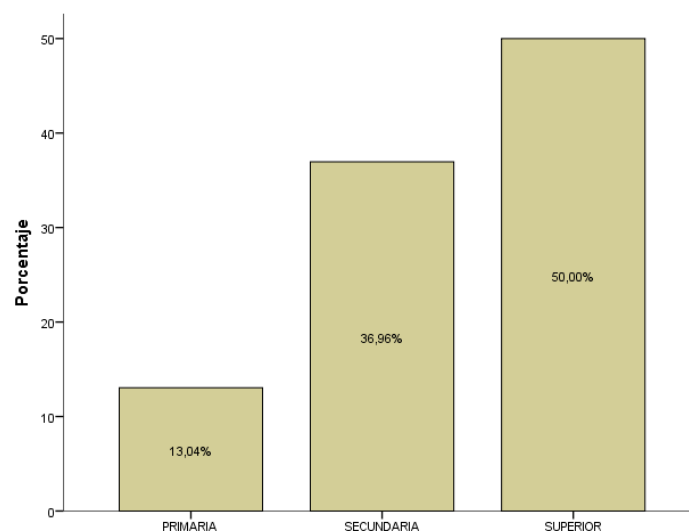


Figura 13. Porcentajes observados para la variable escolaridad analizada en este estudio.

La media de edad de inicio de enfermedad de los pacientes estudiados fue de 41.2 años con un mínimo y máximo de 18 y 85 años respectivamente (Figura 14).

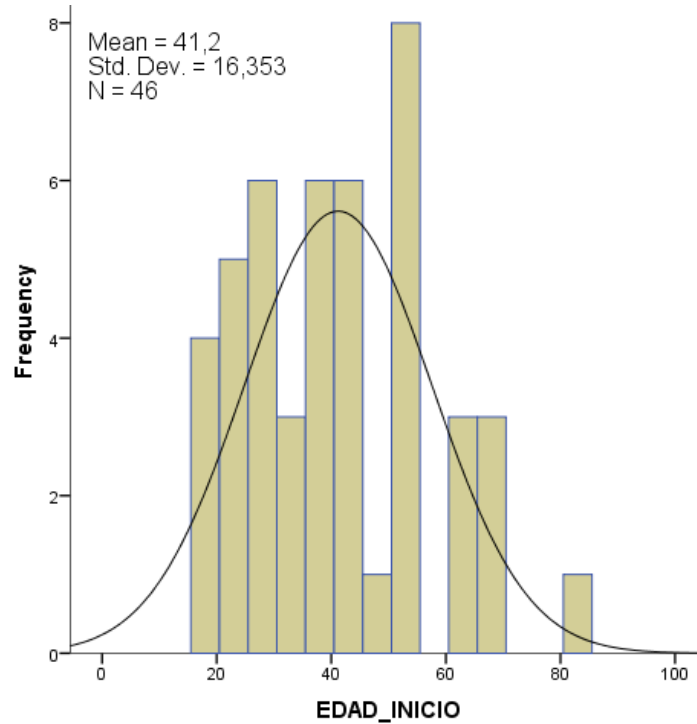


Figura 14. Histograma de la variable edad de inicio de la enfermedad analizada en este estudio.

Los pacientes del estudio usan como parte de su tratamiento farmacológico corticoides en un 76.09%. El 93.48% de los pacientes se encuentran en tratamiento con drogas anti reumáticas modificantes de la enfermedad. Únicamente el 6.5% de los participantes del estudio usa medicamentos biológicos (Tabla 1).

Tabla 1. Estadísticos descriptivos para las variables: Uso de corticoides, DMARDs y Biológicos analizados e este estudio.

		Frecuencia	Porcentaje
CORTICOIDES	SI	35	76.09
	NO	11	23.91
	TOTAL	46	100.0
DMARDS	SI	43	93.48
	NO	3	6.52
	TOTAL	46	100.0
BIOLÓGICOS	SI	3	6.52
	NO	43	93.48
	TOTAL	46	100.0

En la variable apego al tratamiento referido por el médico especialista tratante, un 65.22% de los pacientes tiene un buen apego, el 30.43% apego regular y el 4.35% mal apego al tratamiento (Figura 15).

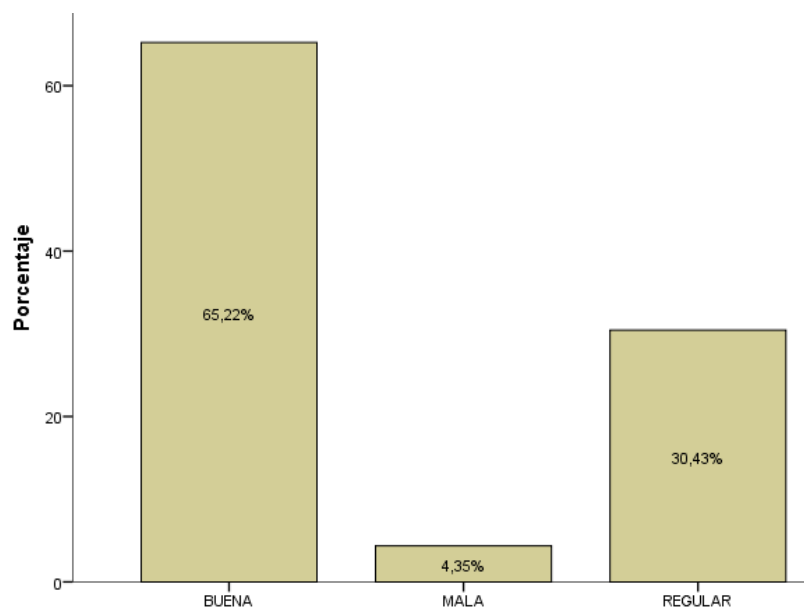


Figura 15. Porcentajes observados para la variable apego al tratamiento analizada en este estudio.

En cuanto al costo mensual en dólares americanos de la enfermedad estimado por los pacientes un 8.70% gasta menos de \$50, el 28.26% gasta entre \$50-100, el mayor grupo con un 50% gasta entre \$101-300, el 8.70% gasta entre \$301-500 y por último el 4.35% gasta entre \$501-1000 (Figura 16).

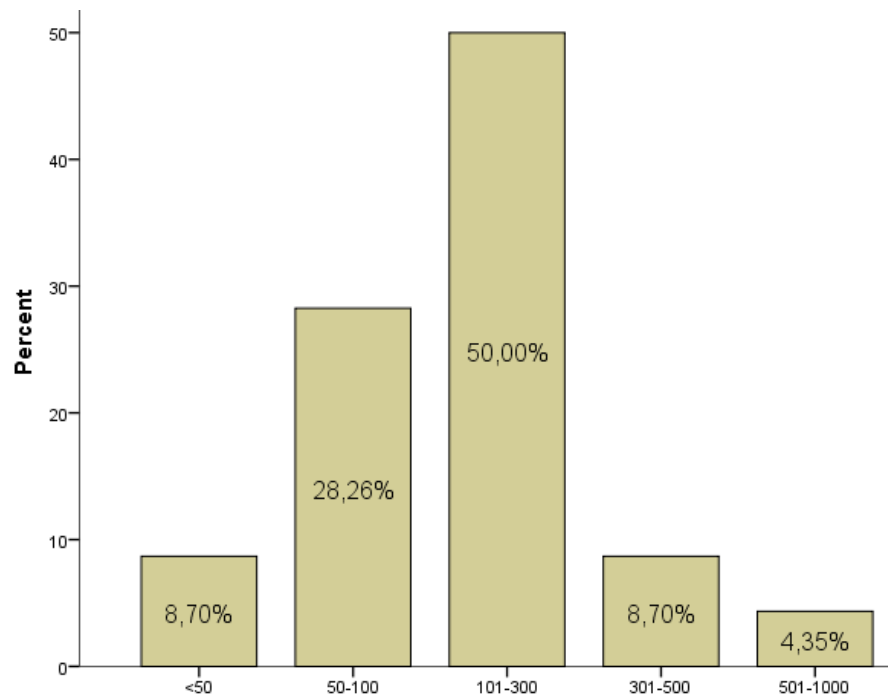


Figura 16. Porcentajes observados para la variable costo de la enfermedad analizada en este estudio.

Se analizó la variable presencia o no de comorbilidad en los pacientes en donde el 60.87% respondió de forma positiva y el 39.13% no tenían ninguna comorbilidad (Figura 17).

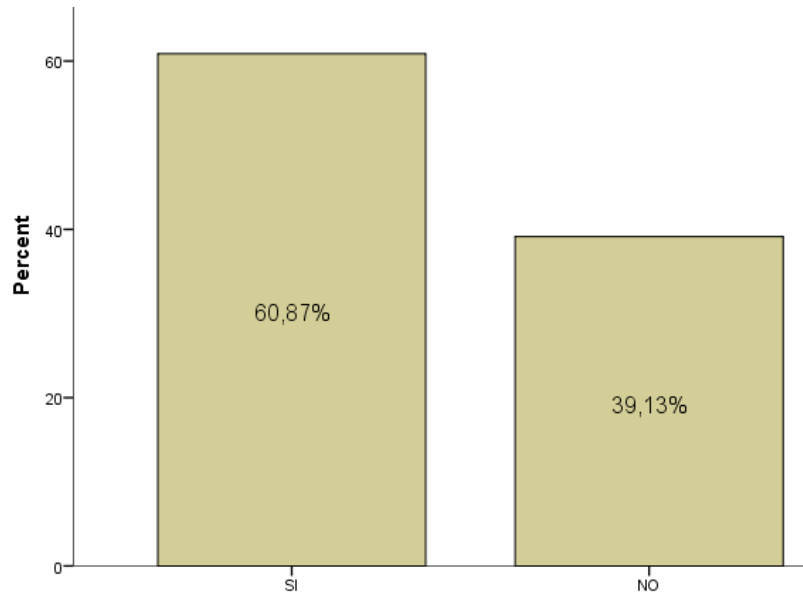


Figura 17. Porcentajes observados para presencia de comorbilidad analizada en este estudio.

En cuanto al puntaje del cuestionario HAQ cuyo puntaje mínimo es 0 y máximo 3. La media de los pacientes del estudio fue de 0.87 con una desviación estándar de ± 0.80 . Mediana de 0.69, moda de 0.12, un mínimo de 0.00 y máximo de 3.00 (Figura 18).

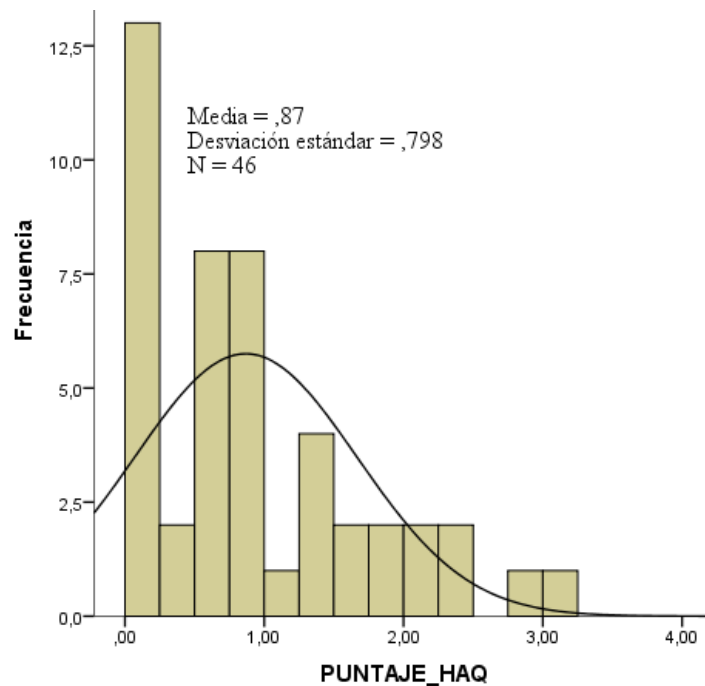


Figura 18. Histograma de la variable puntaje de la escala HAQ analizado en este estudio.

El puntaje del cuestionario QOL-RA que puntúa sobre 10, tuvo los siguientes resultados: Media 6.67 con una desviación estándar de ± 1.46 . Mediana 6.94. Moda 7.25. El mínimo puntaje obtenido fue 2.37 y el máximo 9.37 (Figura 19).

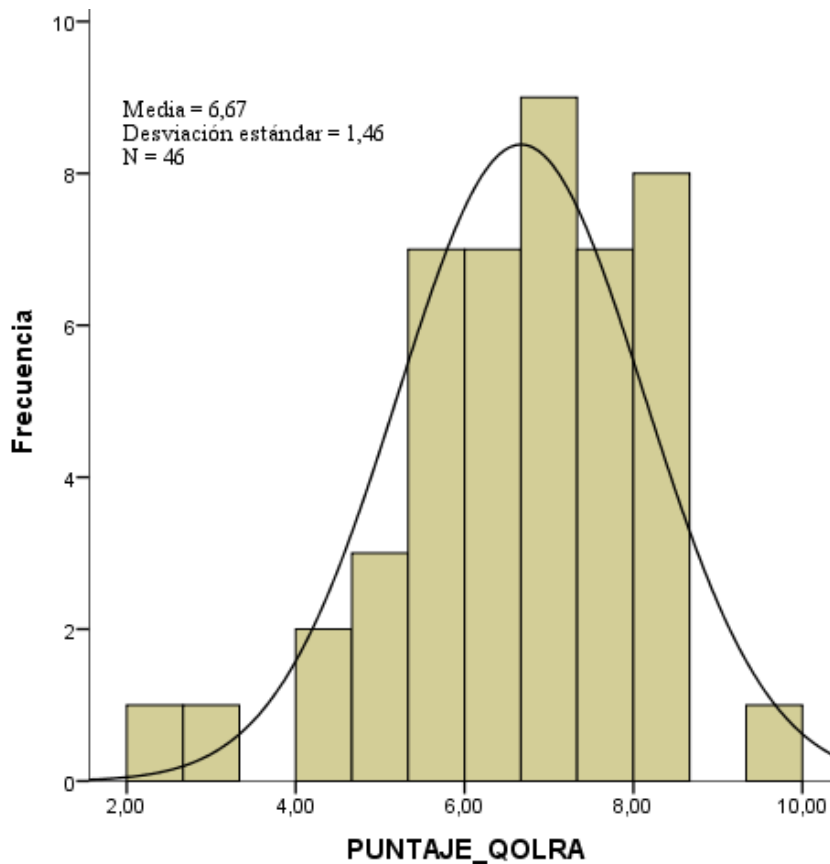


Figura 19. Histograma de la variable puntaje de la escala QOL-RA analizado en este estudio.

La evaluación global media del médico para los pacientes del estudio fue de 28.67 (± 3.39), en donde 0 corresponde a una condición libre de afectaciones debidas a la enfermedad y 100 la peor condición debido a la misma. En cuanto a la misma escala aplicada y evaluada por los mismos pacientes del estudio el resultado no difirió notoriamente con un puntaje medio de 28.80 (± 2.89) (Tabla 2).

Tabla 2. Estadísticos descriptivos para las variables evaluación global del médico y evaluación global del paciente.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Error estándar	Desviación estándar	Varianza
EVALUACION GLOBAL DEL MÉDICO	45	0	90	28.67	3.39	22.72	516.36
EVALUACIÓN GLOBAL DEL PACIENTE	46	10	90	28.8	2.89	19.61	384.65

En los pacientes del estudio el número medio de articulaciones inflamadas fue 4.59 (\pm 1.01) y 4.74 (\pm 1.0) articulaciones dolorosas con un mínimo de 0 y máximo de 28 para las dos variables (Tabla 3).

Tabla 3. Estadísticos descriptivos para las variables número de articulaciones inflamadas y número de articulaciones dolorosas.

	N	Mínimo	Máximo	Medi a	Error estándar	Desviació n estándar	Varianz a
NÚMERO DE ARTICULACIONES INFLAMADAS	46	0	28	4.59	1.01	6.83	46.65
NÚMERO DE ARTICULACIONES DOLOROSAS	46	0	28	4.74	1.00	6.78	45.97

La forma de presentación de inicio de las manifestaciones articulares dominante en los pacientes fue inicio agudo con 60.87% y 39.13% tuvieron un inicio insidioso (Figura 20).

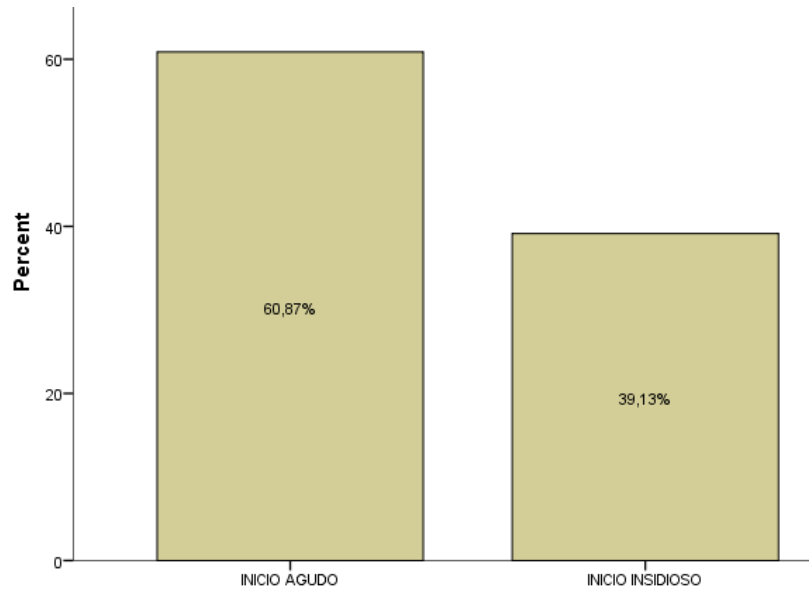


Figura 20. Porcentajes observados para la variable inicio de manifestaciones articulares analizado en este estudio.

La presentación de dolor articular inicial de los pacientes fue poli artritis bilateral simétrica con un 50.35% seguido de mono artritis con 20.09%, poli artritis bilateral asimétrica con 10.87% y por último oligoartritis con 8.70% (Figura 21).

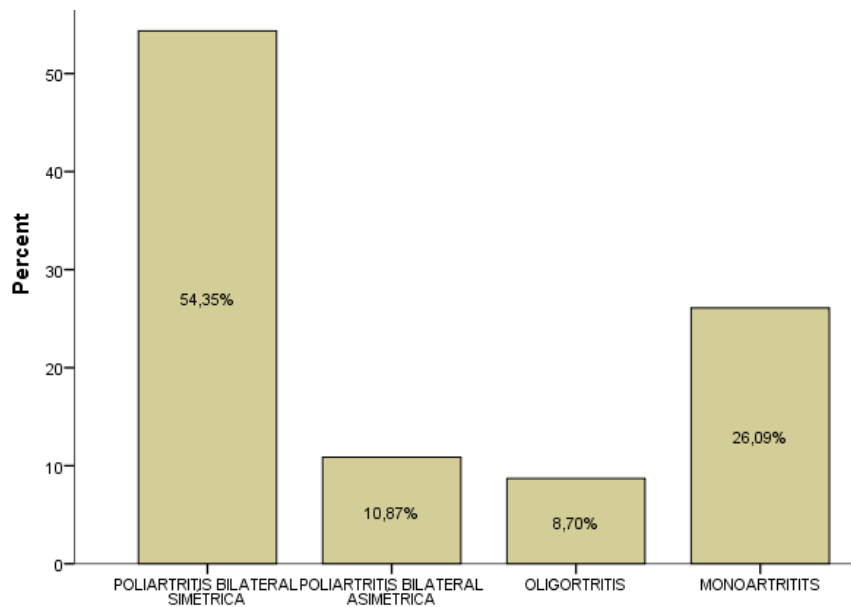


Figura 21. Porcentajes observados para la variable presentación de manifestaciones articulares analizado en este estudio.

En cuanto a la afectación de la vida sexual de los pacientes el 52.17% respondieron que la misma no se vio afectada, en valores absolutos 22 pacientes se vieron afectados y 24 no lo hicieron independientemente del sexo de los mismos (Figura 22).

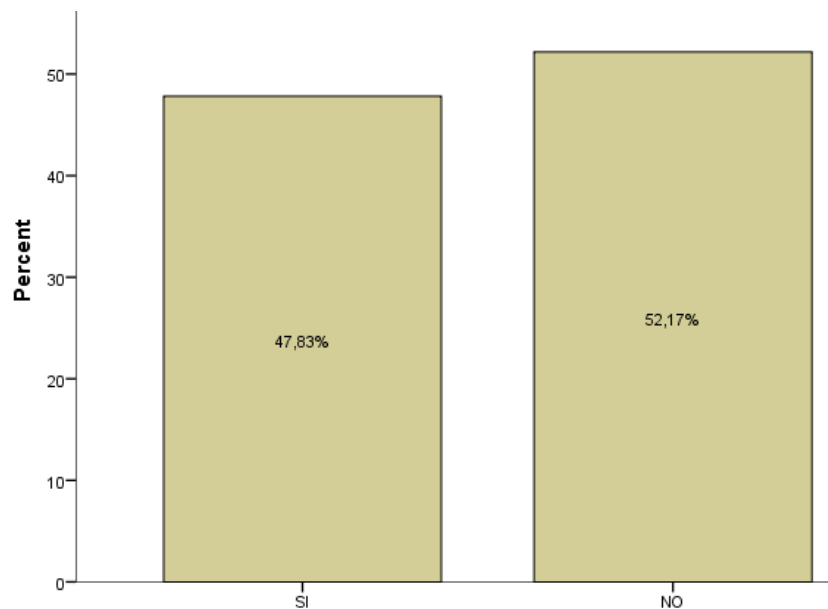


Figura 22. Porcentajes observados para la variable afectación de la vida sexual analizado en este estudio.

La correlación entre las variable puntaje HAQ y tiempo transcurrido en meses en acudir a la primera consulta médica mostró una correlación débil ($R_s = 0.327$) con una significancia $p = 0.027$. Así también se correlacionó ($R_s = 0.351$) significativamente ($p = 0.017$) con el puntaje HAQ con el tiempo transcurrido en acudir a la primera consulta con un médico Reumatólogo. Existe una correlación entre moderada y fuerte ($R_s = 0.606$) con una significancia $p \leq 0.01$ entre las variables de tiempo hasta la primera consulta médica y tiempo hasta la primera consulta con un médico Reumatólogo. Al igual que entre las variable tiempo de seguimiento y tiempo diagnóstico de la enfermedad con una correlación casi perfecta ($R_s = 0.945$, $p \leq 0.01$) (Tabla 4).

Tabla 4. Correlación entre las variables puntaje HAQ, tiempo en meses en acudir a primera consulta, consulta con Reumatólogo, tiempo diagnóstico y tiempo de seguimiento.

	Rho de Spearman	PUNTAJE HAQ	PRIMERA CONSULTA	COSULTA REUMATÓLOGO	TIEMPO SEGUIMIENTO	TIEMPO DIAGNÓSTICO
PUNTAJE HAQ	Coefficiente de correlación	1.000	0.327*	0.351*	0.030	0.101
	Sig. (bilateral)		0.027	0.017	0.847	0.508
	N	46	46	46	45	45
PRIMERA CONSULTA	Coefficiente de correlación	0.327*	1.000	0.606**	0.007	0.059
	Sig. (bilateral)	0.027		0.000	0.962	0.702
	N	46	46	46	45	45
COSULTA REUMATÓLOGO	Coefficiente de correlación	0.351*	0.606**	1.000	0.172	0.190
	Sig. (bilateral)	0.017	0.000		0.259	0.210
	N	46	46	46	45	45
TIEMPO SEGUIMIENTO	Coefficiente de correlación	0.030	0.007	0.172	1.000	0.945**
	Sig. (bilateral)	0.847	0.962	0.259		0.000
	N	45	45	45	45	44
TIEMPO DIAGNÓSTICO	Coefficiente de correlación	0.101	0.059	0.190	0.945**	1.000
	Sig. (bilateral)	0.508	0.702	0.210	0.000	
	N	45	45	45	44	45

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas). * La correlación es significativa en el nivel 0,05 (2 colas).

Dentro del análisis descriptivo para las categorías del cuestionario QOL-RA el menor puntaje medio sobre diez puntos fue para la categoría tensión con 5.33 (± 0.36), seguido de dolor con 5.70 (± 0.36) y artritis con 5.89 (± 0.36). Los puntajes más altos fueron para las categorías apoyo con 8.46 (± 0.30) e interacción con 7.96 (± 0.29) (Tabla 5).

Tabla 5. Estadísticos descriptivos para los puntajes de las categorías del cuestionario QOL-RA.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Error estándar	Desviación estándar	Varianza
HABILIDADES	46	2	10	6.85	0.3	2.03	4.13
APOYO	46	2	10	8.46	0.3	2.02	4.08
DOLOR	46	1	9	5.7	0.36	2.45	5.99
TENSIÓN	46	1	10	5.33	0.36	2.44	5.96
SALUD	45	1	10	6.58	0.32	2.12	4.48
ARTRITIS	46	1	10	5.89	0.36	2.46	6.05
INTERACCIÓN	46	2	10	7.96	0.29	2,00	4,00
ÁNIMO	46	2	10	6.93	0.28	1.91	3.66

En el análisis descriptivo de las categorías del cuestionario HAQ los menores puntajes observados en una escala del uno al tres fueron vestirse y asearse con 0.46 (± 0.14), higiene con 0.47 (± 0.13) y levantarse con 0.72 (± 0.13), indicando menor dificultad para la ejecución de las actividades contempladas. Por el contrario las categorías prensión con 1.72 (± 0.15) y alcanzar con 1.02 (± 0.17) fueron las de más alto puntaje y por ende mayor dificultad o imposibilidad de ejecución en los pacientes estudiados (Tabla 6).

Tabla 6. Estadísticos descriptivos para los puntajes de las categorías del cuestionario HAQ.

	N	Mínimo	Máximo	Media	Error estándar	Desviación estándar	Varianza
VESTIRSE	46	0	3	0.46	0.14	0.94	0.88
ASEARSE							
LEVANTARSE	46	0	3	0.72	0.13	0.86	0.74
COMER	46	0	3	0.83	0.16	1.08	1.17
CAMINAR	45	0	3	0.8	0.16	1.06	1.12
HIGIENE	46	0	3	0.57	0.13	0.89	0.78
ALCANZAR	45	0	3	1.02	0.17	1.12	1.25
PRENSIÓN	46	0	3	1.72	0.15	1.03	1.05
OTRAS	46	0	3	0.88	0.14	0.94	0.88

Dentro de las manifestaciones extra articulares presentadas por los pacientes del estudio, 19.57% presentan fenómeno de Raynaud. La fatiga es un punto importante dentro de las mismas pues el 47.83% de pacientes la presentan. El 63.04% presenta mialgias. Uno de cada dos pacientes presento ojo seco y boca seca respectivamente con 52.17% y 56.52%. La pérdida de peso y de apetito fue menor con 41.30% y 30.43% respectivamente. Un aspecto importante es la presencia de tristeza con 60.87%. Por último 30.96% presencia de nódulos reumatoides como consecuencia de su enfermedad, 43.48% rigidez matutina con una duración mayor a una hora y 30.43% presentaron erosiones articulares en Rx (Tabla 7).

Tabla 7. Estadísticos descriptivos de las manifestaciones extra articulares analizadas en este estudio.

Manifestaciones Extra Articulares	Frecuencia	Porcentaje	
RAYNAUD	SI	9	19.57
	NO	37	80.43
	Total	46	100.00
MIALGIAS	SI	29	63.04
	NO	17	36.96
	Total	46	100.00
OJO SECO	SI	26	56.52
	NO	20	43.48
	Total	46	100.00
BOCA SECA	SI	24	52.17
	NO	22	47.83
	Total	46	100.00
FIEBRE	SI	6	13.04
	NO	40	86.96
	Total	46	100.00
FATIGA	SI	22	47.83
	NO	24	52.17
	Total	46	100.00
PÉRDIDA PESO	SI	19	41.30
	NO	27	58.70
	Total	46	100.00
PÉRDIDA APETITO	SI	14	30.43
	NO	32	69.57
	Total	46	100.00
TRISTEZA	SI	28	60.87
	NO	18	39.13
	Total	46	100.00
NÓDULOS	SI	17	36.96
	NO	29	63.04
	Total	46	100.00
RIGIDEZ	SI	20	43.48
	NO	26	56.52
	Total	46	100.00
EROSIONES RX	SI	14	30.43
	NO	32	69.57
	Total	46	100.00

La variable sexo tuvo una asociación débil con la manifestación extra articular boca seca ($CC = 0.282$, $p = 0.046$), adicionalmente se observó que la razón entre presentar boca seca versus no presentar boca seca es 0.2 veces mayor en mujeres que en varones (CI: 0.037-1.077). Esta asociación es estadísticamente significativa (Tabla 8).

Tabla 8. Asociación entre las variables: sexo y boca seca analizadas en este estudio.

		SEXO		TOTAL	
		FEMENINO	MASCULINO		
BOCA SECA	SI	Casos	16	8	24
		Porcentaje	34.8%	17.4%	52.2%
	NO	Casos	20	2	22
		Porcentaje	43.5%	4.3%	47.8%
TOTAL	Casos	36	10	46	
	Porcentaje	78.3%	21.7%	100.0%	

Test Exacto de Fisher = 0.049; CC = 0.282, p = 0.046; OR de prevalencia = 0.2 (IC: 0.037-1.077)

La variable sexo tuvo una asociación débil con la manifestación extra articular fatiga ($CC = 0.282$, $p = 0.049$), además se observó que la razón entre presentar o no presentar fatiga es 5 veces mayor en mujeres que en varones (CI: 0.929-26.913). Esta asociación es estadísticamente significativa (Tabla 9).

Tabla 9. Asociación entre las variables: sexo y fatiga analizadas en este estudio.

		SEXO		TOTAL	
		FEMENINO	MASCULINO		
FATIGA	SI	Casos	20	2	22
		Porcentaje	43.5%	4.3%	47.8%
	NO	Casos	16	8	24
		Porcentaje	34.8%	17.4%	52.2%
TOTAL	Casos	36	10	46	
	Porcentaje	78.3%	21.7%	100.0%	

Test Exacto de Fisher = 0.049; CC = 0.282, p = 0.046; OR de prevalencia = 5.0 (CI:0.929-26.913)

La escolaridad de los pacientes se asoció de forma débil ($CC = 0.351$) con la presencia de erosiones articulares en Rx con una significancia ($p = 0.040$) (Tabla 10).

Tabla 10. Asociación entre las variables: escolaridad y presencia de erosiones articulares en Rx analizadas en este estudio

			ESCOLARIDAD			TOTAL
			PRIMARIA	SECUNDARIA	SUPERIOR	
PRESENCIA DE EROSIONES EN RX	SI	Casos	1	9	4	14
		Porcentaje	2.2%	19.6%	8.7%	30.4%
	NO	Casos	5	8	19	32
		Porcentaje	10.9%	17.4%	41.3%	69.6%
TOTAL		Casos	6	17	23	46
		Porcentaje	13.0%	37.0%	50.0%	100.0%

$\chi^2 = 6.453, p = 0.040; CC = 0.351, p = 0.040$

Se asociaron significativamente las variables uso de medicamentos DMARDs con la presencia de ojo seco ($CC = 0.288, p = 0.041$) (Tabla 11).

Tabla 11. Asociación entre las variables: uso de medicamentos DMARDs y ojo seco analizadas en este estudio.

			DMARDS		TOTAL
			SI	NO	
OJO SECO	SI	Casos	26	0	26
		Porcentaje	56.5%	0.0%	56.5%
	NO	Casos	17	3	20
		Porcentaje	37.0%	6.5%	43.5%
TOTAL		Casos	43	3	46
		Porcentaje	93.5%	6.5%	100.0%

$Test\ Exacto\ de\ Fisher = 0.075^{NS}; CC = 0.282, p = 0.041$

Se asociaron significativamente las variables uso de medicamentos biológicos con la presencia de ojo seco ($C = 0.288, p = 0.041$) (Tabla 12).

Tabla 12. Asociación entre las variables: uso de medicamentos biológicos y ojo seco analizadas en este estudio.

		OJO SECO		TOTAL	
		SI	NO		
BIOLÓGICOS	SI	Casos	0	3	3
		Porcentaje	0.0%	6.5%	6.5%
	NO	Casos	26	17	43
		Porcentaje	56.5%	37.0%	93.5%
TOTAL	Casos	26	20	46	
	Porcentaje	56.5%	43.5%	100.0%	

Test Exacto de Fisher = 0.075^{NS}; CC = 0.288, p = 0.041

Se observó que existe una asociación leve moderada entre las variables presencia de comorbilidad con la manifestación boca seca ($CC = 0.365$, $p = 0.008$), aunque se pudo observar que la razón entre presentar comorbilidad versus no presentarla es 5.489 veces mayor en pacientes que presentan boca seca, el intervalo de confianza es muy amplio (Tabla 13).

Tabla 13. Asociación entre las variables: presencia de comorbilidad y boca seca analizadas en este estudio.

		COMORBILIDAD		TOTAL	
		SI	NO		
BOCA SECA	SI	Casos	19	5	24
		Porcentaje	41.3%	10.9%	52,2%
	NO	Casos	9	13	22
		Porcentaje	19.6%	28.3%	47,8%
TOTAL	Casos	28	18	46	
	Porcentaje	60,9%	39.1%	100.0%	

Test Exacto de Fisher = 0.015; CC = 0.365, p = 0.008; OR de prevalencia = 5.489 (CI: 1.494-20.162)

La variable uso de medicamentos biológicos tuvo una asociación significativa con la clasificación de los pacientes por grupos de años de enfermedad ($CC = 0.426, p = 0.037$) (Tabla 14).

Tabla 14. Asociación entre las variables: usos de medicamentos biológicos y años de enfermedad analizadas en este estudio.

		GRUPOS PACIENTES DIVIDIDOS POR AÑOS DE ENFERMEDAD					TOTAL	
		MENOS DE 2 AÑOS	2-4 AÑOS	5- 9 AÑOS	10-19 AÑOS	20 O MÁS AÑOS		
BIOLÓGICOS	SI	Casos	0	0	0	3	0	3
		Porcentaje	0,0%	0,0%	0,0%	6,5%	0,0%	6,5%
	NO	Casos	8	8	15	8	4	43
		Porcentaje	17,4%	17,4%	32,6%	17,4%	8,7%	93,5%
TOTAL	Casos	8	8	15	11	4	46	
	Porcentaje	17,4%	17,4%	32,6%	23,9%	8,7%	100,0%	

$$X^2 = 10.211, p = 0.037; CC = 0.426, p = 0.037$$

Las variables: Clasificación de discapacidad según puntaje HAQ y tiempo transcurrido hasta a primera consulta con un médico Reumatólogo tuvieron una correlación débil significativa ($R_s = 0.318, p = 0.031$) (Tabla 15).

Tabla 15. Correlación entre las variables: Clasificación discapacidad según puntaje HAQ y tiempo transcurrido hasta a primera consulta con un médico Reumatólogo, analizadas en este estudio.

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Sig. Aprox.
Coefficiente de contingencia	0.778		0.018
R de Pearson	0.154	0.171	0.307 ^b
Correlación de Spearman	0.318	0.131	0.031 ^b
N de casos válidos	46		

^aNo asume la hipótesis nula. ^bBasado en aproximación normal.

Las variables: Clasificación de discapacidad según puntaje HAQ y costo tuvieron una asociación moderada o media significativa ($CC = 0.503, p = 0.049$) (Tabla 16).

Tabla 16. Correlación entre las variables: Clasificación discapacidad según puntaje HAQ y costo, analizadas en este estudio.

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Sig. Aprox.
Coefficiente de contingencia	0.503		0.049
R de Pearson	0.236	0.134	0.115 ^b
Correlación de Spearman	0.288	0.131	0.052 ^b
N de casos válidos	46		

^a Error estándar asintótico. ^b Basado en aproximación normal.

Las variable clasificación de discapacidad según puntaje HAQ tuvo asociación significativa con la variable evaluación global del médico con $R_S = 0.418 (p = 0.004)$ (Tabla 17).

Tabla 17. Correlación entre las variables: Clasificación discapacidad según puntaje HAQ y evaluación global del médico, analizadas en este estudio.

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Sig. Aprox.
Coefficiente de contingencia	0.621		0.030
R de Pearson	0.428	0.155	0.003 ^b
Correlación de Spearman	0.418	0.124	0.004 ^b
N de casos válidos	46		

^a Error estándar asintótico. ^b Basado en aproximación normal.

La variable clasificación de discapacidad según puntaje HAQ tuvo asociación significativa con la variable número de articulaciones dolorosas con $R_S = 0.555$ ($p \leq 0.001$) (Tabla 18).

Tabla 18. Correlación entre las variables: Clasificación discapacidad según puntaje HAQ y número de articulaciones dolorosas, analizadas en este estudio.

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Sig. Aprox.
Coefficiente de contingencia	0.750		0.001
R de Pearson	0.649	0.111	0.000 ^b
Correlación de Spearman	0.555	0.123	0.000 ^b
N de casos válidos	46		

^a Error estándar asintótico. ^b Basado en aproximación normal.

Las variables: Clasificación de discapacidad según puntaje HAQ y puntaje total QOL-RA tuvieron una correlación inversa significativa moderada con $R_S = -0.644$ ($p \leq 0.001$) (Tabla 19).

Tabla 19. Correlación entre las variables: Clasificación discapacidad según puntaje HAQ y puntaje total QOL-RA, analizadas en este estudio.

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Sig. Aprox.
Coefficiente de contingencia	0.793		0.019
R de Pearson	- 0.685	0.074	0.000 ^b
Correlación de Spearman	- 0.644	0.098	0.000 ^b
N de casos válidos	46		

^a Error estándar asintótico. ^b Basado en aproximación normal.

La variable grupos de pacientes divididos por años de enfermedad tuvo asociación fuerte significativa con la variable tiempo de seguimiento ($R_S = 0.878, p \leq 0.001$) (Tabla 20).

Tabla 20. Correlación entre las variables: grupos de pacientes divididos por años de enfermedad y tiempo de seguimiento, analizadas en este estudio.

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Sig. Aprox.
Coefficiente de contingencia	0.867		0.000
R de Pearson	0.796	0.055	0.000 ^b
Correlación de Spearman	0.878	0.043	0.000 ^b
N de casos válidos	46		

^a Error estándar asintótico. ^b Basado en aproximación normal.

La variable grupos de pacientes divididos por años de enfermedad tuvo asociación fuerte significativa con la variable tiempo de diagnóstico ($R_S = 0.801, p \leq 0.001$) (Tabla 21).

Tabla 21. Correlación entre las variables: grupos de pacientes divididos por años de enfermedad y tiempo de diagnóstico, analizadas en este estudio.

	Valor	Error estándar asintótico ^a	Sig. Aprox.
Coefficiente de contingencia	0.864		0.000
R de Pearson	0.722	0.095	0.000 ^b
Correlación de Spearman	0.801	0.086	0.000 ^b
N de casos válidos	46		

^a Error estándar asintótico. ^b Basado en aproximación normal.

Las variables: Grupos de pacientes divididos por años de enfermedad y uso de medicamentos biológicos tuvieron una correlación significativa débil ($R_s = 0.426, p = 0.037$) (Tabla 22).

Tabla 22. Correlación entre las variables: grupos de pacientes divididos por años de enfermedad y uso de medicamentos biológicos, analizadas en este estudio.

		BIOLÓGICOS		TOTAL	
		SI	NO		
GRUPOS PACIENTES DIVIDIDOS POR AÑOS DE ENFERMEDAD	MENOS DE 2 AÑOS	Casos	0	8	8
		Porcentaje	0.0%	17.4%	17.4%
	2-4 AÑOS	Casos	0	8	8
		Porcentaje	0.0%	17.4%	17.4%
	5- 9 AÑOS	Casos	0	15	15
		Porcentaje	0.0%	32.6%	32.6%
	10-19 AÑOS	Casos	3	8	11
		Porcentaje	6.5%	17.4%	23.9%
	20 O MÁS AÑOS	Casos	0	4	4
		Porcentaje	0.0%	8.7%	8.7%
TOTAL	Casos	3	43	46	
	Porcentaje	6.5%	93.5%	100.0%	

Al aplicar el coeficiente de Pearson las categorías del cuestionario QOL-RA la correspondiente a habilidades físicas de los pacientes se correlacionó significativamente de forma moderada con las categorías dolor ($r = 0.571, p \leq 0.001$), salud ($r = 0.567, p \leq 0.001$), artritis ($r = 0.508, p \leq 0.001$), interacción ($r = 0.561, p \leq 0.001$) y ánimo ($r = 0.534, p \leq 0.001$). La mayor correlación para la categoría dolor fue con artritis ($r = 0.526, p \leq 0.001$). Para las categorías tensión con salud la correlación fue moderada ($r = 0.562, p \leq 0.001$). La categoría salud tuvo una correlación moderada-fuerte con artritis ($r = 0.755, p \leq 0.001$) y ánimo ($r = 0.703, p \leq 0.001$). La categoría ánimo tuvo sus mejores correlaciones con artritis ($r = 0.546, p \leq 0.001$) e interacción ($r = 0.534, p \leq 0.001$) (Tabla 23).

Tabla 23. Correlación entre las subcategorías del cuestionario QOL-RA.

		HABILIDADES	APOYO	DOLOR	TENSIÓN	SALUD	ARTRITIS	INTERACCIÓN	ÁNIMO
HABILIDADES	R de Pearson	1.00	0.13	0.571**	0.333*	0.567**	0.508**	0.561**	0.534**
	Sig. (2-colas)		0.41	0.00	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00
	N	46	46	46	46	45	46	46	46
APOYO	R de Pearson	0.13	1.00	0.08	-0.05	0.22	0.11	0.14	0.02
	Sig. (2-colas)	0.41		0.58	0.75	0.15	0.47	0.34	0.90
	N	46	46	46	46	45	46	46	46
DOLOR	R de Pearson	0.571**	0.08	1.00	0.400**	0.473**	0.526**	0.26	0.337*
	Sig. (2-colas)	0.00	0.58		0.01	0.00	0.00	0.09	0.02
	N	46	46	46	46	45	46	46	46
TENSIÓN	R de Pearson	0.333*	-0.05	0.400**	1.00	0.562**	0.417**	0.21	0.490**
	Sig. (2-colas)	0.02	0.75	0.01		0.00	0.00	0.16	0.00
	N	46	46	46	46	45	46	46	46
SALUD	R de Pearson	0.567**	0.22	0.473**	0.562**	1.00	0.755**	0.447**	0.703**
	Sig. (2-colas)	0.00	0.15	0.00	0.00		0.00	0.00	0.00
	N	45	45	45	45	45	45	45	45
ARTRITIS	R de Pearson	0.508**	0.11	0.526**	0.417**	0.755**	1.00	0.333*	0.546**
	Sig. (2-colas)	0.00	0.47	0.00	0.00	0.00		0.02	0.00
	N	46	46	46	46	45	46	46	46
INTERACCIÓN	R de Pearson	0.561**	0.14	0.26	0.21	0.447**	0.333*	1.00	0.534**
	Sig. (2-colas)	0.00	0.34	0.09	0.16	0.00	0.02		0.00
	N	46	46	46	46	45	46	46	46
ÁNIMO	R de Pearson	0.534**	0.02	0.337*	0.490**	0.703**	0.546**	0.534**	1.00
	Sig. (2-colas)	0.00	0.90	0.02	0.00	0.00	0.00	0.00	
	N	46	46	46	46	45	46	46	46

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas). * . La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas).

El coeficiente de Pearson al correlacionar las categorías del cuestionario HAQ mostró las siguientes correlaciones: La categoría Vestirse y asearse tuvo correlaciones moderadas con las categorías levantarse ($r = 0.633, p \leq 0.001$), comer ($r = 0.563, p \leq 0.001$), caminar ($r = 0.619, p \leq 0.001$), higiene ($r = 0.674, p \leq 0.001$), alcanzar ($r = 0.719, p \leq 0.001$). Para la categoría levantarse la correlaciones moderadas-fuertes fueron comer ($r = 0.639, p \leq 0.001$), caminar ($r = 0.702, p \leq 0.001$), higiene ($r = 0.739, p \leq 0.001$), alcanzar ($r = 0.571, p \leq 0.001$) y otras ($r = 0.745, p \leq 0.001$). Mostraron una correlación moderada las categorías comer con alcanzar ($r = 0.658, p \leq 0.001$) y otras ($r = 0.641, p \leq 0.001$). En cuanto a la categoría caminar tuvo correlación moderada con las categorías alcanzar ($r = 0.594, p \leq 0.001$) y otras ($r = 0.755, p \leq 0.001$) y una correlación fuerte con la categoría higiene ($r = 0.824, p \leq 0.001$). La categoría higiene tuvo correlaciones moderadas con alcanzar ($r = 0.557, p \leq 0.001$) y otras ($r = 0.755, p \leq 0.001$) y la categoría alcanzar con las categorías presión ($r = 0.51, p \leq 0.001$) y otras ($r = 0.743, p \leq 0.001$) (Tabla 24).

Tabla 24. Correlación entre las subcategorías del cuestionario HAQ.

		VESTIRSE ASEARSE	LEVANTARSE	COMER	CAMINAR	HIGIENE	ALCANZAR	PRENSIÓN	OTRAS
VESTIRSE. ASEARSE	R de Pearson	1	.633**	.563**	.619**	.674**	.615**	.438**	.719**
	Sig. (2-colas)		0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.002	0.000
	N	46	46	46	45	46	45	46	46
LEVANTARSE	R de Pearson	0.633**	1	0.639**	0.702**	0.739**	0.571**	0.361*	0.745**
	Sig. (2-colas)	0.000		0.000	0.000	0.000	0.000	0.014	0.000
	N	46	46	46	45	46	45	46	46
COMER	R de Pearson	0.563**	0.639**	1	0.427**	0.499**	0.658**	0.476**	0.641**
	Sig. (2-colas)	0.000	0.000		0.003	0.000	0.000	0.001	0.000
	N	46	46	46	45	46	45	46	46
CAMINAR	R de Pearson	0.619**	0.702**	0.427**	1	0.824**	0.594**	0.384**	0.734**
	Sig. (2-colas)	0.000	0.000	0.003		0.000	0.000	0.009	0.000
	N	45	45	45	45	45	44	45	45
HIGIENE	R de Pearson	0.674**	0.739**	0.499**	0.824**	1	0.557**	0.375*	0.755**
	Sig. (2-colas)	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.010	0.000
	N	46	46	46	45	46	45	46	46
ALCANZAR	R de Pearson	0.615**	0.571**	0.658**	0.594**	0.557**	1	0.516**	0.743**
	Sig. (2-colas)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000		0.000	0.000
	N	45	45	45	44	45	45	45	45
PRENSIÓN	R de Pearson	0.438**	0.361*	0.476**	0.384**	0.375*	0.516**	1	0.458**
	Sig. (2-colas)	0.002	0.014	0.001	0.009	0.010	0.000		0.001
	N	46	46	46	45	46	45	46	46
OTRAS	R de Pearson	0.719**	0.745**	0.641**	0.734**	0.755**	0.743**	0.458**	1
	Sig. (2-colas)	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.001	
	N	46	46	46	45	46	45	46	46

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas). * . La correlación es significativa en el nivel 0.05 (2 colas).

El coeficiente de Pearson al relacionar los puntajes totales de los cuestionarios QOL-RA y HAQ indico una asociación inversa significativa fuerte ($r = -0.787$, $p \leq 0.001$) (Tabla 25).

Tabla 25. Correlación entre los puntajes totales de los cuestionarios QOL-RA y HAQ

		PUNTAJE_HAQ	PUNTAJE_QOLRA
PUNTAJE HAQ	R de Pearson	1	- 0.787**
	Sig. (2-colas)		0.000
	N	46	46
PUNTAJE QOLRA	R de Pearson	- 0.787**	1
	Sig. (2-colas)	0.000	
	N	46	46

** . La correlación es significativa en el nivel 0.01 (2 colas).

Al dividir a los pacientes del estudio en los grupos de discapacidad según el puntaje obtenido en el cuestionario HAQ que indica: discapacidad ligera con un puntaje de 0 a 1. discapacidad moderada de 1.01 a 2 y discapacidad severa de 2.01 a 3 puntos. El 67.39% tiene discapacidad ligera. 21.74% discapacidad moderada y 10.87% discapacidad severa (Figura 22).

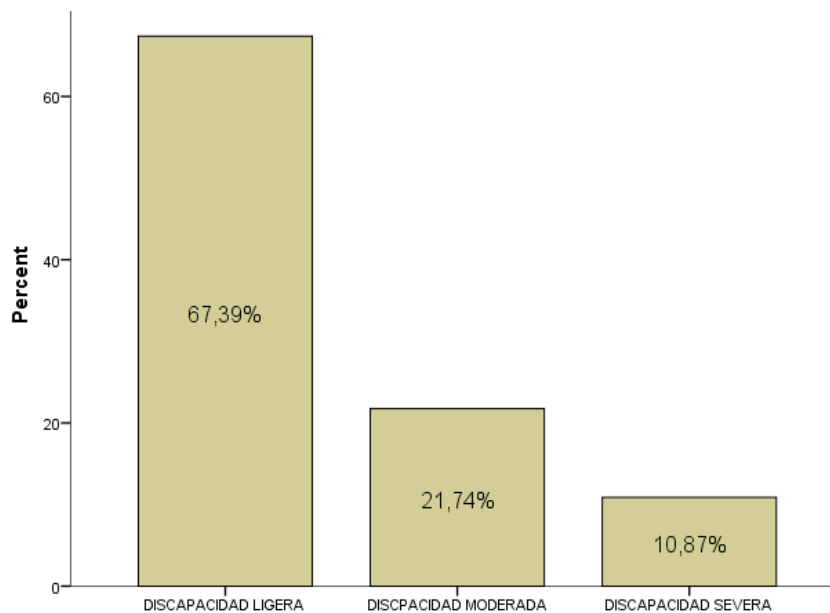


Figura 23. Distribución de la clasificación de discapacidad según puntaje total del cuestionario HAQ analizada en este estudio.

Se dividió a los pacientes en 5 grupos según años de enfermedad. El mayor porcentaje lo obtuvo el grupo de 5 a 9 años con 32.61%. seguido de 10-19 años con 23.91%. los grupos de menos de 2 años de enfermedad y de 2 a 4 años obtuvieron el mismo porcentaje con 17.39% y por último el grupo de 20 años o más con 8.70% (Figura 23).

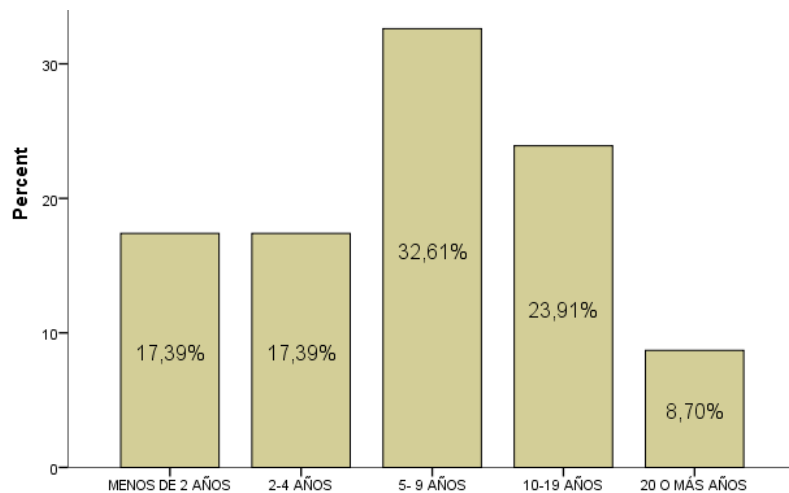


Figura 24. Distribución de la clasificación de los pacientes por grupos de años de enfermedad analizada en este estudio.

No se evidenció una correlación significativa entre las medias de los puntajes de las escalas QOL-RA y HAQ y los grupos de pacientes divididos en grupos por años de enfermedad.

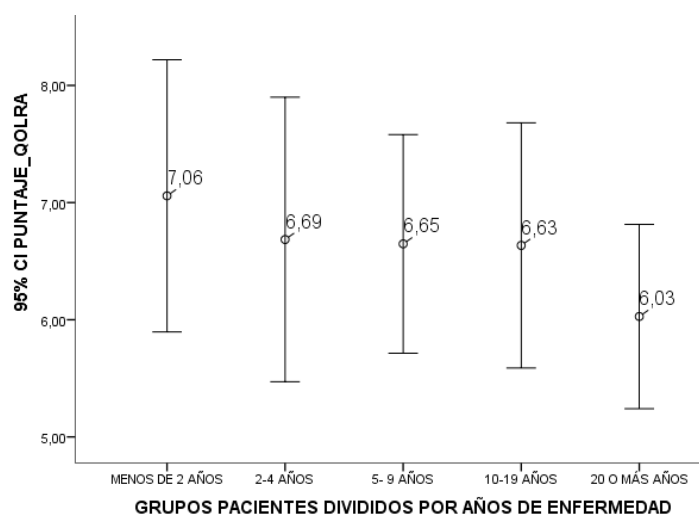


Figura 25. Estimación puntual y por intervalos de confianza al 95 % para el puntaje promedio del QoL-RA según el tiempo de evolución de la enfermedad.

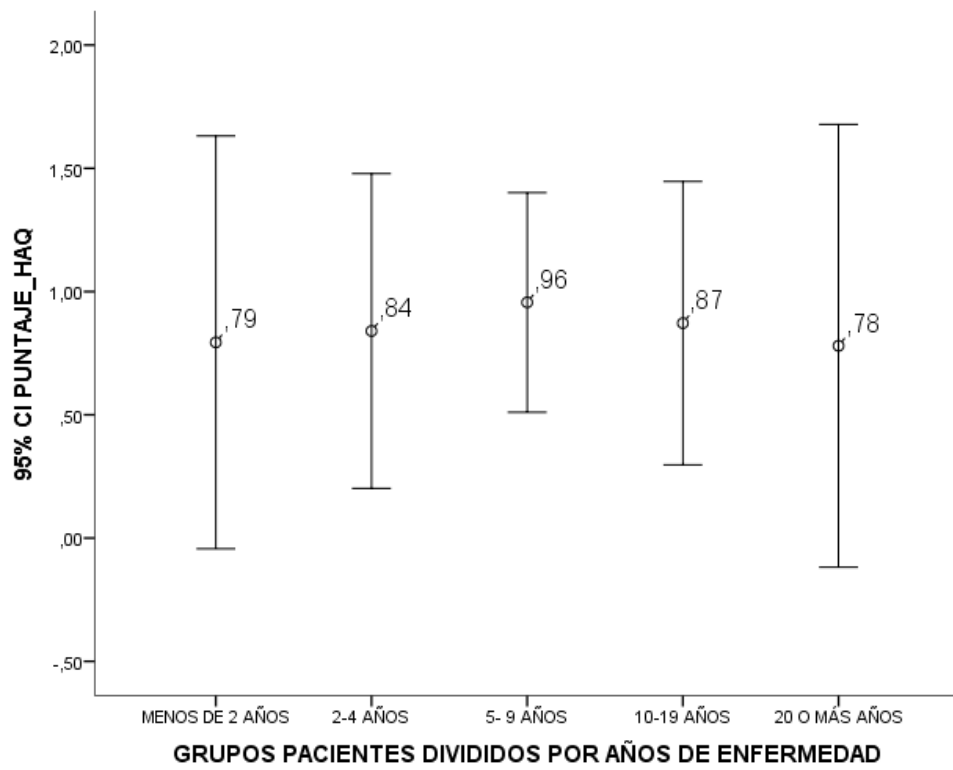


Figura 26. Estimación puntual y por intervalos de confianza al 95 % para el puntaje promedio del HAQ según el tiempo de evolución de la enfermedad.

CAPÍTULO IV

4. DISCUSIÓN

Las escalas de evaluación de calidad de vida (QOL-RA) y capacidad funcional (HAQ) aplicadas en este estudio son las más usadas y estudiadas alrededor del mundo por su validez y significativo aporte a la evaluación y manejo de los pacientes con artritis reumatoide.

Analizando los resultados de este estudio el punto de partida en cuanto a influencia sobre calidad de vida de los pacientes se establece en la demora de los mismos en recibir un adecuado diagnóstico y manejo. El valor medio de tiempo transcurrido en meses desde el inicio de síntomas hasta una primera consulta con un facultativo fue de 28.13, con un mínimo de 1 mes y un máximo de 300 meses que equivale a 25 años. Varios factores influyen en la búsqueda de atención médica como escolaridad, ocupación, percepción de síntomas, economía según refirieron los pacientes y como lo confirma Arredondo (2010).

En las últimas décadas se ha logrado un claro avance en cuanto al manejo y pronóstico de los pacientes. Como indica la evidencia, la instauración de tratamiento menor a tres meses reduce la discapacidad y progresión de la enfermedad. Sin embargo como se establece en el estudio en pacientes europeos de Corominas et al. (2016) existe una tardanza al diagnóstico de 11.3 ± 13.2 meses, remisión a un especialista de 0.2 ± 12.7 meses e inicio de tratamiento de 11.1 ± 12.8 meses. Acevedo (2012) refiere una demora al diagnóstico en pacientes peruanos de 2.29 ± 5.24 años.

En este estudio el tiempo desde el inicio de los síntomas hasta la primera consulta con un facultativo fue de 28.13 ± 65.59 meses, con un especialista en Reumatología la media fue de 47.67 ± 90.71 meses. Durante las entrevistas los pacientes indicaron como causas de la demora en atención de especialidad a las siguientes: buscar mitigar síntomas con medicamentos no prescritos, ser atendidos por médicos generales, especialistas en Traumatología, Medicina Interna y terapias alternativas para el manejo del dolor como acupuntura y un precepto cultural de aparición de dolor articular conforme avanza la edad como consecuencia de envejecimiento.

Claramente se evidencia como un problema clave a discutir y mejorar en atención primaria de salud y consultas de distintas especialidades la demora en derivar de ser el caso, diagnóstico e inicio oportuno de terapia adecuada de los pacientes, pues condiciona el punto de partida y pronóstico de la enfermedad.

En cuanto a la ocupación de los participantes el 43.48% tiene un trabajo remunerado fijo, 17.39% recibe una pensión jubilar y resto de los participantes depende económicamente de su familia. Constituye entonces la economía de los pacientes un factor determinante en el manejo de la enfermedad pues aproximadamente uno de cada dos tendrá dificultades económicas frente a gastos médicos, pruebas de laboratorio, compra de medicamentos, manejo de comorbilidades y complicaciones., etc. Acevedo (2012) informa sobre una pérdida del empleo en sus pacientes del 34% en 5.54 ± 3.48 años.

Con respecto al tema laboral existen varios datos que corroboran el impacto de la artritis reumatoide. Morón et al. (2012) en su estudio con pacientes Argentinos registran como ocupación un 27.9% dedicados a servicios o actividad comercial,

39.9% oficios varios y domésticos; el 80.9% de los pacientes trabajaban de éstos el 63.6% sufrieron empeoramiento de síntomas debido a su actividad laboral, 85.7% no había sido reubicado debido a su condición y un 53.8% refirió haber estado incapacitado en el último año. Mejía, Escobar, Jaramillo & Reyes (2015) concluyen que un 65% de los pacientes modificó sus tareas laborales a causa de la enfermedad. El 25% de ellos pierden 6.3 ± 12.6 horas semanales de trabajo. El compromiso del rendimiento en el trabajo se relacionó significativamente con un puntaje ≤ 6 en el QOL-RA y con el DAS 28.

Los pacientes del estudio usan como parte de su tratamiento farmacológico corticoides en un 76.09%. El 93.48% de los pacientes se encuentran en tratamiento con drogas anti reumáticas modificantes de la enfermedad. Únicamente el 6.5% de los participantes del estudio usa medicamentos biológicos. Vuelve a ser la economía determinante en este aspecto pues varios pacientes usaron en alguna ocasión terapia biológica con buenos resultados pero la tuvieron que abandonar por falta de recursos.

En cuanto al costo mensual en dólares americanos de la enfermedad estimado por los pacientes un 8.70% gasta menos de \$ 50, el 28.26% gasta entre \$ 50-100, el mayor grupo con un 50% gasta entre \$ 101-300, el 8.70% gasta entre \$ 301-500 y por último el 4.35% gasta entre \$ 501-1000. Sin duda estos costos estimados por los pacientes no reflejan la realidad de costos tangibles e intangibles, también se ven alterados por el tipo de tratamiento utilizado, gastos de comorbilidades y complicaciones. Se asoció un mayor costo a la clasificación de discapacidad según el puntaje obtenido en el cuestionario HAQ de forma moderada ($CC=0.503$). Acevedo (2012) indica un costo anual de la enfermedad asociado a años de enfermedad para el grupo de 2-10

años un gasto de \$ 518±335.24, menos de dos años de enfermedad un gasto de \$ 421.7±176.7 y por último el grupo de más de 10 años de enfermedad \$ 968±766.03.

Para Kobelt (2007) el costo anual de la enfermedad en Alemania se estima en €15.600 y en Francia € 21.700 con un incremento de € 600 y € 1.200 según menor o mayor actividad de la enfermedad respectivamente. Un estudio más reciente estima el gasto anual para pacientes de Europa en € 13.500 y en USA € 21.000 con el dato de un costo social de \$ 39.2 billones que incluye costos tangibles e intangibles (Her & Kavanaugh. 2012).

En cuanto a la afectación de la vida sexual de los pacientes aproximadamente uno de cada dos tuvo algún grado de afectación lo cual indica el impacto de la enfermedad sobre éste aspecto. Existe también una falta de evaluación e influencia del ámbito sexual sobre la calidad de vida pues en los cuestionarios utilizados no existen preguntas relacionadas. En este estudio no se correlacionaron significativamente variables causales de la afectación sexual posiblemente a la falta de aplicación de un cuestionario específico para actividad sexual.

Silva. Trujillo y Gutierrez (2006) obtuvieron correlaciones significativas entre la disminución de actividad sexual con la clase funcional de los pacientes y estado radiológico, de igual forma Xibillé, Álvarez, Flores & Cruz (2005) refieren como causales una peor percepción del aspecto físico, menor satisfacción, mayor tristeza y menor interés sexual cuando se compararon pacientes con AR y LES con controles sanos.

Se encontró una asociación significativa entre el uso de DMARDs y de medicamentos biológicos con la presencia de ojo seco ($CC= 0.288$), al igual que una asociación entre grupos de pacientes divididos por años de enfermedad y el uso de medicamentos biológicos ($CC=0.426$). De esto se puede destacar el impacto de los efectos secundarios de la terapia usada para la AR así como la evolución natural de la enfermedad condiciona con el paso de tiempo al uso de terapias combinadas, más agresivas a mayores dosis e incluso mayor costo.

Como lo indica la literatura los DMARDs y corticoides son la terapia de elección y gracias a ellos se ha logrado grandes avances en la historia natural de la enfermedad. Para el estudio de Bautista et al. (2016) el 73% usaban DMARDs por vía oral de los cuales el 63.6 usaba metotrexato y 42.4% de los pacientes recibían glucocorticoides.

El 60.87% de los pacientes tiene una o más comorbilidades entre las que destacan hipertensión arterial, diabetes mellitus 2, hipotiroidismo, gastropatía crónica, obesidad /sobrepeso. Se registraron casos aislados de IAM, neumonitis intersticial, fibrosis quística, endometrioma y miomatosis uterina. Barragán et al. (2012) concluyen un mayor riesgo de presentar comorbilidades en mujeres ($OR = 3.22$) comparadas con hombres (45). Para Acosta, Castell, Hernández & Pernas (2009), el 65.1% de pacientes cubanos presentaron comorbilidades siendo las más prevalentes HTA, DM2 e hipotiroidismo mientras que para Bautista et al. (2016) los pacientes colombianos presentaron comorbilidades en un 43.6% siendo la más prevalente hipertensión arterial (20.4%).

Dentro de las manifestaciones extra articulares presentadas por los pacientes del estudio 19.57% presentan fenómeno de Raynaud. La fatiga es un punto importante

dentro de las mismas pues el 47.83% de pacientes la presentan e indican resulta incapacitante y de gran impacto sobre sus actividades cotidianas pues reduce su productividad y empeora relaciones interpersonales.

El 63.04% presenta mialgias, refieren compensar las limitaciones de articulaciones dolorosas o inflamadas con otros grupos musculares generando alteraciones en la marcha y posición que posteriormente generan dolor e incluso necesitan medicamentos anti inflamatorios o analgésicos para su mejoría.

Uno de cada dos pacientes presento ojo seco y boca seca respectivamente con 52.17% y 56.52% esto implica modificaciones en el estilo de vida de los pacientes y en muchas ocasiones precisan atención con un especialista en Oftalmología y el respectivo gasto en cuanto a manejo constituyendo factores importantes en cuanto a calidad de vida. Barragán et al. (2012) encontró síndrome de Sjogren en 4.1% de pacientes latino americanos.

La pérdida de peso y de apetito fue menor con 41.30% y 30.43% respectivamente ya sea como un efecto secundario de los medicamentos utilizados o como consecuencia de un estado de ánimo que incluía la tristeza como eje siendo ésta encontrada en un 60.87% lo que hace notar que pese a obtener puntajes sobre la media en calidad de vida los pacientes conviven con situaciones que generan sentimientos de tristeza lo cual según literatura tiene impacto sobre adaptación a la enfermedad y pronóstico de los pacientes.

Por último 30.96% presencia de nódulos reumatoides como consecuencia de su enfermedad. 43.48% rigidez matutina con una duración mayor a una hora y 30.43%

presentaron erosiones articulares en Rx las cuales tuvieron una asociación significativa con el nivel de escolaridad ($CC=0.351$). Para Acevedo (2012) el 61.72% tuvieron manifestaciones extra articulares entre las que se destacaba ojo seco y presencia de nódulos reumatoides. Además se relacionaron con mayor duración de la enfermedad y mayor severidad de la misma mientras Acosta et al. (2009) asociaron las manifestaciones extra articulares con un menor nivel cultural, valor de VSG y número de comorbilidades.

En cuanto al puntaje del cuestionario HAQ cuyo puntaje mínimo es 0 y máximo 3. La media de los pacientes del estudio fue de 0.87 ± 0.80 lo cual los ubica dentro del grupo de discapacidad leve. Morejón et al. (2013) obtiene un puntaje de discapacidad moderado con 1.06 ± 0.79 en pacientes Cubanos y para pacientes Chilenos a media fue 0.9 ± 0.7 según Werner et al. (2006) la cual se aproxima a los resultados de este estudio.

En el análisis descriptivo de las categorías del cuestionario HAQ los menores puntajes observados fueron vestirse y asearse con 0.46 higiene con 0.47 y levantarse con 0.72. Posiblemente por tratarse de actividades personales e íntimas los pacientes pese a su condición las continúan realizando con mayor o menor dificultad o menos precian su impacto en la calidad de vida. Por el contrario las categorías prensión con 1.72 y alcanzar con 1.02 fueron las de más alto puntaje. Al tratarse de actividades que requieren exclusivamente habilidad física de pequeñas y grandes articulaciones como lo son manos, codos, rodillas y tobillos resulta en tareas que implican mucha dificultad o incapacidad de ejecución.

Sokka et al. (2006) compara un puntaje de 0.71 para pacientes con AR con un grupo control cuyo puntaje fue 0.17 y estima un incremento de 0.01 unidades por año en los dos grupos. Es importante destacar las implicaciones de un mayor puntaje pues con uno >0.5 se evidencia menor mejoría con el transcurso de tiempo y con >2 un 40% de los pacientes con AR en un plazo de 5 años falleció. Aquellos pacientes con discapacidad significativa triplica su riesgo de mortalidad.

El cuestionario HAQ es una herramienta fácil de aplicar, válida y útil en la práctica clínica que permite establecer resultados de tratamiento, pronóstico a largo plazo y respalda toma de decisiones. Para este estudio el puntaje medio obtenido a pesar de ubicarse en la categoría de discapacidad leve indica un pronóstico de menor mejoría a largo plazo por lo tanto sería adecuado realizar evaluaciones periódicas y vigilar su evolución.

En este estudio el puntaje del cuestionario QOL-RA que puntúa sobre 10 tuvo una media de 6.67 ± 1.46 lo cual indica que los pacientes del estudio puntúan por sobre la mitad de la escala. En pacientes colombianos Vinaccia, Fernández, Moreno, San Pedro & Padilla (2006) establecen la media en 6.4 ± 2 y para Tobón et al. (2004) la media en pacientes Colombianos fue de 7.35 comprada con 5.54 y 5.28 de pacientes anglosajones y latinos respectivamente de Danao, Padilla y Johnson (2001).

Dentro del análisis de las categorías del cuestionario QOL-RA el menor puntaje fue para la categoría tensión con 5.33, seguido de dolor con 5.70 y artritis con 5.86. Se corrobora con la información conocida sobre el impacto emocional que tiene la artritis reumatoide al ser la tensión generada por los aspectos de la enfermedad un factor determinante, de igual forma la influencia del dolor en las actividades y

limitaciones diarias de los pacientes y por último la artritis por sí sola como elemento que condiciona la calidad de vida.

Estos resultados van acorde a los de Vinaccia et al. (2006) en donde las categorías con menores puntajes fueron artritis con 5.30 dolor 5.37 y salud con 5.80. Se repiten las categorías para Tobón et al. (2004) en donde dolor tuvo 6.72, tensión 6.82 y artritis 6.83 y en el estudio comparativo de Danao et al. (2001) los pacientes caucásicos tuvieron los menores puntajes en las categorías artritis, dolor y tensión al igual que en este estudio mientras que los pacientes hispanos mostraron menores puntajes para las categorías de habilidades físicas, artritis y dolor.

Los puntajes más altos fueron para las categorías apoyo con 8.46 e interacción con 7.96. Como es mencionado por la literatura el apoyo e interacción familiar y social de los pacientes hace que exista una mejor adaptación a la enfermedad y mejores resultados a largo plazo además de contar con la ayuda necesaria para realizar actividades diarias. Todo esto se traduce en una mejor percepción de calidad de vida por parte de los pacientes pues sus limitaciones, dolor, etc., se ven compensados por su red de apoyo.

De igual manera en los estudios mencionados anteriormente los mejores puntajes se obtuvieron para las categorías interacción y apoyo respectivamente para pacientes colombianos 7.55 y 7.38 para pacientes caucásicos 7.21 y 6.95 y para hispanos 6.49 en ambas categorías (Vinaccia et al.. 2006; Danao et al.. 2001).

La correlación entre las variables puntaje HAQ y tiempo transcurrido en meses en acudir a la primera consulta médica ($R_s=0.327$) y en acudir con un especialista ($R_s=$

0.351) indica un aumento en la discapacidad de los pacientes a medida que se retrasa su primer contacto con un facultativo y su manejo integral y definitivo por un médico Reumatólogo. Se pierde de ésta manera la oportunidad de prevenir daño articular irreversible y se establece un punto de partida con peor pronóstico en cuanto a discapacidad, calidad de vida y comorbilidades a largo plazo siendo éstos aspectos importantes al tratarse de una enfermedad crónica cuya expectativa de vida a pesar de estar disminuida no difiere abismalmente de la población general.

Al correlacionarse las variables clasificación de discapacidad según puntaje HAQ y tiempo transcurrido hasta a primera consulta con un médico Reumatólogo ($R_s=0.318$) se confirma la necesidad de establecer un tratamiento idóneo inicial que permita mejorar las capacidades a futuro de los pacientes.

De igual manera la correlación entre grupos de discapacidad establecidos por puntaje HAQ y costo ($C=0.503$) denota las implicaciones económicas de una peor condición funcional pues los pacientes requieren un mayor gasto al incrementarse egresos por hospitalizaciones, procedimientos, cirugías, medicamentos en relación al tiempo como lo indica la asociación existente entre mayor tiempo de enfermedad y uso de medicamentos biológicos ($C=0.426$). Además de una pérdida económica social al limitarse e incluso perderse la productividad laboral de estas personas.

La variable clasificación de discapacidad según puntaje HAQ tuvo asociación significativa con la variable evaluación global del médico ($R_s=0.418$). Al ser la evaluación del médico percibida por un Reumatólogo muestra la validez de percepción de un especialista en Reumatología sobre todos los aspectos que influyen

la salud del paciente y su correlación sobre la discapacidad del mismo en la consulta y a futuro.

También la variable clasificación de discapacidad según puntaje HAQ tuvo asociación significativa con la variable número de articulaciones dolorosas ($R_s=0.555$). Se hace evidente una vez más el impacto e importancia del dolor en la calidad de vida de las personas pues una articulación dolorosa repercute más sobre las actividades que una articulación inflamada por lo tanto el manejo del dolor constituye un pilar en el manejo integral del paciente al cual se busca brindar una mejor calidad de vida.

La clasificación de discapacidad según puntaje HAQ y puntaje total QOL-RA tuvieron una correlación inversa ($R_s= -0.644$) con este dato se confirma una disminución en la calidad de vida de los pacientes a medida que la discapacidad provocada por la enfermedad se incrementa, lamentablemente la discapacidad generada por la enfermedad resulta del daño articular irreversible por lo tanto las opciones de mejoría se reducen e incluyen cirugías, uso de utensillos especiales u órtesis o la ayuda de otra persona lo cual limita la funcionalidad de los pacientes y tiene un impacto sobre la economía y red de apoyo. Para este estudio el 67.39% de pacientes tiene discapacidad ligera, 21.74% discapacidad moderada y 10.87% discapacidad severa.

Al aplicar el coeficiente de Pearson las categorías del cuestionario QOL-RA la correspondiente a habilidades físicas de los pacientes se correlacionó significativamente de forma moderada con las categorías dolor ($r=0.571$), salud ($r=0.567$), artritis ($r=0.508$), interacción ($r=0.561$) y ánimo ($r=0.534$). Cada aspecto

relacionado con la calidad de vida repercute sobre la capacidad de los pacientes de realizar sus tareas cotidianas o laborales y resulta ser éste el principal determinante sobre la percepción de la influencia negativa de la enfermedad.

La mayor correlación para la categoría dolor fue con artritis ($r=0.526$) al igual que para Tobón et al. (2014) en la cual obtuvieron un $r=0.736$. Para las categorías tensión con salud la correlación fue moderada ($r=0.562$), la categoría salud tuvo una correlación moderada-fuerte con artritis ($r=0.755$) y ánimo ($r=0.703$) se evidencia de esta manera cómo para los pacientes pensar en su estado de salud genera estrés y sentimientos negativos que alteran su estado de ánimo e influyen sobre su forma de enfrentar la AR.

La categoría ánimo tuvo sus mejores correlaciones con artritis ($r=0.546$) e interacción ($r=0.534$) a igual que en el estudio de Tobón et al. (2014) con $r= 0.623$ y $r= 0.517$ respectivamente. Una vez más se manifiesta la importancia de una red de apoyo para los pacientes con artritis reumatoide que es permite sobre llevar sus síntomas, discapacidades y estado de ánimo de una manera positiva generando efecto benéficos sobre su condición en general.

La categoría Vestirse y asearse del cuestionario HAQ tuvo correlaciones con las categorías levantarse ($r=0.633$), comer ($r=0.563$), caminar ($r=0.619$), higiene ($r=0.674$), alcanzar ($r=0.719$). las tareas contempladas en la categoría vestirse y asearse resultan esenciales en la vida diaria de los pacientes y al verse afectadas condicionan a los pacientes en cuanto a tiempo y ayuda requerida sin dejar de lado las actividades que definitivamente no pueden ser logradas.

Para la categoría levantarse la correlaciones moderadas-fuertes fueron comer ($r=0.639$), caminar ($r=0.702$), higiene ($r=0.739$), alcanzar ($r=0.571$) y otras ($r=0.745$). Sin duda una de las mayores dificultades para los pacientes resulta el levantarse ya sea de su cama o de una silla lo cual genera un gran esfuerzo e interviene en el desempeño de muchas otras actividades.

Mostraron una correlación moderada las categorías comer con alcanzar ($r=0.658$) y otras ($r=0.641$). La categoría comer implica un trabajo de motricidad fina, prensión y fuerza de las pequeñas articulaciones de la mano que tienen un gran porcentaje de afectación, razón por la cual ésta actividad en particular suele representar un problema para los pacientes; de igual manera en la categoría otras se incluye la actividad de realizar tareas fuera del hogar lo cual incluye caminar, transportarse, fuerza, prensión necesitando integridad o gran capacidad física de los pacientes para llevarlas a cabo.

En cuanto a la categoría caminar tuvo correlaciones con las categorías alcanzar ($r=0.594$) y otras ($r=0.755$) e higiene ($R=0.824$), el caminar representa una actividad de fuerza e integridad funcional en este caso de medianas y grandes articulaciones que limitan a los pacientes.

La categoría higiene tuvo correlaciones moderadas con alcanzar ($r=0.557$) y otras ($r=0.755$) y la categoría alcanzar con las categorías prensión ($r=0.51$) y otras ($r=0.743$). Para los pacientes con artritis reumatoide tareas cotidianas se tornan dificultosas o imposibles de realizar debido al dolor e inflamación articular, muchas veces se valen de utensilios que facilitan las acciones siendo éstos también medidores de discapacidad. Pese a la adaptación favorable de los pacientes frente a las

actividades diarias al tratarse de una enfermedad crónica es importante reconocer la dificultad y retos que representan.

Los cuestionarios QOL-RA y HAQ tuvieron una asociación inversa fuerte ($r=-0.787$) así se confirma una menor percepción de calidad de vida de los pacientes según sus limitaciones funcionales se presentan o incrementan recalando sobre la importancia de mejorar sobre la sintomatología y evitar el daño articular irreversible de los pacientes para brindar la oportunidad de tener una buena calidad de vida según la expectativa de vida, comorbilidades y manifestaciones extra articulares lo toleren. Lo confirma Prada et al. (2015) con una correlación inversa de ($r= -0.83$).

No se evidenció una correlación significativa entre las medias de los puntajes de las escalas QOL-RA y HAQ y los grupos de pacientes divididos en grupos por años de enfermedad, las medias de los puntajes de los cuestionarios se solapan entre sí siendo no concluyentes sobre un grupo más afectado. Posiblemente se obtuvo este resultado debido a una distribución poco uniforme de muestra en los diferentes grupos de pacientes así como una muestra que a pesar de ser representativa de la población resulta pequeña. Para Prada et al. (2015) existió diferencia significativa en el puntaje QOL-RA entre los pacientes con 2-4 años de evolución de su enfermedad (7.37) y aquellos que tenían entre 10 y 19 años (6.53).

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- La artritis reumatoide y la discapacidad generada por la misma tiene grandes repercusiones sobre el aspecto económico de los pacientes, debido a la condición de la enfermedad se generan costos directos en lo que respecta a manejo de la misma e indirectos dados por el ausentismo y o desempeño laboral.
- Los pacientes del estudio se encuentran bajo esquemas de tratamiento recomendados por ACR/EULAR razón a la cual posiblemente se atribuyen los puntajes obtenidos en las escalas aplicadas.
- Las comorbilidades representan un factor de riesgo como predictor de mortalidad en los pacientes con artritis reumatoide y para este estudio la presencia de una o más comorbilidades se presentó en al menos 1 de cada dos pacientes.
- La media del puntaje HAQ ubica a los pacientes del estudio en la categoría de discapacidad leve, y la media del puntaje QOL-RA es superior a la media de la escala por lo tanto se puede concluir que los pacientes con artritis reumatoide tienen bajo nivel de discapacidad e sus actividades cotidianas y mantienen una calidad de vida medianamente satisfactoria.
- A medida que se incrementa el puntaje HAQ el puntaje QOL-RA disminuye comprensiblemente pues una mayor limitación en las actividades físicas cotidianas de los pacientes impacta de forma negativa sobre su calidad de vida en general razón por la cual se establece la importancia de un buen manejo que prevenga el daño articular, comorbilidades y manifestaciones extra articulares.

- No se encontró asociación entre mayor discapacidad o mayor tiempo de enfermedad con peores puntuaciones en las escalas debido probablemente a sesgo en cuanto a distribución de pacientes en los grupos o de muestra.

5.2. RECOMENDACIONES

- Se debe concientizar sobre un diagnóstico y manejo de especialidad oportuno para mejorar la calidad de vida y pronóstico de los pacientes con artritis reumatoide a largo plazo.
- Tomar en cuenta la probable presencia de comorbilidades en los pacientes y darles un adecuado manejo de manera que no influyan de sobre manera negativa sobre la mortalidad de los mismos.
- Se debe investigar y llevar un control sobre la presencia de manifestaciones extra articulares como factores de peor pronóstico de la enfermedad y determinantes de la calidad de vida.
- Es importante enfatizar sobre la red de apoyo familiar y social de los pacientes con artritis reumatoide pues resultan importantes en la adaptación a la enfermedad y mejores resultados de la intervención médica.
- Se recomienda realizar un estudio con una muestra más grande en población más diversa para obtener datos socioeconómicos y relacionados a la enfermedad que permitan establecer asociaciones significativas.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Acevedo-Vásquez, E. M. (2012). Algunos aspectos de la artritis reumatoide en Perú. *Rev Soc Peru Med Interna*, 25(1), 31-37.
- Acosta Hernández, R. R., Castell Pérez, C., Hernández Duarte, M. J., & Pernas González, A. (2009). Morbidity and mortality present in a group of Cuban patients presenting with rheumatoid arthritis. *Revista Cubana de Medicina*, 48(2), 0-0.
- Aletaha, D., Neogi, T., Silman, A. J., Funovits, J., Felson, D. T., Bingham, C. O., ... & Combe, B. (2010). 2010 rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis & Rheumatism*, 62(9), 2569-2581.
- Anaya, J. M., Correa, P., Mantilla, R. D., Jiménez, F., Kuffner, T., & McNicholl, J. M. (1998). Prevalencia y severidad de la artritis reumatoidea en población afrocolombiana de Quibdó. *Acta Med Colomb*, 23, 322-33. Retrieved from <http://www.actamedicacolombiana.com/anexo/articulos/06-1998-02-.html>
- Anderson, J., Caplan, L., Yazdany, J., Robbins, M. L., Neogi, T., Michaud, K., ... & Kazi, S. (2012). Rheumatoid arthritis disease activity measures: American College of Rheumatology recommendations for use in clinical practice. *Arthritis care & research*, 64(5), 640-647.
- Arnett, F. C., Edworthy, S. M., Bloch, D. A., McShane, D. J., Fries, J. F., Cooper, N. S., ... & Medsger, T. A. (1988). The American Rheumatism Association 1987 revised criteria for the classification of rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 31(3), 315-324.
- Arredondo, A. (2010). Associated factors to the search and use of health services: from the psychosocial to the socio-economic model. *Salud Mental*, 33(5), 397-408.
- Barragán-Martínez, C., Amaya-Amaya, J., Pineda-Tamayo, R., Mantilla, R. D., Castellanos-de la Hoz, J., Bernal-Macías, S., ... & Anaya, J. M. (2012). Gender differences in Latin-American patients with rheumatoid arthritis. *Gender medicine*, 9(6), 490-510.
- Batlle-Gualda, E., & Chalmeta Verdejo, C. (2002). Calidad de vida en la artritis reumatoide. *Revista Española de Reumatología Suplementos*, 1(1), 9-21.

- Bautista-Molano, W., Fernández-Avila, D., Jiménez, R., Cardozo, R., Marín, A., del Pilar Soler, M., ... & Ruiz, O. (2016). Perfil epidemiológico de pacientes colombianos con artritis reumatoide evaluados en una clínica especializada de atención integral. *Reumatología Clínica*, 12(6), 313-318.
- Calvo, F., Vega, E., Visaga, M., Romero, F., Berrocal, A., & Calvo, A. (1996). Validación de una versión peruana de la dimensión física del Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ). *Rev Perú Reum*, 2(3), 93-101.
- Carbonell, J., Cobo, T., Balsa, A., Descalzo, M. A., & Carmona, L. (2008). The incidence of rheumatoid arthritis in Spain: results from a nationwide primary care registry. *Rheumatology*, 47(7), 1088-1092.J. Retrieved from <http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/47/7/1088.long>
- Carmona, L. (2002). Epidemiología de la artritis reumatoide. *Revista española de reumatología*, 29(3), 86-89.
- Cobb, S., Anderson, F., & Bauer, W. (1953). Length of life and cause of death in rheumatoid arthritis. *New England Journal of Medicine*, 249(14), 553-556.
- Corominas, H., Narváez, J., Díaz-Torné, C., Salvador, G., Gomez-Caballero, M. E., de la Fuente, D., ... & Torrente-Segarra, V. (2016). Retraso diagnóstico y terapéutico de la artritis reumatoide y su relación con dispositivos asistenciales en Catalunya. Estudio AUDIT. *Reumatología Clínica*, 12(3), 146-150.
- Danao, L. L., Padilla, G. V., & Johnson, D. A. (2001). An English and Spanish quality of life measure for rheumatoid arthritis. *Arthritis Care & Research*, 45(2), 167-173.
- De Jong, Z., van der Heijde, D. M. F. M., McKenna, S. P., & Whalley, D. (1997). The reliability and construct validity of the RAQoL: a rheumatoid arthritis-specific quality of life instrument. *Rheumatology*, 36(8), 878-883.
- Felson, D. T., Anderson, J. J., Boers, M., Bombardier, C., Chernoff, M., Fried, B., ... & Paulus, H. (1993). The American College of Rheumatology preliminary core set of disease activity measures for rheumatoid arthritis clinical trials. *Arthritis & Rheumatology*, 36(6), 729-740.

- Gabriel, S. E. (2008). Cardiovascular morbidity and mortality in rheumatoid arthritis. *The American journal of medicine*, *121*(10), S9-S14.
- Gabriel, S. E., Crowson, C. S., Kremers, H. M., Doran, M. F., Turesson, C., O'Fallon, W. M., & Matteson, E. L. (2003). Survival in rheumatoid arthritis: a population- based analysis of trends over 40 years. *Arthritis & Rheumatism*, *48*(1), 54-58. Retrieved from <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.10705/epdf>
- Goodson, N. J., Wiles, N. J., Lunt, M., Barrett, E. M., Silman, A. J., & Symmons, D. P. (2002). Mortality in early inflammatory polyarthritis: cardiovascular mortality is increased in seropositive patients. *Arthritis & Rheumatism*, *46*(8), 2010-2019.
- Harris Jr, E. D., Budd, R. C., Firestein, G. S., Genovese, M. C., Sergent, J. S., Ruddy, S., & Sledge, C. B. (2006). *Kelley tratado de reumatología*. Elsevier España.
- Her, M., & Kavanaugh, A. (2012). Critical analysis of economic tools and economic measurement applied to rheumatoid arthritis. *Clinical and Experimental Rheumatology-Incl Supplements*, *30*(4), S107.
- Kobelt, G. (2007). Thoughts on health economics in rheumatoid arthritis. *Annals of the Rheumatic Diseases*, *66*, iii35.
- Kosinski, M., Zhao, S. Z., Dedhiya, S., Osterhaus, J. T., & Ware, J. E. (2000). Determining minimally important changes in generic and disease-specific health-related quality of life questionnaires in clinical trials of rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, *43*(7), 1478.
- Kumar, K., Daley, E., Carruthers, D. M., Situnayake, D., Gordon, C., Grindulis, K., ... & Raza, K. (2007). Delay in presentation to primary care physicians is the main reason why patients with rheumatoid arthritis are seen late by rheumatologists. *Rheumatology*, *46*(9), 1438-1440.
- Leigh, J. P., Fries, J. F., & Parikh, N. (1992). Severity of disability and duration of disease in rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*, *19*(12), 1906-1911.
- Lillegraven, S., & Kvien, T. K. (2007). Measuring disability and quality of life in established rheumatoid arthritis. *Best practice & research Clinical rheumatology*, *21*(5), 827-840.
- Linde, L., Sørensen, J., ØSTERGAARD, M., Hørslev-Petersen, K., & Hetland, M. L. (2008). Health-related quality of life: validity, reliability, and responsiveness of SF-36, EQ-15D, EQ-5D,

- RAQoL, and HAQ in patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*, 35(8), 1528-1537.
- Lu, S. R., Lin, H. Y., Lin, K. C., & Lin, H. R. (2008). Quality of life in middle-aged and older Taiwanese patients with rheumatoid arthritis. *Journal of Nursing Research*, 16(2), 121-130.
- Maese, J., De Yébenes, M. J. G., Carmona, L., Hernández-García, C., & emAR II Study Group. (2012). Management of rheumatoid arthritis in Spain (emAR II). Clinical characteristics of the patients. *Reumatología Clínica (English Edition)*, 8(5), 236-242.
- Mejia Arrieta, F. A., Escobar Londoño, J. M., Jaramillo Fernandez, M., & Reyes Camacho, P. A. (2015). *Implicaciones en la vida laboral de pacientes con diagnostico de artritis reumatoidea en una IPS de Reumatología en la ciudad de Medellin 2013-2014* (Doctoral dissertation).
- Mestanza, M., Zurita, C., & Armijos, R. (2006). *Prevalence of Rheumatic Disease in a Rural Community in Ecuador. Journal of Clinical Rheumatology* 56 , 6.
- Morejón Jorge, A., Marlene, G. T., María, H. C. I., Ricardo, S. M., & Rafael, G. A. (2013). Estudio descriptivo de la actividad clínica y utilización de los fármacos modificadores de enfermedad en pacientes con Artritis Reumatoide en el Centro de Reumatología. *Revista Cubana de Reumatología*, 14(20), 2012.
- Morón, C. B., del Moral, R. C., Rillo, O. L., Casalla, L., Tamborenea, N., & Mysle, E. (2012). Productividad laboral en artritis reumatoidea: relación con características clínico-radiológicas. *Rev Arg Reumatol*, 23(1), 06-20.
- Norton, S., Fu, B., Scott, D. L., Deighton, C., Symmons, D. P. M., Wailoo, A. J., ... Verstappen, S. M. . (2014). Health Assessment Questionnaire disability progression in early rheumatoid arthritis: Systematic review and analysis of two inception cohorts. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 44(2), 131–144. <http://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2014.05.003>
- Pincus, T. (2007). A multidimensional health assessment questionnaire (MDHAQ) for all patients with rheumatic diseases to complete at all visits in standard clinical care. *BULLETIN-HOSPITAL FOR JOINT DISEASES NEW YORK*, 65(2), 150.

- Pincus, T., & Wolfe, F. (2005). Patient questionnaires for clinical research and improved standard patient care: is it better to have 80% of the information in 100% of patients or 100% of the information in 5% of patients. *J Rheumatol*, 32(4), 575-7
- Pincus, T., Sokka, T., & Kautiainen, H. (2005). Patients seen for standard rheumatoid arthritis care have significantly better articular, radiographic, laboratory, and functional status in 2000 than in 1985. *Arthritis & Rheumatism*, 52(4), 1009-1019.
- Pincus, T., Sokka, T., & Kavanaugh, A. (2004). Quantitative documentation of benefit/risk of new therapies for rheumatoid arthritis: patient questionnaires as an optimal measure in standard care. *Clin Exp Rheumatol*, 22(5 Suppl 35), S26-33.
- Pollard, L., Choy, E. H., & Scott, D. L. (2005). The consequences of rheumatoid arthritis: quality of life measures in the individual patient. *Clinical and experimental rheumatology*, 23(5), S43.
- Prada Hernández, D. M., Hernández Torres, C., Gómez Morejón, J. A., Gil Armenteros, R., Reyes Pineda, Y., Solís Carta, U., & Molinero Rodríguez, C. (2015). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. *Revista Cubana de Reumatología*, 17(1), 48-60.
- Scublinsky, D., Venarotti, H., Citera, G., Messina, O. D., Scheines, E., Rillo, O., ... & Iannantuono, R. F. (2010). The prevalence of rheumatoid arthritis in Argentina: a capture-recapture study in a city of Buenos Aires province. *JCR: Journal of Clinical Rheumatology*, 16(7), 317-321.
- Shichikawa, K., Inoue, K., Hirota, S., Maeda, A., Ota, H., Kimura, M., ... & Tsujimoto, M. (1999). Changes in the incidence and prevalence of rheumatoid arthritis in Kamitonda, Wakayama, Japan, 1965–1996. *Annals of the rheumatic diseases*, 58(12), 751-756. Retrieved from <http://ard.bmj.com/content/58/12/751.long>
- Silva Luna, K., Ortiz, A. M., Patiño, E., Aguilera, C., Velasco, T., García de Vicuña, R., & Gonzalez-Alvaro, I. (2012). Influencia de la estructura de los afectos en la evaluación de la artritis reumatoide mediante la escala visual analógica de dolor, el HAQ y el DAS28. *Reumatología Clínica*, 8(6), 328-333.
- Silva, J. M., Trujillo, C. G., & Gutiérrez, J. M. (2006). Disfunción sexual en mujeres con artritis reumatoidea. *Revista Urología Colombiana*, 15(2), 25-30.

- Sokka, T., Häkkinen, A., Kautiainen, H., Maillefert, J. F., Toloza, S., Calvo- Alen, J., ... & Pohl, C. (2008). Physical inactivity in patients with rheumatoid arthritis: Data from twenty- one countries in a cross- sectional, international study. *Arthritis Care & Research*, 59(1), 42-50.
- Sokka, T., Kautiainen, H., Hannonen, P., & Pincus, T. (2006). Changes in Health Assessment Questionnaire disability scores over five years in patients with rheumatoid arthritis compared with the general population. *Arthritis & Rheumatology*, 54(10), 3113-3118.
- Solomon, D. H., Karlson, E. W., Rimm, E. B., Cannuscio, C. C., Mandl, L. A., Manson, J. E., ... & Curhan, G. C. (2003). Cardiovascular morbidity and mortality in women diagnosed with rheumatoid arthritis. *Circulation*, 107(9), 1303-1307.
- Spindler, A., Bellomio, V., Berman, A., Lucero, E., Baigorria, M., Paz, S., ... & Leal, O. (2002). Prevalence of rheumatoid arthritis in Tucuman, Argentina. *The Journal of rheumatology*, 29(6), 1166-1170.
- Tobón, S., Vinaccia, S., Cadena, J., & Anaya, J. M. (2014). Calidad de vida en personas con artritis reumatoide a partir del cuestionario de calidad de vida en la artritis (QOL-RA). *Psicología y salud*, 14(1), 25-30.
- Turesson, C., O'Fallon, W. M., Crowson, C. S., Gabriel, S. E., & Matteson, E. L. (2002). Occurrence of extraarticular disease manifestations is associated with excess mortality in a community based cohort of patients with rheumatoid arthritis. *The Journal of rheumatology*, 29(1), 62-67.
- van der Linden, M. P., Le Cessie, S., Raza, K., van der Woude, D., Knevel, R., Huizinga, T. W., & van der Helm- van Mil, A. (2010). Long- term impact of delay in assessment of patients with early arthritis. *Arthritis & Rheumatology*, 62(12), 3537-3546.
- Verstappen, S. M. M., Jacobs, J. W. G., Van der Veen, M. J., Heurkens, A. H. M., Schenk, Y., Ter Borg, E. J., ... & the Utrecht Rheumatoid Arthritis Cohort study group. (2007). Intensive treatment with methotrexate in early rheumatoid arthritis: aiming for remission. Computer Assisted Management in Early Rheumatoid Arthritis (CAMERA, an open-label strategy trial). *Annals of the rheumatic diseases*, 66(11), 1443-1449.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Moreno San Pedro, E., & Padilla, G. V. (2006). Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia. *Revista colombiana de reumatología*, 13(4), 264-270.

- Werner, A. M., Kaliski, S., Salazar, K., Bustos, L., Rojas, M. T., Baumert, C., & Leal, H. (2006). Nivel de conocimiento de los pacientes con artritis reumatoide acerca de su enfermedad y tratamiento. *Revista médica de Chile*, *134*(12), 1500-1506.
- Whalley, D., McKenna, S. P., De Jong, Z., & Van der Heijde, D. (1997). Quality of life in rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, *36*(8), 884-888. Retrieved from <http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/36/8/884.full.pdf+html>
- Wolfe, F., Pincus, T., Thompson, A. K., & Doyle, J. (2003). The assessment of rheumatoid arthritis and the acceptability of self- report questionnaires in clinical practice. *Arthritis Care & Research*, *49*(1), 59-63.
- Wong, J. B., Ramey, D. R., & Singh, G. (2001). Long- term morbidity, mortality, and economics of rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, *44*(12), 2746-2749.
- Xibillé-Friedmann, D., Álvarez-Fuentes, M., Flores-Flores, G., Gudiño-Quiroz, J., & Cruz-Valdez, A. (2005). Percepción de la Sexualidad en pacientes con enfermedades reumáticas: estudio piloto de casos y controles. *Reumatología Clínica*, *1*(1), 20-24.
- Yelin, E., & Wanke, L. A. (1999). An assessment of the annual and long-term direct costs of rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*, *42*(6), 1209-18.