



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

TRABAJO DE INVESTIGACION FINAL.

“Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

Universidad Abierta Interamericana.



Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud.

Sede Regional Rosario.

29 de octubre de 2008.

Autor: *Andrés Capriotti.*

Tutor: *Dr. Sergio Lupo.*

Profesor Titular de la cátedra de Medicina Interna de la Facultad de Medicina, Universidad Abierta Interamericana.

Cotutor: *Dr. Daniel Siri.*

Medico especialista en Clínica Médica y Reumatología.



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

“Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea.”

Índice.

Índice	1
Resumen	2
Introducción	3
Marco Teórico	8
Problemas	11
Objetivos	11
Materiales y Métodos	12
<i>Muestra</i>	12
<i>Instrumentos</i>	12
<i>Procedimiento</i>	14
Resultados	15
Discusión	21
Conclusión	26
Bibliografía	28
Anexo	30
<i>Encuesta</i>	30
<i>QoL-RA</i>	31
<i>Consentimiento</i>	32



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

Resumen.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo observacional, de corte transversal en 63 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea que asistieron al servicio de Reumatología del Hospital Interzonal San Felipe (San Nicolás), y del Centro de Asistencia e Investigación Clínica en Inmunodeprimidos durante los meses de Septiembre y Noviembre. El objetivo del estudio fue determinar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea acorde a los criterios del Colegio Americano de Reumatología. Los resultados obtenidos fueron comparados con la información aportada por dos estudios similares realizados en Colombia y Estados Unidos. La medición de la calidad de vida se hizo mediante la versión española del cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis (QoL-RA) de Danao, Padilla y Jonson del año 2001. Los pacientes argentinos obtuvieron una mejor calidad de vida que los participantes norteamericanos prácticamente en todas las dimensiones del QoL-RA. A su vez, los argentinos presentaron una peor calidad de vida que los colombianos, aunque compartieron los mejores y peores puntajes en las distintas subescalas.



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

Introducción.

La artritis reumatoidea es una enfermedad sistémica, de etiología desconocida, caracterizada por sinovitis erosiva, tendencia a la simetría y un curso variable pero habitualmente crónico. Su incidencia anual se ha cifrado en alrededor de 25 por 100 000 habitantes, con una prevalencia entre el 0,5% y el 1%. Puede presentarse a cualquier edad, aunque su máxima incidencia se sitúa entre los 40 y 60 años. Predomina en la mujer en una proporción de 3:1, produciendo síntomas diversos como rigidez matinal, fatiga, dolor, incapacidad funcional y depresión ⁽¹⁾.

La progresión de la enfermedad lleva a la destrucción articular con consecuencias incapacitantes, lo que produce una disminución progresiva de la movilidad, además de producir manifestaciones extra-articulares con afección de órganos internos ⁽²⁾. Esta incapacidad creada por la artritis por lo general se incrementa en los primeros años del diagnóstico, para posteriormente volverse más lenta al final de la vida del paciente, o después de treinta años de duración de la enfermedad, se acelere otra vez con todos sus síntomas ⁽³⁾.

En cuanto a la anatomía patológica, la enfermedad produce un amplio espectro de alteraciones morfológicas; las más graves se producen en las articulaciones. Al inicio la sinovial se vuelve microscópicamente edematosa, engrosada e hiperplásica, y su contorno liso se cubre de frondas bulbosas y finas. Las características histológicas incluyen: infiltración de la estroma sinovial por células inflamatorias perivasculares densas, formadas por células B y T colaboradoras CD 4+, células plasmáticas y macrófagos; aumento de la vascularización por vasodilatación y angiogenesis, con depósitos superficiales de hemosiderina; agregación de fibrina organizada que cubre partes sinoviales y flota en los espacios articulares como grano de arroz; acumulación



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

de neutrófilos en el líquido sinovial y junto a la superficie de la sinovial, pero no en la profundidad de la estroma; actividad osteoclástica en el hueso subyacente, dejando que la sinovial penetre en el hueso formando erosiones yuxtaarticulares, quistes subcondrales y osteoporosis, y formación de pannus. Con el tiempo, una vez destruido el cartílago, el pannus forma un puente entre los extremos óseos, formando una anquilosis fibrosa que al final osifica, produciendo una anquilosis ósea. La artritis suele acompañarse de inflamación de tendones, ligamentos y, ocasionalmente, músculo esquelético adyacente ⁽⁴⁾.

La artritis reumatoidea induce en los pacientes varios procesos interactuantes. Por un lado, la inflamación, el dolor, la pérdida del movimiento articular y la deformidad producen discapacidad. Por el otro, la enfermedad lleva a la pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria, lo cual afecta en mayor o menor grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas. Todo esto altera la independencia económica y los roles sociales de las personas ⁽⁵⁾. Las personas con artritis reumatoidea experimentan, por lo tanto, una serie de emociones negativas ante la discapacidad creada por la enfermedad ⁽⁶⁾.

Los síntomas depresivos son muy prevalentes en enfermedades de larga evolución ⁽⁷⁾. Existen evidencias que sugieren que la depresión deteriora la condición clínica de los pacientes con artritis reumatoidea ⁽⁸⁾. La existencia de depresión se asocia a las peores características clínicas de los pacientes, mayor número de articulaciones dolorosas, severidad de dolor, y mal estado de salud ⁽⁹⁾.

La artritis reumatoidea implica un cambio importante en la vida de las personas. Diversos estudios han demostrado que los pacientes tienen peor calidad de vida en todas las dimensiones que la población general y que pacientes con enfermedades



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

consideradas de una mayor gravedad, tales como el infarto de miocardio, la colitis ulcerosa y el lupus eritematoso sistémico ⁽¹⁰⁾.

Aunque el diagnóstico de certeza no es difícil de realizar en el período de estado de la enfermedad, constituye un verdadero desafío para el médico establecerlo en fases tempranas, en parte por la naturaleza inespecífica de la sintomatología. La Asociación Americana de Reumatología (American Collage of Rheumatology), revisó en 1987 unos criterios de clasificación que combinan signos, síntomas, datos de laboratorio y pruebas de imágenes (Cuadro 1). Su sensibilidad alcanza casi el 95%, y su especificidad casi el 90%. A pesar de su antigüedad todavía se utilizan y hasta el momento no se han elaborado otros debidamente validados que lo sustituyan. En las fases iniciales de la enfermedad, los criterios clínicos (del 1 al 4) son sensibles pero poco específicos, mientras los demás son poco sensibles pero muy específicos. La perspectiva actual está encaminada en predecir mediante criterios, qué pacientes con una artritis incipiente evolucionará hacia la remisión, hacia una enfermedad persistente no erosiva o hacia una artritis reumatoide destructiva ⁽¹¹⁾.



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

CRITERIOS	DEFINICIÓN
Rigidez matutina, artritis de 3 o más áreas articulares	Rigidez matutina que dure por lo menos 1 hs antes de l máxima mejoría. Artritis simultánea de 3 o más áreas, definida como hinchazón de tejidos blandos o presencia de líquido sinovial.
Artritis de manos	Articulaciones de la mano manifestad por hinchazón en al menos una de las siguientes áreas: muñeca, metacarpofalángicas o interfalángicas proximales.
Artritis simétrica	Hinchazón simultánea de las mismas áreas articulares en ambos lados del cuerpo.
Nódulos reumatoides	Nódulos subcutáneos, sobre prominencias óseas o en la superficie de extensión o en regiones yuxtaarticulares.
Factor reumatoide sérico	Demostración de títulos altos en suero, determinado por cualquier método cuyo resultado sea positivo en menos del 5% de los controles normales
Cambios radiográficos	Alteraciones típicas observadas en radiografías de manos y muñecas; incluyen erosiones y signos inequívocos de osteoporosis articular o periarticular en las articulaciones afectadas.

Los objetivos del tratamiento son disminuir la inflamación y prevenir la destrucción articular. Es fundamental explicar al enfermo la naturaleza de la enfermedad, los objetivos que se persiguen con el tratamiento y la necesidad ineludible de que colabore. Se le debe informar de que el pronóstico no es necesariamente malo, pero tampoco hay que ocultar la posibilidad de secuelas invalidantes. El reposo articular disminuye la intensidad de la artritis pero, si es prolongado facilita la rigidez. El ejercicio articular tiene como objetivo mantener el tono muscular, evitar la rigidez y prevenir las deformidades ⁽¹⁾. El tratamiento médico sigue siendo el de paliar o minimizar el deterioro, y los diferentes fármacos que el paciente toma (metotrexate, antimaláricos, leflunomida y/o agentes biológicos anti- TNF), a dosis altas y tiempo prolongado pueden presentar distintos efectos secundarios ⁽¹²⁾.

En la enfermedad activa, la administración de antiinflamatorios no esterideos (AINES) es una medida necesaria en casi todos los casos para conseguir un alivio rápido del dolor, disminuir la inflamación y mejorar la calidad de vida. La doctrina clásica según la



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

cual el ácido acetilsalicílico es el AINE de preferencia no puede sustentarse. Cualquier otro AINE, utilizado en dosis plenas y durante el tiempo necesario, es más eficaz y se tolera mejor. Los efectos adversos más frecuente son las gastropatías, que se manifiestan clínicamente por dispepsia, dolor, náuseas y vómitos; la hemorragia y la perforación son más infrecuentes.

Entre los fármacos que inducen remisión tenemos: el metotrexato, la hidroxicloroquina, la leflunomida, y los agentes biológicos como el etanercept, el inliximab. El metotrexate a dosis bajas se ha impuesto como primera opción en el tratamiento de base, por su eficacia, mejor perfil de toxicidad y bajo costo. La respuesta se aprecia en el transcurso del primer o segundo mes de tratamiento. Los suplementos de ácido fólico disminuyen su toxicidad, sin interferir en la eficacia. La leflunomida tiene un efecto similar al del metotrexato. Suele indicarse en aquellos casos en los que hay intolerancia el metotrexato. La hidroxicloroquina se utiliza en fases iniciales de la enfermedad, y con poca actividad. Si bien mejor la sintomatología, se duda que prevenga el deterioro articular. Los fármacos biológicos son el resultado del mejor conocimiento de la patogenia de la artritis; se consigue disminuir los síntomas y signos clínicos de la inflamación y retrasar la formación de erosiones en un porcentaje elevado de casos ⁽¹¹⁾. El interés por este tema surge durante el cursado de la carrera. Fue durante las prácticas de las distintas asignaturas en las que conocí algunos pacientes con artritis reumatoidea, y aunque el contexto, de cada uno de ellos, era diferente (consultaban por diferentes patologías, todas no reumáticas) todos tenían en común el depresivo estado de ánimo. El notable decaimiento del estado general (físico y mental) fue lo que me llevo a realizar este estudio. A la vez, creo que el cuestionario QoL-RA puede demostrar la real situación de estos enfermos, ya que ellos mismos definen su calidad de vida.



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

Marco Teórico.

El progreso tecnológico de las últimas décadas pareciera haber contribuido al desarrollo del proceso por el cual podemos acceder al diagnóstico de una definida patología. En reumatología, a diferencia de otras especialidades, tienen ciertas dificultades, ya que no existe un “Gold Standard”, tal como el nivel de glicemia en diabéticos, o el control de la tensión arterial en los hipertensos. Por otra parte, las enfermedades reumatológicas tienen diferentes aspectos para ser medidos como actividad, función y daño, y cada uno de estos aspectos requiere de distintas evaluaciones, existiendo a su vez diferentes objetivos finales. El valor de las pruebas de laboratorio es limitado, ya que tienen sensibilidad y especificidad variable; por ejemplo el Factor Reumatoideo puede ser negativo en un 20-30% de los pacientes con artritis reumatoidea, y la velocidad de eritrosedimentación normal en más de un 40% de los enfermos a pesar de que la enfermedad esté activa. Es menester llevar a cabo una correcta evaluación ya que errores en las mismas pueden llevar a tratamientos inadecuados con la consecuente incapacidad funcional y mortalidad temprana. La “clinimetría” es un proceso mediante el cual, a través de distintos instrumentos de medición, evaluamos diferentes condiciones médicas accediendo a acumular la información necesaria para realizar un correcto diagnóstico, estimar la actividad de la enfermedad, considerar terapéuticas y especular un determinado pronóstico de los pacientes.

En 1980 surgieron nuevas prácticas médicas y políticas de salud que motivaron el desarrollo de medidas del estado de salud de las enfermedades reumáticas; y fue así como surgieron los “autocuestionarios”. Estos, son medidas clínicas útiles y efectivas reportadas por los propios pacientes, que nos permiten documentar el estado clínico de los mismos, predecir discapacidad laboral, costos y mortalidad prematura. Con el



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

tiempo se desarrollaron cuestionarios genéricos aplicables a diferentes enfermedades, y otros más específicos de las enfermedades reumáticas como son el HAQ (Health Assessment Questionnaire) y el QoL-RA⁽¹³⁾

Varias investigaciones han dado cuenta de la importancia que cobra cada día la implementación de instrumentos que evalúen la calidad de vida de pacientes de diversas culturas con enfermedades crónicas, como la artritis reumatoidea. Al respecto Tijhuis, De Jong, Zwinderman, Zuijderduin, Jansen, , Da Novatada y Vlieland en Holanda aplicaron la encuesta “Calidad de Vida para Artritis Reumatoidea (QoL-RA)”⁽¹⁴⁾, a dos grupos de pacientes con esta enfermedad. Un primer grupo con grandes dificultades para desempeñarse en las actividad cotidianas, y otro con signos y síntomas de la enfermedad estable, y se evaluaron las asociaciones entre las dimensiones del QoL-RA, medidas de incapacidad y la calidad de vida (con respecto al estado funcional y la actividad de la enfermedad). El objetivo era investigar si se podían distinguir una o más dimensiones de calidad de vida dentro de esta encuesta; encontrándose resultados similares con respecto a la asociación entre las dimensiones del QoL-RA y la calidad de vida en los dos grupos de pacientes. El análisis mostró que podían explicarse el 75% de las variaciones de los puntajes del QoL-RA con las variables de calidad de vida (estado funcional y actividad de la enfermedad). Por lo que se concluyo que este es un instrumento válido por medir la calida de vida en diferentes poblaciones de pacientes con esta enfermedad.

En otro estudio, realizado por Neville, Whalley, Mckenna, Comte y Fortín evaluaron el diseño y la adaptación de instrumentos de medición de la calidad de vida para persona con diagnóstico de artritis reumatoidea en Canadá⁽¹⁵⁾. Su objetivo era evaluar la calidad de vida a través del cuestionario QoL-RA, desarrollando simultáneamente la investigación en Gran Bretaña y los Países Bajos. El estudio consistió en la aplicación



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

de este cuestionario, y la encuesta de valoración de salud (HAQ), el cual es muy utilizado en nuestro país. Se encontró que el QoL-RA se adaptó muy bien a ambas poblaciones, la franco-canadiense y la anglo-canadiense. Ambas versiones del cuestionario fueron capaces de evaluar adecuadamente el impacto de la severidad de los síntomas en la calidad de vida de estos pacientes.

La versión española del cuestionario de “Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea (QoL-RA)” fue elaborada por Danao, Padilla y Johnson ⁽¹⁶⁾, y revalidada en Colombia por Vinaccia, Fernández, San Pedro y Padilla ⁽¹⁷⁾, quienes evaluaron la aplicación de la versión española del QoL-RA. Para esto, se utilizó simultáneamente y se comparó el cuestionario SF-36, el CES-D y el QoL-RA versión española. El SF-36 (representa la capacidad física, el desempeño físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, desempeño social, desempeño emocional y salud mental) trata una medida general de la discapacidad. El CES-D incluye 20 ítems que miden el grado de depresión. Los resultados parecen apoyar la hipótesis de que la información proporcionada por la versión española del QoL-RA es válida y fiable, y también sugieren que puede discriminar entre personas con niveles comparables de severidad.



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

Problema.

¿Qué tan severa es la afectación de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoidea? y ¿en qué aspectos se ve mayormente afectada?

¿Es la calidad de vida de los pacientes argentinos, similar, mejor o peor, en comparación con enfermos de Colombia y Estados Unidos?

Objetivos.

Objetivo general:

- Determinar la calidad de vida en personas con diagnóstico de artritis reumatoidea en una muestra de pacientes que acuden al servicio de Reumatología del Hospital Interzonal San Felipe, y del Centro de Asistencia e Investigación Clínica en Inmunodeprimidos en los meses de Septiembre y Octubre de 2008.

Objetivos específicos:

- Examinar cuales son los aspectos de la vida más afectados.
- Examinar cuales son los aspectos de la vida menos afectados.
- Determinar el porcentaje de enfermos con antecedentes familiares de artritis reumatoidea.
- Relacionar la calidad de vida con los años de evolución de la enfermedad.
- Comparar resultados globales y específicos de las encuestas con una muestra colombiana, y otra norteamericana.



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

Materiales y Métodos.

Muestra

Se realizó un “muestreo aleatorio estratificado”, en el que se aseguró que la muestra tuviese la misma proporción de una variable que la población de la que procede.

Se tomó como muestra, previo consentimiento informado, a todos aquellos pacientes que asistieron al servicio de reumatología del “Hospital Interzonal San Felipe” (de la ciudad de San Nicolás), y del “Centro de Asistencia e Investigación Clínica en Inmunodeprimidos -CAICI-” (de la ciudad de Rosario).

Los integrantes de la población son todos los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea de las ciudades de San Nicolás de los Arroyos, (provincia de Buenos Aires), y Rosario (provincia de Santa Fe) que asisten a los servicios mencionados anteriormente. El estudio se realizó entre Septiembre y Noviembre del corriente año 2008.

Se incluyeron aquellos pacientes cuyos diagnósticos se han basado en los criterios propuestos por el American Collage of Rheumatology.

Instrumentos.

Se utilizó el “Cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea” (QoL-RA), en la versión desarrollada en español por Danao, Padilla, y Jonson (2001). Consta de 8 ítems con 10 posibilidades de respuestas que van desde 1) “muy mala calidad de vida”, hasta 10) “excelente calidad de vida”. El desarrollo de la escala partió del cuestionario HRQoL teniendo en cuenta los aspectos positivos y negativos asociados a la vida de



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

pacientes con artritis reumatoidea que se ven modificados por el estado funcional y el deterioro causado por la enfermedad.

El cuestionario se divide en 8 subescalas o ítems, los cuales son:

- **Habilidades físicas:** hace referencia a aquellas actividades que puede (o no) realizar desde que amanece hasta que se acuesta (tareas del hogar, trabajo, ocio, actividades físicas).
- **Ayuda:** hace referencia a todas las actividades en la que el paciente necesita la ayuda de otra persona para poder realizarla (levantarse, abrir puertas o canillas, levantar elementos de peso, cortar alimentos, etc.). Cuanto mayor ayuda necesita, menor será el puntaje, y por ende, peor su calidad de vida.
- **Dolor artrítico:** se basa en las características del dolor (constante, regular, intenso, molesto, incapacitante, métodos antálgicos, etc). A mayor dolor, menor puntaje.
- **Tensión nerviosa:** hace referencia al nerviosismo, irritabilidad, mal humor, etc.
- **Salud:** hace referencia a la subjetividad del paciente acerca de si mismo: cómo se siente en general (saludable, enfermo, minusválido, etc.).
- **Artritis:** hace referencia a la subjetividad específica respecto de su enfermedad (si la artritis está latente, en remisión, en crisis, en actividad constante, etc.).
- **Apoyo Social:** hace referencia a la relación que tiene el paciente con sus familiares y amigos (igual, mejor o peor que antes de padecer la enfermedad).
- **Ánimo:** hace referencia al estado de ánimo (felicidad, tristeza, estados depresivos, etc.).



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

Procedimientos.

El diseño del trabajo es de tipo descriptivo observacional, de corte transversal, en el que la unidad de análisis fueron grupos de individuos, lo que nos permitió describir diferencias poblacionales que podrán ser estudiadas con más detalles posteriormente. Los cuestionarios fueron aplicados a los pacientes mediante una entrevista personal por parte del entrevistador (en un consultorio exclusivo), con buen conocimiento de las características de la escala. Todos los cuestionarios fueron respondidos por los pacientes, en presencia y compañía del entrevistador. El tiempo promedio de aplicación fue de 15 minutos.

Los datos se sintetizaron a través de tres medidas de resumen; dos de centralización, y una de dispersión. Se utilizó la “media” como centro geométrico para equilibrar las desviaciones positivas y negativas, junto con el “desvío Standard” como medida de dispersión; y la “mediana”, que utiliza menos información que la media, pero no se ve alterada si una observación es extrema. Las tres medidas proporcionan información complementaria, que pueden coincidir en una distribución de datos simétrica, pero no lo harán en distribuciones asimétricas.

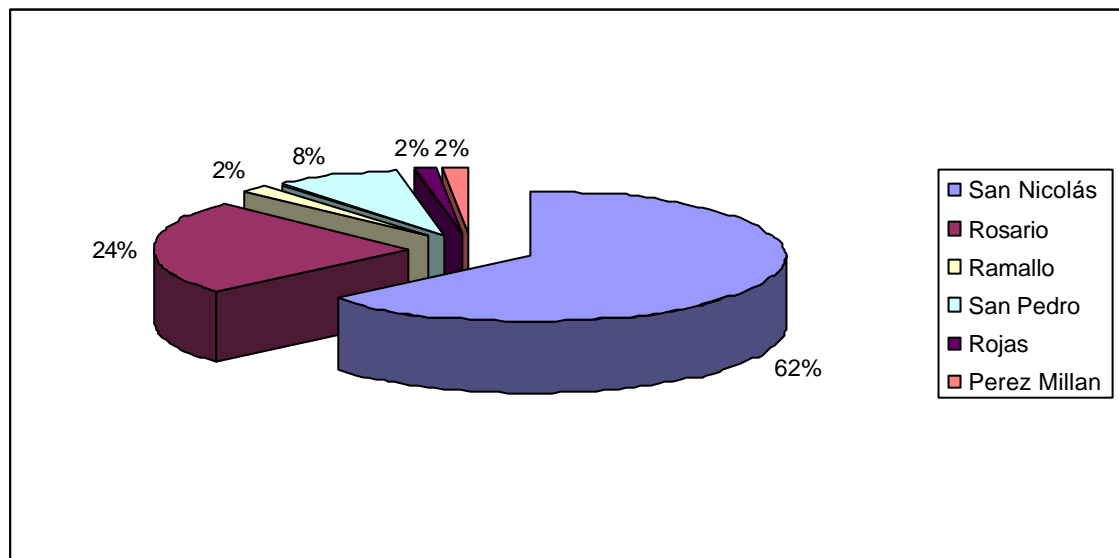


“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

Resultados.

En el gráfico 1 se expresa el lugar de residencia de los pacientes encuestados. Casi el 90% corresponden a las ciudades de San Nicolás y Rosario, el resto se distribuye en pueblos más pequeños.

Gráfico n° 1. Localidad de pacientes encuestados.



En la tabla 1 se describen las características generales de los 60 participantes, cuyas variables se expresan a través de la media y la frecuencia, y en las variables continuas se ofrece la media y el desvío standard.



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

Tabla 1. Datos generales de los participantes

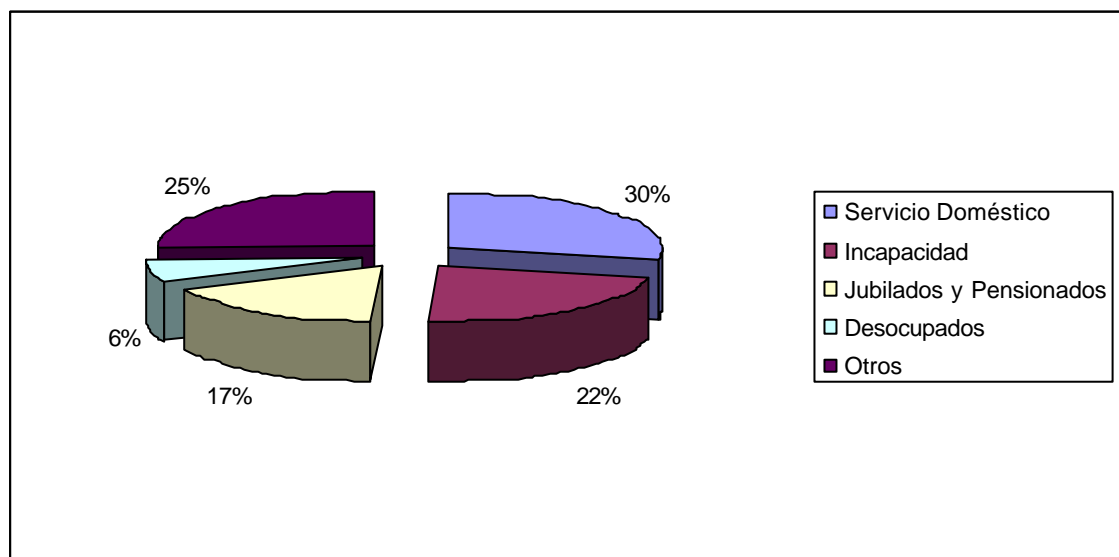
EDAD	
Media	55,66
DS	10,56
GENERO	
Mujer	74,60% (47)
Hombre	25,39% (16)
TRABAJO	
Incapacitado	21,66% (13)
Capacitado	78,33% (47)
ESCOLARIDAD	
Ninguno	20,63% (13)
Primaria	50,79% (32)
Secundaria	17,46% (11)
Terciario/universitario	11,11% (7)
ESTADO CIVIL	
Soltero/a	12,69% (8)
Casado/a	44,44% (28)
Divorciado/a	14,28% (9)
Conviviente	11,11% (7)
Viudo/a	17,46% (11)
VIVE SOLO	
Si	15,87% (10)
No	84,13% (53)
ANTECEDENTES FAMILIARES DE A.R.	
Si	36,5% (23)
No	63,5% (40)
AÑOS DE DIAGNOSTICO	
Media	7,65 años
DS	5,71 años



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

En el segundo gráfico, podemos observar que la mayoría de los enfermos trabajan como empleados de servicio doméstico, un gran porcentaje se encuentra actualmente incapacitado para realizar sus trabajos. Un 25% lo constituyen aquellos que trabajan como albañil, enfermeros, comerciantes, y otros. Por último un 18% representa a los jubilados y pensionados, y un 7% está actualmente desempleado.

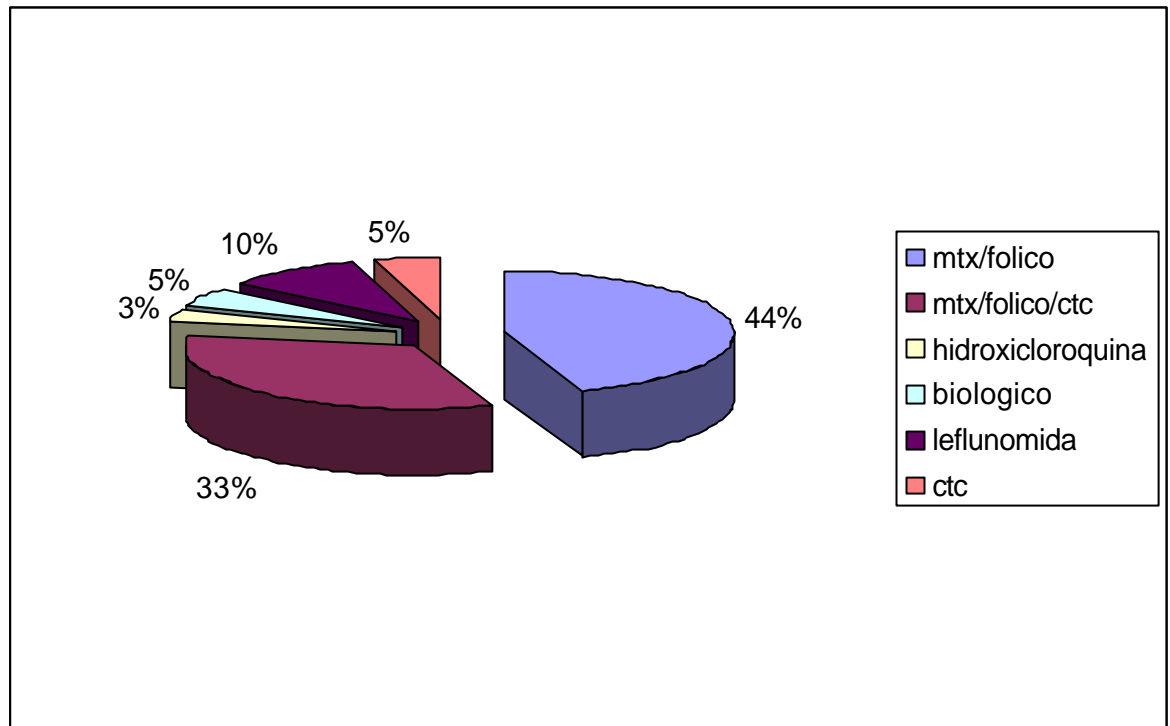
Gráfico n° 2. Ocupación de los pacientes encuestados.





“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

Gráfico n° 3. Tratamientos.



En el gráfico número 3, se expresan los diferentes tratamientos que los pacientes utilizan en la actualidad. Es claro que el Metotrexato (mtx) es el fármaco más utilizado para remitir la enfermedad.



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

La tabla 2 muestra los valores globales obtenidos por la muestra en el QoL-RA, y las puntuaciones de las 8 subescalas. Se describen las medias y los desvíos standards, los cuales son comparados con los resultados de una muestra colombiana y otra estadounidense (la cual está dividida en anglosajones y latinos) que participaron en el trabajo de investigación de la validación del QoL-RA ⁽¹⁸⁾.

Tabla 2. Puntuación total y de las subescalas del QoL-Ra en participantes argentinos comparados con participantes colombianos y estadounidenses.

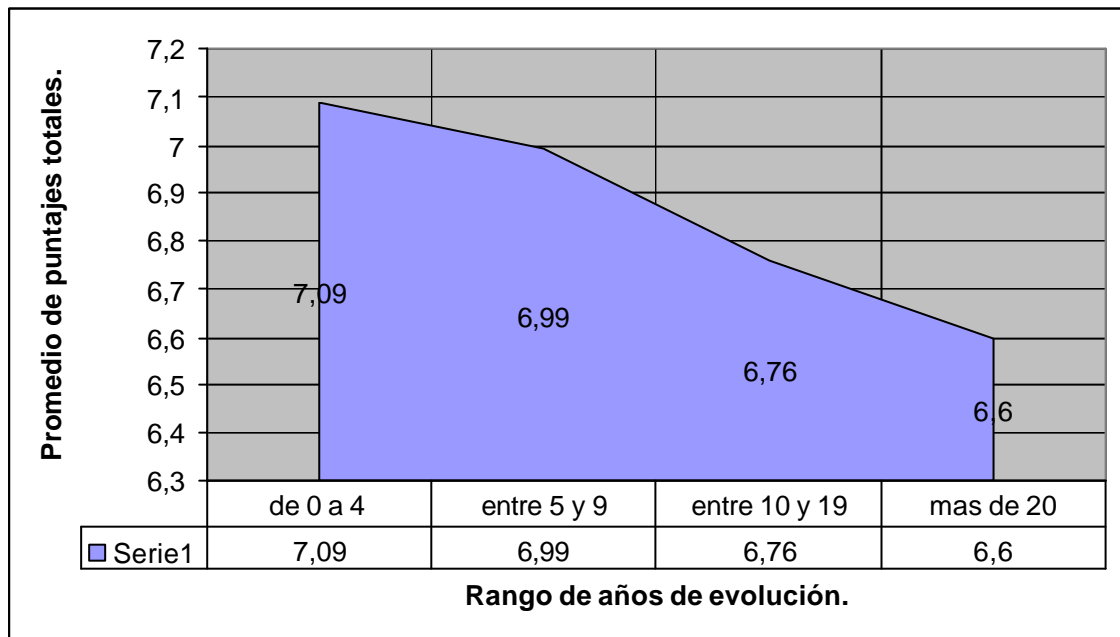
Aspectos de la escala	Participantes argentinos	Participantes colombianos	Participantes de EE UU	
	media (DS)	media (DS)	Anglosajones media (DS)	Latinos media (DS)
Escala total	6,95	7,32	5,54	5,28
Habilidades físicas	7,19 (1,98)	7,74 (1,92)	5,76 (1,98)	5,29 (1,89)
Ayuda/Apoyo	7,30 (2,26)	8,0 (2,21)	6,95 (2,19)	6,49 (2,21)
Dolor	5,34 (2,60)	6,72 (2,35)	6,72 (2,35)	4,76 (2,39)
Tensión nerviosa	6,17 (2,28)	6,82 (2,63)	5,74 (2,22)	5,65 (2,03)
Salud	6,57 (2,30)	7,06 (2,22)	5,6 (2,17)	5,84 (2,26)
Artritis	7,11 (2,47)	6,83 (2,42)	5,28 (2,28)	4,99 (2,04)
Interacción	8,76 (1,92)	8,16 (1,98)	7,21 (2,32)	6,49 (2,21)
Estado de ánimo	7,14 (2,27)	7,41 (2,19)	6,22 (2,19)	6,08 (2,14)



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

En el cuarto gráfico se expresa la calidad de vida de los pacientes según lo años de evolución de la enfermedad. Los encuestados se ordenan en 4 grupos, los cuales representan distintos rangos de años de evolución, y son comparados entre sí.

Gráfico n° 4: Calidad de vida según años de evolución de la enfermedad.





“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

Discusión.

Como se puede apreciar en los resultados, la mayoría de los participantes son mujeres con un 75% (y una frecuencia de 47 mujeres y 16 hombres), coincidiendo con la proporción mujer/hombre 3:1 que indica la literatura. Del total de encuestados, un 86% representa a pacientes de San Nicolás y Rosario (con un 62% y un 24% respectivamente), el 13% restante hace referencia a las localidades de San Pedro (8%), Ramallo (2%), Rojas (2%) y Perez Millan (2%).

Un 22% de los participantes actualmente no trabaja por incapacidad física-laboral, del 78% del total de los trabajadores activos la mayoría lo hace como empleado doméstico (30%), un 17% representa a los jubilados y pensionados, un 6% corresponde a desocupados; y por último un 25% reúne a aquellos que trabajan como albañiles, enfermeros, comerciantes, y otros.

El 51% asistió a la escuela hasta 7mo grado, completando así los estudios primarios, un 21% corresponde a los que nunca asistieron a la escuela, y un 17% a los que terminaron los estudios secundarios. Por último, el 11% restante representa a los que hicieron algún estudio terciario o universitario.

Un gran porcentaje de las personas están casadas (44%), y la gran mayoría del total (el 84%) vive acompañada.

Se acepta que un 60% de posibilidad de padecer artritis reumatoidea se basa en los componentes genéticos. En nuestra muestra, el 37% presentó algún antecedente hereditario familiar.

Por último, y con respecto a los tratamientos que los pacientes realizan en el momento de la encuesta, se puede asegurar que el fármaco de remisión de enfermedad más utilizado es el metotrexato (77% del total). El mismo es siempre utilizado con ácido



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

fólico para disminuir los efectos adversos (las aftas, principalmente), y se realizan controles de laboratorio periódicamente (hemograma completo con recuento de plaquetas, VES, PCR, TGO, TGP, uremia y creatininemia). De los tratados con metotrexato, todos lo utilizan junto a algún AINE (siendo el diclofenac el más utilizado), y el 33% recibe concomitantemente algún corticoide (etc). Un 10% del total de los enfermos, recibe leflunomida, y si bien tiene una efectividad aceptable, esta droga no es utilizada masivamente por la frecuencia de sus efectos colaterales (la diarrea es el más común). Menos frecuentemente, los pacientes utilizan agentes biológicos (3%), hidroxicloroquina (3%) y/o corticoides (5%). Vale aclarar que la utilización de corticoides como monodroga no es aceptado como terapéutica para la artritis reumatoidea. Los pacientes que lo utilizan son aquellos que no pueden conseguir y/o comprar los fármacos modificadores de la enfermedad por problemas económicos y sociales, principalmente. También es importante remarcar que los tratamientos con agentes biológicos tienen un costo económico muy elevado, y además gran parte de estos están en los períodos finales de aprobación, por lo que prácticamente el total de los encuestados tratados con estas drogas están en protocolos de investigación.

Con respecto a nuestra población, presentó una buena calidad de vida general con una media de la escala total de -6,95-; siendo 10 el máximo valor, y 1 el mínimo. Como se puede apreciar, este puntaje supera holgadamente los 5 puntos, lo que representaría una calidad de vida disminuida en un 50%. Por otro lado, analizando los valores de las subescalas, podemos afirmar que el puntaje más alto corresponde a la interacción social (haciendo referencia a las relaciones con familiares y amigos) -8,76-, seguido por la ayuda o apoyo social (demostrando la poca ayuda que los pacientes necesitan para realizar las tareas cotidianas) -7,30- y las habilidades físicas (lo que explica que las capacidades estuvieron bastante bien conservadas) -7,19-. Esto significa que una buena



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

calidad de vida se basa en las buenas relaciones familiares y amistosas que los encuestados conservan y/o establecen luego del diagnóstico de la enfermedad, en la escasa limitación de las habilidades físicas que los pacientes padecieron, y en la poca ayuda que necesitaron para sus actividades cotidianas. Por el otro lado, los puntajes más bajos correspondieron a dolor -5,34- y a tensión nerviosa -6,17-. El dolor, que si bien no fue constante, se manifestó intenso e incapacitante, y junto con la irritabilidad y alteraciones del humor son los aspectos que más perjudicaron la calidad de vida de las personas. Estos datos confirman la jerarquía de las variables psicosociales en la manera en que las personas asumen su enfermedad y cómo estas afectan su calidad de vida. El grupo de pacientes que están incapacitados para realizar sus tareas laborales (el 22% del total) presentó una media de la escala total de 5,80 puntos (con una mediana de 5,5), prácticamente 1 punto por debajo de la media total de la muestra (6,95). Esto refleja claramente el importante grado de severidad que los pacientes incapacitados sufren. Los encuestados que viven solos (16%) presentan un promedio de las escalas totales de 6,99 (con una mediana de 7,12); el cual es prácticamente similar al promedio de la muestra total. Es importante aclarar que el 55% de estos presentaron un puntaje un poco menor que la muestra total, pero el otro 45% lo supera ampliamente. Por lo que no parecería que el convivir con otras personas, pueda mejorar la calidad de vida. También se podría entender que aquellos que tienen una buena calidad de vida, pueden vivir solos sin que la misma se vea afectada. Pero aquellos que viven solos por falta de sostén social o familiar presentan una mala calidad de vida.

Comparando nuestra muestra con la muestra colombiana, podemos ver que la media de la escala total de los colombianos es algo superior -7,32- con respecto a nuestros encuestados, al igual que en la mayoría de las subescalas, excepto interacción social y artritis (son las únicas dos subescalas en las que los argentinos obtuvieron un promedio



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

mayor). Se podría entender que en nuestra población los enfermos suelen intentar sobrellevar mejor sus dolencias intensificando buenas relaciones interpersonales, por una parte, y por la otra, intentando evadirse de la problemática de su enfermedad. Sin embargo, los valores más altos y más bajos de las mismas coincidieron; siendo los mayores: interacción con un puntaje de -8,16-, apoyo o ayuda social con -8- puntos, y habilidades físicas con -7,74-; y los menores puntajes fueron el dolor con -6,72- y la tensión nerviosa con -6,82-. Estos resultados reflejan la similitud de los aspectos y valores que conforman el imaginario de bienestar y de buena calidad de vida de los pacientes de Latino América, lo que se podría basar en la cercanía tanto geográfica como cultural entre Argentina y Colombia.

Por otro lado, los puntajes de la calidad de vida de la muestra argentina es superior a las estadounidenses, en sus dos subpoblaciones, tanto mejor que los resultados de los anglosajones con una media de la escala general de -5,54-, como en relación con los puntajes latinos con un porcentaje general de -5,28-. A su vez, es superior en todas las subescalas excepto en el dolor, donde los anglosajones obtuvieron -5,46- puntos, lo que significaría una mayor tolerancia al mismo.

Entre los norteamericanos anglosajones, la artritis -5,28- y la salud -5,6- fueron los puntajes más bajos; y entre los latinos el dolor -4,76- y la artritis -4,99-. Teniendo en cuenta las subescalas de mayor puntaje, para los anglosajones fueron las de interacción -7,27- y la ayuda o apoyo -6,95-, en el caso de los latinos fueron similares pero el puntaje algo menor, de -6,49- ambos ítems.

Con respecto a la calidad de vida en relación a los años de evolución de la enfermedad, se pudo demostrar que la misma disminuye lenta y paulatinamente a medida que los años transcurren. Es por esto que los pacientes que llevan 4 años o menos tiempo de evolución, tienen una media de la escala general de -7,09-, aquellos que llevan de 5



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

(inclusive) a 9 años de evolución presentaron una escala de -6,99-, los que cursan entre los 10 y 20 años desde la fecha del diagnóstico obtuvieron un puntaje de -6,76-, y por último los que tienen más de 20 años de diagnosticados presentan el puntaje más bajo de la serie, con -6,6- puntos de promedio. Refleja claramente que los años de evolución de la enfermedad afectan proporcionalmente la calidad de vida. A este concepto se le debe agregar que con el paso de los años, la calidad de de vida suele disminuir en personas sanas y más aún en personas con enfermedades crónicas. Los aspectos de la encuesta que se pueden ver afectadas con el aumento de edad son las subescalas de habilidades físicas, ayuda social y salud.



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

Conclusión.

Los resultados encontrados en el presente estudio indican que los participantes del mismo tienen una aceptable calidad de vida a pesar de la cronicidad de la enfermedad y sus comorbilidades.

Los encuestados presentaron una mayor calidad de vida en las subescalas de interacción social, ayuda social y habilidades físicas.

Las subescalas que más afectaron la calidad de vida de los pacientes fueron las de dolor y tensión nerviosa.

El 37% de los enfermos presentó algún antecedente heredo-familiar.

La calidad de vida fue menor en los participantes con más años de evolución de su enfermedad.

En comparación con la muestra estadounidense, nuestros resultados fueron superiores en la escala general y prácticamente en todas las subescalas.

La población colombiana presentó mayores puntajes en relación a la nuestra, aunque es importante remarcar que los puntajes más altos y más bajos, coincidieron entre sí.



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

Bibliografía.

- (1) Farreras, Rozman. Medicina Interna. Elsevier. Madrid. Decimoquinta edición; 1, 7: 1000-1008.
- (2) Anaya J M. Genes y artritis reumatoide. Revista Colombiana de Reumatología 1999; 6: 240-250.
- (3) Leight J, Frics J, Parkh N. Severtity of disability in the rheumatology arthritis. Journal of rheumatology 1992; 19: 1906-1911.
- (4) Robbins, Cotran. Patología Estructural y Funcional. Elsevier. Madrid. Séptima edición; 26: 1309-1317.
- (5) López B, Rincón H, Castellanos J, González H. El perfil de minusvalía como la medida de calidad de vida en pacientes reumáticos. Revista Colombiana de Reumatología 1993; 1: 91.
- (6) Cadena J, Cadavid M, Ocampo M, Vélez MC, Anaya JM. Depresión y familia en pacientes con artritis reumatoidea. Revista Colombiana de Reumatología 2002; 9: 184-191.
- (7) Dickens C, Cread F. The burden of depression in patients with rheumatoid arthritis. Rheumatology 2001; 40: 297-317.
- (8) Lozano J, Hernández B. Artritis reumatoidea y trastorno depresivo mayor. Med-Unab 2000; 6: 161-167.
- (9) Cadena J, Vinaccia S, Rico M I, Hinojosa R, Anaya J M. The impact of disease activity on quality of life and mental health status in Colombian patients with Rheumatoid Arthritis. Journal of Clinical Rheumatology 2003; 9: 142-150.
- (10) Ballina F. Medición de la calidad de vida en la artritis reumatoidea. Revista Española de Reumatología 2002; 29: 56-64.



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

- (11) Farreras, Rozman. Medicina Interna. Elsevier. Madrid. Decimosexta edición; 1, 7: 1009-1016.
- (12) Ballina F, Rodríguez A. Artritis reumatoide. Revista Española de Reumatología 2000; 27: 56-64.
- (13) Hoffman J. Clinimetría y la actividad médica. Revista argentina de Reumatología 2008; 2: 7-20.
- (14) Tijhuis G, De Jong S, Zwinderman N, Zuijderduin A, Cansen J, Da Novatada T, Vliet Vlieland A. Application de the validity of the Rheumatoid Arthritis Quality of Life (QoL-RA) questionnaire. Rheumatology 2001; 40: 1112-1119.
- (15) Neville S, Whalley D, Mckenna S, Comte M, Fortin P. Adaptation and validation of the rheumatoid arthritis quality of life scale for use in Canada. Rheumatology 2001; 28:1505-1510.
- (16) Danao L, Padilla G, Johnson D. An english and Spanish quality of life measure for arthritis. Arthritis Care Research 2001; 45: 167-173.
- (17) Vinaccia S, Fernández H, San Pedro E, Padilla G. Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life for Rheumatoid Arthritis (QoL-RA) en Colombia. Revista Colombiana de Reumatología 2006; 13: 264-270.
- (18) Vinaccia S, Tobón S, San Pedro E, Cadena J, Anaya J M. Evaluación en la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. International Journal of Psychology and Psychological Therapy 2005; 9: 47-61.



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

Anexos.

Encuesta.

Planilla de Información.

Nombre y Apellido: _____

Dirección: _____

Edad: _____ **Sexo:** M () F ()

Ocupación: _____

Escolaridad: ninguno () 1ª () 2ª () 3ª/universitario ()

Estado Civil: soltera/o () casada/o () conviviente ()

Divorciada/o () viuda/o ()

Vive solo: si () no ()

Antecedentes familiares con A R: SI () NO ()

Fecha de Diagnóstico de la enfermedad: _____

Fármacos que utiliza para el tratamiento: _____



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

Quality of Life – Rheumatoid Arthritis (QoL-RA).

Calidad de vida en artritis Reumatoidea. (versión española)

1. Si Ud. Considera sólo sus habilidades físicas, ¿diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7. Si Ud. Sólo considera su nivel de interacción entre Ud. Y su familia y amigos/as, ¿diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:?

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

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

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



“Calidad de Vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoidea.”

Consentimiento informado de participación.

_____ acepta participar voluntariamente en el trabajo de investigación; el cual servirá para determinar mi estado de salud actual y a futuro, por padecer artritis reumatoide.

Toda la información que se obtenga a través de este cuestionario será usado por el investigador responsable con la finalidad de elaborar un trabajo de investigación.

Se garantiza el anonimato y la confidencialidad plena de la información obtenida. Habiendo sido informado en forma adecuada sobre los objetivos del estudio, acepto y firmo este documento.

_____ de _____ del 2008