

Artículo original

Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide



Quality of Life and Functional Capacity of Patients with Rheumatoid Arthritis

Qualidade de vida e capacidade funcional em pacientes com artrite reumatóide

Denisse Espinosa-Balderas,* María del Carmen Hernández-Sosa,* Manolo Cerdán-Galán**

Resumen

Objetivo: determinar la calidad de vida y capacidad funcional de pacientes con artritis reumatoide. **Métodos:** se realizó una encuesta descriptiva prospectiva a pacientes portadores de artritis reumatoide en la unidad de medicina familiar (UMF) no. 66 de Xalapa, Veracruz, México, de febrero a noviembre de 2015, aplicando las pruebas QoL-RA y HAQ para medir la calidad de vida y la capacidad funcional, respectivamente. **Resultados:** se incluyeron 217 pacientes, el género predominante fue femenino (92%), con una edad media de 55 años. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de alrededor de siete años; 100% de la población tuvo tratamiento a base de fármacos modificadores de la enfermedad. La calidad de vida por QoL-RA fue buena para la mayoría (7.3), con el puntaje más alto en apoyo (8.4) y el menor en tensión nerviosa (6.6). En general se encontró discapacidad leve HAQ (0.77), con mayor afectación en alcanzar objetos (1.35) y menor en vestirse y asearse (0.34). Mediante el coeficiente de correlación de Pearson se observó que las actividades cotidianas se ven relacionadas negativa-

mente con la presencia de dolor y artritis. **Conclusión:** los pacientes con artritis reumatoide adscritos a la UMF no. 66 presentaron buena calidad de vida y discapacidad leve, con una correlación negativa entre ambas variables.

Summary

Objective: to determine the quality of life and functional capacity of patients with rheumatoid arthritis. **Methods:** prospective and descriptive survey to patients with rheumatoid arthritis in the Family Medicine Unit (FMU) no. 66 in Xalapa, Veracruz, from February to November 2015, applying QoL-RA and HAQ tests to measure quality of life and functional capacity, respectively. **Results:** 217 patients, predominantly female (92%), with an average age of 55 years. The average time of disease progression was seven years; 100% of the population had treatment based on disease modifying drugs. The quality of life by QoL-RA was good for most of them (7.3), with the highest score in support (8.4) and the lowest nervous tension (6.6). In general, mild disabilities were found by HAQ (0.77), with greater affectation in reaching for objects (1.35) and lower

Sugerencia de citación: Espinosa-Balderas D, Hernández-Sosa MC, Cerdán-Galán M. Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide. *Aten Fam.* 2017;24(2):67-71.

Palabras clave: artritis reumatoide, calidad de vida, atención primaria
Key words: rheumatoid arthritis, quality of life, primary care
Palavras-chave: artrite reumatoide, qualidade de vida, capacidade funcional, atenção primária

Recibido: 2/3/17
Aceptado: 16/3/17

*Médico especialista en Medicina Familiar, unidad de medicina familiar no. 66, Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), Xalapa, Veracruz; Universidad Veracruzana. **Licenciado en estadística.

Correspondencia:
Denisse Espinosa-Balderas
puebla.dina_9440@hotmail.com

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Medicina, División de Estudios de Posgrado. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Espinosa-Balderas D y cols.

in dressing and grooming (0.34). Using the Pearson correlation coefficient it was observed that everyday activities are negatively related with the presence of pain and arthritis. **Conclusion:** arthritis rheumatoid patients assigned to the fm no. 66 showed good quality of life and mild disabilities, with a negative correlation between the two variables.

Resumo

Objetivo: determinar a qualidade de vida e capacidade funcional de pacientes com artrite reumatóide. **Métodos:** um estudo descritivo prospectivo foi conduzido em pacientes com artrite reumatóide na Unidade de Medicina Familiar (UMF) número 66 de Xalapa, Veracruz, de fevereiro a novembro de 2015. Aplicaram-se os Testes HAQ QoL-RA para medir a qualidade de vida e capacidade funcional, respectivamente. **Resultados:** foram incluídos 217 pacientes, sendo o sexo feminino predominante (92%) com idade média de 55 anos. O tempo médio de progressão da doença foi de sete anos; 100% da população tinha tratamento com medicamentos modificadores da doença. A qualidade de vida de QoL-RA foi boa para a maior parte (7.3), com a maior pontuação em apoio (8.4) e mais baixa na tensão nervosa (6.6). Foram identificados deficiência geralmente leves HAQ (0.77) com maior envolvimento em alcançar objetos (1.35) e menor para vestir-se e no asseio pessoal. (0.34). Pelo coeficiente de correlação de Pearson foi observado que as atividades diárias são negativamente relacionada com a presença da dor e da artrite. **Conclusão:** pacientes com artrite reumatoide atendidos na umf número 66 apresentaram boa qualidade de vida e incapacidade leve, com uma correlação negativa entre as duas variáveis.

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad de etiología desconocida y de naturaleza autoinmunitaria con un importante factor de susceptibilidad genética, el cual contribuye de 50 a 60% en su desarrollo. Se caracteriza por un proceso inflamatorio que produce incapacidad para la movilidad y dolor, afectando principalmente el tejido sinovial de las articulaciones. Este trastorno afecta aproximadamente a 1% de la población mundial con una incidencia mujer-varón 3:1, generalmente los síntomas inician a partir de los 60 años, aumentando la prevalencia e incidencia hasta alrededor de los 70 años.¹

Clínicamente se presentan síntomas diversos como rigidez matinal, fatiga, dolor, incapacidad funcional y depresión, además de provocar manifestaciones extra-articulares con afección de órganos internos.²

Pocos pacientes con afecciones médicas padecen de dolor y discapacidad tan marcadas e importantes como los portadores de AR, lo cual produce incremento en la desesperanza, disminución en la habilidad para realizar tareas cotidianas y participar en actividades sociales; así como limitaciones en la actividad laboral, ya que de aquellos que tienen trabajo remunerado, 10% deja de trabajar dentro del primer año de inicio de la enfermedad y 50% está incapacitado después de 10 años.^{3,4}

Debido a lo anterior y a la relevancia que en los factores psicológicos van a tener las respuestas emocionales y afectivas en esta enfermedad, se deben utilizar medidas que ayuden a identificar la calidad de vida, definida como el grado de satisfacción del individuo respecto a su bienestar físico, emocional y social, así como la capacidad funcional, enten-

diéndose como la facultad presente en una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión.^{5,6}

El Colegio Americano de Reumatología (ACR), así como la Liga Europea Contra el Reumatismo (EULAR), recomiendan la determinación de la calidad de vida en estos pacientes, dado que ésta trasciende las mediciones clínicas y epidemiológicas tradicionalmente aplicadas en la valoración de la enfermedad, esto mediante el instrumento *Rheumatoid Arthritis Quality of Life Questionnaire* (QoL-RA).^{7,8}

En los últimos años se han ido desarrollando y popularizando diversos instrumentos que tratan de cuantificar de una forma más detallada y objetiva las discapacidades producidas por la AR, dentro de los cuales se encuentra el *Health Assessment Questionnaire* (HAQ).^{9,10}

La valoración de ambas variables en estos pacientes y el establecimiento de sus factores asociados, constituyen actividades base para el abordaje de la enfermedad desde un enfoque multidisciplinario, dadas las implicaciones en los aspectos clínicos, emocionales y sociales del individuo.

Al ser un tema que no se conoce a profundidad en la población, así como el incremento considerable de su morbilidad en los últimos años, se decidió realizar esta investigación para determinar la calidad de vida y capacidad funcional existente en los pacientes portadores de AR adscritos a la unidad de medicina familiar (UMF) no. 66, del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), de Xalapa, Veracruz, México.

Métodos

Se realizó una encuesta descriptiva prospectiva a 217 pacientes portadores de AR que cumplieron con criterios ACR-

EULAR,^{11,12} adscritos a la UMF no. 66, en el periodo comprendido de febrero a noviembre del año 2015. Se incluyeron, mujeres y hombres mayores de 18 años que aceptaron participar en el estudio; se excluyeron a los pacientes con deterioro cognitivo y se eliminaron los cuestionarios incompletos.

Previo confirmación del diagnóstico y firma de consentimiento informado, a través de entrevista personal, se indagaron características sociodemográficas y familiares.

Para determinar la calidad de vida, se aplicó el cuestionario Qol-RA, en la versión validada por Danao y cols., con un coeficiente de Cronbach para México de 0.92,^{6,13} se encuentra integrado por ocho ítems, que evalúan las dimensiones físicas, psicológicas y sociales, dentro de una escala tipo Likert con diez posibilidades de respuesta, que van desde 1: muy mala calidad de vida, hasta 10: excelente calidad de vida; evaluando las dimensiones de actividad física, ayuda de familiares y amigos, dolor artrítico, tensión nerviosa, salud, interacción con familiares y amigos, nivel de artritis y estado de ánimo. Para su evaluación se utilizó como media el valor de 5, teniendo buena calidad de vida todos los pacientes que calificaran por arriba de este valor.⁴

La capacidad funcional se obtuvo mediante el cuestionario HAQ, en la versión en español validada en la Ciudad de México por Cardiel, con un alfa de Cronbach de 0.9534. Consta de 20 preguntas que especifican ocho áreas de las funciones diarias que realizan los pacientes incluyendo: vestirse y arreglarse, levantarse, comer, caminar, higiene, alcanzar, prensión y otras actividades. El paciente reporta dificultad en desarrollar cada una de las actividades durante la

semana pasada, cuantifica entre cero y tres el nivel de dificultad, representando cero el peor. Se evalúa sin discapacidad valores de cero, discapacidad ligera 0-1, discapacidad moderada 1-2 y discapacidad severa 2-3.^{14,15}

La obtención de la población fue mediante muestreo aleatorio simple no probabilístico. Una vez obtenidos los datos se analizaron y almacenaron con el programa SPSS v 21.

Para el cuestionario HAQ se obtuvieron los ocho rubros específicos y el general, para el Qol-R se obtuvo el general y para el índice de pobreza familiar se obtuvieron sus categorías. Se compararon los puntajes obtenidos en los dos cuestionarios con el coeficiente de Pearson, a 95% de confianza siendo presentados aquellos cuyo valor p fuese <0.05.

Este trabajo fue sometido a valoración y autorización por el comité de ética e investigación del IMSS, mediante la plataforma de CIRELSIS, con número de registro: R-2016-3005-51.

Resultados

La población total de pacientes con AR adscritos a la UMF fue de 910, en este estudio se incluyeron 217, de acuerdo con la muestra necesaria obtenida, los datos encontrados se muestran en la tabla 1.

Los puntajes promedio de las subescalas del cuestionario Qol-RA se observan en la figura 1, con demostración de una buena calidad de vida general.

Los puntajes promedio de las dimensiones del cuestionario HAQ se muestran en la figura 2; la mayoría obtuvo una discapacidad leve.

Al analizar los coeficientes de correlación de Pearson para las ocho subescalas del Qol-RA y las dimensiones del HAQ, se pudo observar que los valores más altos fueron entre la subescala de artritis con la variable de comer (0.56), la subescala de prensión con la variable de dolor (0.53) y la variable de caminar con las subescalas de salud y artritis (0.50), lo cual significa que las actividades cotidianas de cada paciente estuvieron

Figura 1. Estimación puntual y por intervalos de confianza de 95% para el puntaje promedio de las subescalas del cuestionario Qol-RA

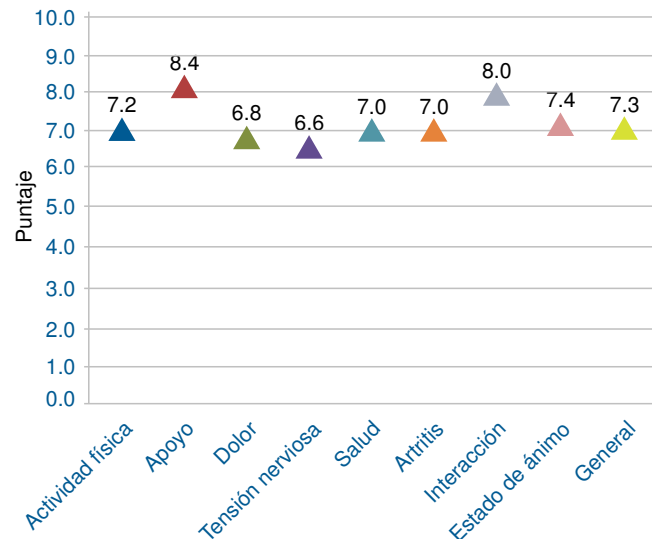
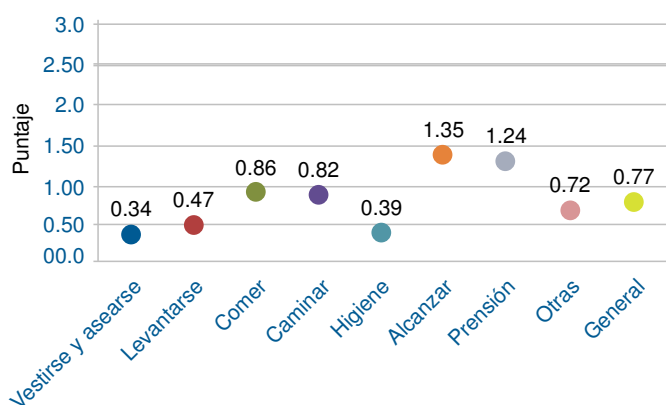


Tabla 1. Características clínicas y demográficas de los pacientes con AR

Características clínicas y demográficas (n=217)	
Sexo % (n)	Mujeres 92% (200) Hombres 8% (17)
Edad (media)	55 años
Duración de la enfermedad (media)	7 años
Escolaridad	Posprimaria 64%
Ocupación	Labores del hogar 42%
Estado civil	Casado 53%
Tratamiento	FARME no biológico 52%
Tipología familiar	Nuclear simple 31% Núcleo integrado 48% Demografía urbana 99% Desarrollo tradicional 39%
Nivel socioeconómico	Pobreza baja 48%

Figura 2. Estimación puntual y por intervalos de confianza de 95% para el puntaje promedio de las dimensiones del cuestionario HAQ

relacionadas principalmente con el nivel de dolor y artritis que presentaban.

Discusión

La AR induce en los pacientes varios procesos interactuantes como la inflamación, el dolor, la pérdida del movimiento articular y la deformidad; produciendo discapacidad, y con ello la disminución de un gran número de funciones de la vida diaria, alterando de manera importante la independencia económica, el estado emocional y la interacción social de las personas que la padecen, todo ello implica un cambio importante en

su vida diaria. Esto se confirmó en este estudio, ya que se encontró que a menor discapacidad, se incrementaba considerablemente la percepción de calidad de vida en estos pacientes.¹⁶

Con base en la información obtenida mediante la aplicación del cuestionario QoL-RA, se pudo determinar que la calidad de vida fue buena en los pacientes estudiados, teniendo una puntuación media general de 7.3, con los puntajes más altos en las subescalas de apoyo con 8.4 e interacción con 8.0, con lo cual se puede afirmar la importancia e influencia que tienen los factores psicosociales, así

como la participación de las redes de apoyo con las que cuenta el paciente. Los promedios más bajos obtenidos fueron dolor con 6.8 y tensión nerviosa con 6.6, determinando que la limitación presentada secundaria al dolor puede ser un impedimento fundamental para la salud del paciente.

Se encontraron resultados similares en estudios realizados en Cuba y Colombia en 2015, así como por la Universidad Abierta Interamericana en 2008, en los que los puntajes más altos se obtuvieron en las subescalas de apoyo e interacción y las menores en salud y dolor.^{13,17}

En otro estudio realizado por Affleck y cols., se evaluó el papel del apoyo social en la experiencia del dolor crónico, obteniendo en la variable de apoyo social que la red familiar se presenta como predictiva de la ansiedad y depresión en las enfermedades crónicas estudiadas.¹⁸ Por ende, sí existe una mayor satisfacción en el nivel del apoyo con el que cuentan, tienen una mejor adaptación a la enfermedad.

La tensión nerviosa puede ser una de las escalas más afectadas, ya que los cambios en el estado de humor y la depresión son alteraciones frecuentes en los pacientes con padecimientos crónicos.¹⁹ Uno de los principales estudios que lo demuestra se realizó en Colombia, en este se demostró que los síntomas depresivos correlacionaban positivamente con la ansiedad y negativamente con la calidad de la vida.³

En el presente estudio se demostró la importancia del nivel educativo para una mejor calidad de vida, ya que los pacientes con estudios posteriores a la primaria tuvieron mejores puntuaciones, principalmente en las subescalas de interacción y dolor. Esto se puede deber a que existe mejor entendimiento de la

Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide

enfermedad, su evolución, sus complicaciones y la necesidad de un buen apego al tratamiento.¹⁷

En cuanto al estado civil del paciente, los que contaban con una pareja presentaron una mejor calidad de vida y menor discapacidad funcional, pues se considera una importante red de apoyo, encontrando mayor cuidado y afecto hacia el paciente. Existen algunos estudios en los cuales se comenta lo anterior, demostrando el alto impacto en la estabilidad de esta enfermedad, pues parece estar estrechamente vinculado a la situación social, cultural y económica.¹

En cuanto a la capacidad funcional se encontró que la mayoría de los pacientes tenía discapacidad leve, lo cual puede estar estrechamente relacionado con el tratamiento que llevan, pues 100% de los pacientes utilizaban manejo a base de antirreumáticos modificadores de la enfermedad, limitando la progresión, el daño articular y el tiempo de evolución.

Se debe incidir sobre el control de actividad clínica, la disminución de la discapacidad y la atención psicológica adecuada en los pacientes y sus familias de manera temprana, pues con ello se puede favorecer el tratamiento a la enfermedad y permitir una mejor adaptación a los cambios que se presenten, lo que conlleva a una mejor calidad de vida.

Conclusión

La evaluación de la calidad de vida en conjunto con la capacidad funcional, permite determinar la situación real de cada individuo ante la enfermedad, lo cual ayuda a un manejo integral del paciente, ya que no solo se enfoca a la limitación del daño y progresión de la patología, sino que se centra en los factores psicosociales que más afectan a los pacientes, dichos

factores tienen una gran importancia en su vida cotidiana, en la que el principal aspecto positivo son las redes de apoyo con las que cuenta cada paciente, así como el nivel de interacción social que mantienen.

En este estudio se encontró una buena calidad de vida en general y discapacidad leve en los pacientes con AR de la UMF no. 66, asimismo, se confirmó la estrecha asociación entre la calidad de vida y la capacidad funcional, esto es, a menor grado de discapacidad existirá una mejor calidad de vida.

Referencias

1. Tobón S, Vinaccia S, Cadena J, Anaya JM. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide a partir del cuestionario de calidad de vida en la Artritis QoL-RA. *Psicología y Salud*. 2004;14(1):25-30.
2. García Arias MJ, García Vadillo JA. Tratamiento de la artritis reumatoide del anciano. *Semin Fund Esp Reumatol*. 2011;12(4):103-7.
3. Vinaccia S, Cadena J, Juárez F, Contreras F, Anaya JM. Relaciones entre variables socio-demográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Int J Clin Health Psychol*. 2004;4(1):91-103.
4. Pacheco-Tena C, Reyes-Cordero G, McKenna S, Ríos-Barrera VA. Adaptación y validación del Rheumatoid Arthritis Quality of Life Scale (RAQoL) al español de México. *Reumatol Clin*. 2011;7(2):98-103.
5. SSA. Diagnóstico y Tratamiento de artritis reumatoide del Adulto. México: Secretaría de Salud; 2010.
6. TUESCA Molina R. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. *Salud Uninorte Colombia*. 2005;21:76-86.
7. Amaya J, Torralvo Morato G, Calixto OJ, Calderón Rojas R, Caro Moreno J, Domínguez AM, et al. Correlación y concordancia de la autoclinimetría en artritis reumatoide: revisión sistemática de la literatura y metanálisis. *Rev Colomb Reumatol*. 2013;20(1):30-57.
8. Fernández Lisón LC, Vázquez Domínguez B, Fernández JL, Moreno Álvarez P, Fruns Giménez I, Liso Rubio J. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento ambulatorio con anti-TNF. *Farm Hosp*. 2008;32(3):178-81.
9. Loza E, Calvo J, Del Canto F, Alarcón GS. Artritis Reumatoide. En: *Enfermedades autoinmunes sistémicas y reumatológicas*. 3a ed. Barcelona: Ed. Masson; 2006. 369-99.
10. Guipcar. Guía Práctica Clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España. Sociedad Española de Reumatología; 2007
11. Gómez A. Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide. *Reumatol Clin*. 2011;6(53):533-7.
12. Funovits J, Aletaha D, Bykerk V, Combe B, Dougados M, Emery P, et al. The 2010 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism classification criteria for rheumatoid arthritis: methodological report phase I. *Ann Rheum Dis*. 2010;69(9):1589-95.
13. Prada Hernández DM, Hernández Torres C, Gómez Morejón JA, Gil Armenteros R, Reyes Pineda Y, Solís Carta U, et al. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. *Revista cubana de Reumatología*. 2015;17(1):48-60.
14. Velarde Jurado E, Ávila Figueroa MC. Consideraciones metodológicas para evaluar la calidad de vida. *Salud Pública Méx*. 2002;44(5):448-63.
15. Reyes Llerena GA, Penedo Coello A, Guibert Toledano M, Hernández Martínez A, González Ida R, Fernández Mederos I, et al. Validación de la versión cubana de la dimensión física del Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ) en cubanos con artritis reumatoide (CU-HAQ). *Revista Cubana de Reumatología*. 2002;4(1):43-55.
16. Álvaro-Gracia JM, Pascual E, Jover JA, Aguilar MD, Dueñas I. Impacto de la artritis reumatoide sobre la discapacidad y la calidad de vida de los pacientes en España. xxxvii Congreso Nacional de la Sociedad Española de Reumatología Comunicaciones orales. *Reumatol Clin*. 2011;7(Núm. Espec Cong):1-22.
17. Franco-Aguirre JQ, Cardona-Tapias AA, Cardona-Ariasa JA. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide de Medellín-Colombia, 2014. *Rev Colomb Reumatol*. 2015;22(3):153-61.
18. Ambriz Murillo Y, Menor Almagro R, Campos-González ID, Cardiel HM. Calidad de vida relacionada con la salud en artritis reumatoide, osteoartritis, diabetes mellitus, insuficiencia renal terminal y población geriátrica. Experiencia de un Hospital General en México. *Reumatol Clin*. 2015;11(2):68-72.
19. Chico-Capote A, Carballar-Alberteries L, Estévez del Toro M, García-Viniegras CRV, Pernas-González A. Factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con artritis reumatoide. *Revista Cubana de Medicina*. 2012;51(1):48-60.