

Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide tratados en una IPS especializada, Medellín 2012

Health-related quality of life among patients with rheumatoid arthritis treated by a specialized healthcare-providing institution, Medellín, 2012

Laura Escobar M¹; Hugo Grisales R²

¹ Gerente de Sistemas de Información en Salud. Correo electrónico: babitalauris@gmail.com

² PhD. en Epidemiología, coordinador del Grupo de Investigación de Demografía y Salud, profesor titular Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: hgrisales@saludpublica.udea.edu.co

Recibido: 7 de noviembre de 2012. Aprobado: 5 de febrero de 2013.

Escobar L, Grisales H. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide tratados en una IPS especializada, Medellín, 2012. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(1): 75-84

Resumen

Objetivo: determinar la calidad de vida relacionada con la salud y algunos factores asociados en personas con artritis reumatoide de una institución de referencia de la ciudad de Medellín. **Metodología:** se condujo un estudio transversal en una muestra representativa de 366 pacientes. La información se obtuvo de la aplicación del SF-36, instrumento genérico para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud. **Resultados:** el promedio de la edad de los pacientes fue de 56 años (DE = 12,9), con predominio de las mujeres, en un 91%. Cuando se consideró la valoración que hace el paciente del cambio en la salud actual con respecto a la de hace un año, tanto los jubilados, como aquellos con depresión y algún problema cardiovascular, refirieron estar igual o peor que el año anterior. El rol emocional, la función social y la salud mental en los

pacientes presentaron puntajes medianos entre 68 y 100 puntos sobre un total de 100, mientras que el rol físico, el dolor corporal, la función física, la salud general y la vitalidad variaron entre 41 y 55 puntos. Los hombres obtuvieron menor puntuación en la salud general; esta, en la mayoría de los dominios del SF-36, fue menor para quienes presentaron depresión, para los que tenían como niveles socioeconómicos bajo o medio y para los jubilados. **Recomendación:** se propone la intervención psicosocial con métodos enfocados en los pacientes con el fin de mejorar su calidad de vida especialmente de aquellos del nivel socioeconómico bajo y medio, en los jubilados y quienes presentaron depresión.

-----**Palabras clave:** artritis reumatoide, calidad de vida relacionada con la salud, SF 36.

Abstract

Objective: to determine the health-related quality of life as well as some of its associated factors among patients with rheumatoid arthritis attending the healthcare-providing institution selected for this study, which was located in the city of Medellín. **Methodology:** a cross-sectional study was conducted on a representative sample of 366 patients, and the data was obtained using the SF-36, a generic instrument for measuring health-related quality of life. **Results:** the average age of patients was 56 (SD = 12.9), and individuals were predominantly female (91%). Retired patients as well as patients suffering from depression or cardiovascular diseases reported that their health status was worse than or equal to that of the previous year. The median scores for the emotional

role, social function, and mental health domains ranged from 68 to 100 points out of a total score of 100. As for physical role, body pain, and physical function, their values varied from 41 to 55 points. Men obtained lower scores for general health than women. Likewise, patients who were retired, depressed, or from the low or medium socioeconomic levels obtained low general health scores in most domains of the SF-36. **Recommendation:** the authors propose a psychosocial intervention aimed at improving the quality of life of the patients, particularly that of the individuals who are depressed, retired, or from the low or medium socioeconomic levels.

-----**Keywords:** rheumatoid arthritis, health-related quality of life, SF-36.

Introducción

La salud y la enfermedad hacen parte del proceso biológico y son producto de la interacción de los individuos con el medio que los rodea. Las condiciones reales de existencia pueden ser factores que desencadenan o en su defecto protegen la aparición de las enfermedades e inciden en la calidad de vida: el modo y el estilo de vida, llevados de una manera inadecuada, afectan la salud. Hablar de calidad de vida es abordar el equilibrio entre expectativas, esperanzas, sueños y realidades conseguidas que se expresan en satisfacción y capacidad para afrontar los acontecimientos a fin de conseguir una buena adaptación. Este último concepto es clave para la calidad de vida y vínculo entre afrontamiento y apoyo social [1].

Entre las diferentes enfermedades que afectan la calidad de vida merecen destacarse las autoinmunes, como la artritis reumatoide (AR), que genera diversas discapacidades y conduce al déficit funcional articular, a las deformidades o las contracturas poco reductibles o progresivas y a las parestias o déficits neurológicos, morbilidades que van a generar algún grado de discapacidad en el paciente que exige la implementación de un tratamiento rehabilitador [2].

Si el estado de salud es un factor determinante de la calidad de vida, esta determina igualmente el estado de salud. Si la buena salud es importante para gozar de la vida, disfrutar de esta es importante para mantener una buena salud [1]. En el caso específico de las enfermedades reumáticas, afectan a más de un tercio de la población sin distinción de edad, raza o sexo, cuyo tratamiento, fuera de ser costoso y complejo, condenan al individuo a vivir con dolor y minusvalía, siendo responsables de la mayoría de las bajas laborales, por lo que constituyen uno de los principales problemas de salud [3]; entre ellas, la AR se ha convertido en un flagelo que afecta la población mundial y, a pesar de su alta presentación, las causas que la generan aún son desconocidas: la falta de detección, diagnóstico y tratamiento oportuno acarrea problemas funcionales que afectan el desarrollo físico, psicológico y social de los pacientes, es decir, su calidad de vida [4].

Los elementos esbozados sustentan el estudio de la calidad de vida relacionados con la salud en pacientes con ar. ¿Cuál es la calidad de vida relacionada con la salud para los pacientes con AR y cómo se comportan algunos factores asociados a tal enfermedad, según la información de pacientes atendidos en una IPS de referencia de la ciudad de Medellín, en el año 2012?

Metodología

Se realizó un estudio de corte transversal para conocer la calidad de vida relacionada con la salud de los pacientes

con AR con base en los dominios del cuestionario sf-36 y aspectos demográficos y clínicos. El sf-36 [5] es un instrumento genérico que permite obtener una perspectiva general del estado de salud del paciente por medio de la valoración, en puntajes, de diferentes aspectos de su salud, resumidos en 36 preguntas. Estas se agrupan en 8 dimensiones que se valoran de forma independiente y una adicional, como es la del cambio de la salud en el tiempo [6]. Las dimensiones son: la función física, el rol físico, el dolor corporal, la salud general, la vitalidad, la función social, el rol emocional y la salud mental. Las puntuaciones de cada una de las 8 dimensiones varían entre 1 y 5 y 0 y 100, dependiendo de la dimensión. Este instrumento fue validado en Colombia por Lugo y García, 2006 [7].

De 849 pacientes diagnosticados con AR atendidos en una institución piloto de la ciudad de Medellín, se tomó una muestra representativa de 366 pacientes mediante un muestreo aleatorio sistemático utilizando una confianza del 95%, un error relativo del 1,9%, una proporción del 50% y factor de corrección para población finita. Se dispuso de información primaria y secundaria: la primera se obtuvo de la aplicación del sf-36; la segunda, de la historia clínica del paciente. El Comité de ética de la IPS donde se realizó el estudio lo catalogó como de “riesgo mínimo”. En el análisis estadístico, primero, se caracterizan los pacientes, luego se describe y valora la significación del cambio en la salud actual con respecto a la de hace un año según variables demográficas y comorbilidades mediante la prueba de Ji cuadrado de independencia; también, se construyó un modelo de regresión logística multivariado con el fin de determinar las variables que posiblemente tienen alguna incidencia en la valoración que hace el paciente del cambio en la salud actual. Segundo, para conocer la calidad de vida relacionada con la salud, se siguieron los lineamientos formalizados para la asignación de puntajes del sf-36. Por ejemplo, para el dominio de salud general, constituido por las preguntas 1, y de la 33 a la 36; si un paciente en la pregunta 1 elige la opción 1 se le asigna un puntaje de 5; si elige la opción 2 se le califica con una puntuación de 4,4; si es 3 puntúa con 3,4, si selecciona 4, se le coloca como puntuación 2,0, y para quien seleccione la opción 5, se le asigna 1. Para el caso de las preguntas 33 y 35, se asigna como puntaje aquel correspondiente a la opción que eligió, por ejemplo, si es 4 se le asigna un puntaje de 4, si es 5 se le asigna 5, etc. Para las preguntas 34 y 36, se asignaron los puntajes en orden inverso a la opción que eligió, por ejemplo, si eligió la opción 1 se le asigna un puntaje de 5, en caso de elegir 2, se le asigna 4 y así sucesivamente. Una vez hechas las asignaciones de los puntajes anteriores, se calculó el puntaje de la salud general, $SG = (SF - 5)/20$, donde SF es la suma de los puntajes obtenidos con las preguntas de tal dominio. De manera análoga, si FF representa la función física, RF

el rol físico, RE el rol emocional, FS la función social, DC el dolor corporal, V la vitalidad y SM la salud mental, los puntajes para cada uno de estos se obtiene mediante el uso de las siguientes expresiones:

FF = (SF-10)/20, RF = (SF-4)/4, RE = (SF-3)/3, FS = (SF -2)/8, DC=(SF-2)/10, V=(SF-4)/20 y SM=(SF-5)/25.

Se describe cada dimensión del SF-36 en general y según variables de persona y clínicas utilizando las pruebas no paramétricas U de Mann Whitney y H de Kruskal Wallis dada la no normalidad de los puntajes de las dimensiones. Para el procesamiento de la información, algunos gráficos, cuadros de salida e informe final se utilizaron el SPSS v.20®, Microsoft Excel y Word, respectivamente.

Resultados

Características de los pacientes

La edad promedio de los pacientes fue de 56 (DE = 12,9) años. Participaron más las mujeres, 91% y pacientes del nivel socioeconómico bajo y medio, 96%, sin diferencias marcadas. Predominaron los blancos y, además, el 55% tenían algún tipo de relación marital al momento de la encuesta. El promedio de los años de escolaridad fue de 8 (DE = 4) donde la mayoría tenían estudios secundarios. El 52% no explicitó su ocupación aunque afirmó que no recibían remuneración, seguida de los jubilados, 24%; el 14 y el 10% eran empleados y obreros respectivamente; el ingreso más frecuente fue el equivalente a un salario mínimo legal vigente para el año 2012.

El promedio de los días de incapacidad fue de 2,6 (DE = 30,8) y de hospitalización 0,7 (DE = 2,8). El tiempo promedio que llevaban con AR fue de 13,1 (DE = 10,1) años. Más del 95% estaban siendo tratados con medicamentos convencionales, con predominio del Metotrexate; al 31,1% se les habían formulado medicamentos no cubiertos por el Plan Obligatorio de Salud (POS). El 57,7 y el 28,2% tenían, además de la AR, una y dos comorbilidades asociadas, respectivamente.

Cambio en la salud actual con respecto a la de hace un año y algunas variables demográficas

La media del cambio en la salud actual con respecto a la de hace un año fue de 2,4 (DE = 1,3) puntos. Cuando se preguntó a los pacientes acerca de cómo creían que era su salud actual comparada con la de hace un año, quienes dijeron no haber tenido incapacidad alguna, los moradores en viviendas de los niveles socioeconómicos medio y bajo, los mestizos, los que no habían tenido causa de hospitalización y no habían sido hospitalizados, los hombres y los viudos, dijeron que en la actualidad su salud es algo o mucho mejor, pero sin diferencias estadísticas ($p > 0,05$ en todos los casos). La ocupación se asoció significativamente con el cambio en la salud actual con respecto a la de hace un año ($p < 0,05$): por cada paciente empleado que afirmó que su salud actual es “igual o peor”, se presentaron 2,4 pacientes con igual respuesta pero de ocupación jubilados (tabla 1).

Tabla 1. Valoración del cambio en salud en el último año según variables demográficas*

Variables	¿Cómo diría que es su salud actual comparada con la de hace un año?							Chi-Cuadrado (p)	OR IC(95% OR)
	Algo o mucho mejor		Igual o peor		Total				
	n	%	n	%	n	%			
Incapacitado	Sí	9	50	9	50	18	5	0,253 (0,615)	1,3 (0,5 3,3)
	No	195	56	153	44	348	95		
Nivel Socioeconómico	Bajo	112	61	73	40	185	51	1,10 (0,2925)	0,6 (0,2 1,6)
	Medio	85	51	81	49	166	45	0,113 (0,7364)	0,8 (0,3 2,4)
	Alto	7	47	8	53	15	4		1
Grupo étnico	Mestizo	78	60	52	40	130	35	0,777 (0,3779)	
	Negro	6	33	12	67	18	5	3,1059 (0,0780)	

* El cambio en la salud del último año tenía cuatro categorías: mucho mejor, algo mejor, más o menos igual y algo o mucho peor. Cuando se cruzó esta con variables demográficas y comorbilidades algunas frecuencias esperadas fueron menores de 5, por lo que se optó por recategorizar tal variable en dos: algo o mucho mejor-igual o peor.

Continuación tabla 1

Variables	¿Cómo diría que es su salud actual comparada con la de hace un año?							Chi-Cuadrado (p)	OR IC(95% OR)
	Algo o mucho mejor		Igual o peor		Total				
	n	%	n	%	n	%			
<i>Grupo étnico</i>	Otro	16	55	13	45	29	8	0,0002 (0,9883)	1
	Blanco	104	55	85	45	189	52		
<i>Ocupación</i>	Obrero	27	75	9	25	36	10	2,0514 (0,1521)	0,5 (0,2 1,3)
	Sin remuneración	111	59	78	41	189	52	0,0465 (0,8293)	1,1 (0,6 2,0)
	Jubilado	34	39	54	61	88	24	6,2796 (0,0122)	2,4 (1,2 4,8)
	Empleado	32	60	21	40	53	14		1
<i>Hospitalizado</i>	Sí	144	51	18	49	162	44	0,321 (0,571)	1,2 (0,6 2,4)
	No	185	56	19	44	204	56		
<i>Sexo</i>	Mujer	184	55	150	45	334	91	0,650 (0,4201)	1,4 (0,6 2,9)
	Hombre	20	62	12	38	32	9		
<i>Estado civil</i>	Casado	93	54	78	46	171	47	0,0279 (0,8674)	1,0 (0,6 1,5)
	Viudo	33	70	14	30	47	13	3,9097 (0,0480)	0,5 (0,2 1,0)
	Unión libre	15	50,0	15	50,0	30	8	0,110 (0,7398)	1,1 (0,5 2,6)
	Soltero	63	53	55	47	118	32		1
<i>Fuma</i>	Sí	22	55	18	45	40	11	0,010 (0,921)	1,0 (0,5 2,0)
	No	182	56	144	44	326	89		
<i>Causa Hospitalización</i>	Urgencias	19	51	18	49	37	10	0,321 (0,571)	0,8 (0,4 1,6)
	Ninguno	185	56	144	44	329	90		

Cambio en la salud actual con respecto a la de hace un año y comorbilidades

Se encontró asociación estadística entre el cambio en salud en el último año con la enfermedad coronaria y la depresión ($p < 0,05$): por cada caso de valoración de un paciente no coronario de su salud actual como igual o peor, se presentan 2,9 casos de similar valoración entre los coronarios; de igual manera, tal valoración es 1,3 veces más entre los pacientes que tienen depresión con respecto a quienes no la tienen. Tanto los pacientes diabéticos, no diabéticos, hipertensos, no hipertensos, dislipidémicos y no dislipidémicos valoraron similarmente su estado de salud actual con respecto a la de hace un año (tabla 2).

Mediante el método de pasos sucesivos, se construyó un modelo exploratorio de regresión logística. La ocupación, la enfermedad coronaria y la depresión tienen alguna incidencia en el cambio en la salud actual con respecto a la de hace un año: el riesgo de tener la

salud actual como igual o peor que la del año anterior en quienes tienen enfermedad coronaria, depresión y son jubilados es de 3,1, 2,3 y 2,3 veces, respectivamente, en relación con aquellos que no tienen ambas enfermedades y son empleados (tabla 3).

Dimensiones del SF-36 con variables de persona y clínicas

La mediana del puntaje en la salud general fue de 52 (DE = 18,5), mientras que en la función física el puntaje mediano distó del anterior en casi 10 puntos. El rol físico fue la dimensión que presentó mayor dispersión en el puntaje. En el rol emocional se destacó que el 50% de los pacientes obtuvieron 100 puntos o menos mientras que el dominio del dolor corporal el puntaje de cada paciente se alejó de la mediana general para esta dimensión, que fue de 41, en 50 puntos; en cuanto a la vitalidad se encontró que la mediana del puntaje fue de 55 (DE = 40).

Se destaca que el rol emocional y la salud mental fueron los dominios con mejor puntuación mediana (tabla 4).

Salud general

En este dominio se hicieron preguntas acerca de la valoración que hace el paciente de su salud (excelente, muy buena, buena, regular o mala) y la percepción sobre la susceptibilidad para enfermar: si se sentía tan sano como cualquiera, si creía que su salud iba a empeorar o si era excelente. La mediana del puntaje de la salud general

en quienes no estuvieron hospitalizados, que no tuvieron causa alguna de hospitalización, sin dislipidemia y no depresivos fue mayor, con diferencias estadísticas ($p < 0,05$) (tablas 5 y 6).

Función física

Se examinaron 10 preguntas relacionadas con la limitación para realizar actividades intensas y leves, para levantar o llevar bolsas de compras, subir uno o varios pisos de escaleras, agacharse, arrodillarse o ponerse de

Tabla 2. Valoración del cambio en la salud en el último año según comorbilidades

Variables		¿Cómo diría que es su salud actual comparada con la de hace un año?						Chi Cuadrado (p)	OR IC(95% OR)
		Algo o mucho mejor		Igual o peor		Total			
		n	%	n	%	n	%		
Diabetes	Sí	18	56	14	44	32	9	0,004 (0,951)	1,0 (0,5-2,0)
	No	186	56	148	44	334	91		
Dislipidemia	Sí	19	43	25	57	44	12	3,196 (0,074)	1,8 (0,9-3,4)
	No	185	58	137	43	322	88		
Osteoporosis	Sí	78	61	50	39	128	35	2,157 (0,142)	0,7 (0,5-1,1)
	No	126	53	112	47	238	65		
Enfermedad Coronaria	Sí	5	31	11	69	16	4,4	4,067 (0,044)	2,9 (1,0-8,5)
	No	199	57	151	43	350	96		
Depresión	Sí	18	38	30	63	48	13	7,448 (0,006)	2,3 (1,3-4,4)
	No	186	59	132	42	318	87		
Hipertensión	Sí	68	55	55	45	123	34	0,0154 (0,9012)	1,0 (0,7-1,6)
	No	136	56	107	44	243	66		
Hipotiroidismo	Sí	44	53	39	47	83	23	0,3232 (0,5697)	1,2 (0,7-1,9)
	No	160	57	123	43	283	77		

Tabla 3. Variables que explican la valoración que hace el paciente de su salud actual con respecto a la de hace un año

Variables	Coficiente	Error Estándar	Wald	gl	p	OR	I.C. 95% OR
Ocupación (Empleado)			14,773	3	0,002		1
Obrero	-0,629	0,480	1,716	1	0,190	0,5	0,2-1,4
Sin remuneración	-0,008	0,322	0,001	1	0,980	0,9	0,5-1,9
Jubilado	0,829	0,360	5,295	1	0,021	2,3	1,1-4,6
Enfermedad coronaria	1,144	,572	4,003	1	0,045	3,1	1,0-9,6
Depresión	0,852	0,328	6,731	1	0,009	2,3	1,2-4,5
Constante	-2,330	0,750	9,653	1	0,002	0,1	

Tabla 4. Indicadores de resumen de las dimensiones de la calidad de vida del SF 36

	Mediana	Rango intercuartil RQ
Salud general *	52	18,5
Función física *	42,5	45
Rol físico*	25	100
Rol emocional	100	100
Dolor corporal *	41	50
Vitalidad *	55	40
Salud mental *	68	40
Función social *	75	50

*Escala de 0 a 100

cuclillas, caminar más de un kilómetro, medio kilómetro o cien metros, dificultad para bañarse o vestirse. Las medianas de los puntajes fueron mayores en los pacientes con ocupación de obreros, en los que no tuvieron causa de hospitalización y que por ende no fueron hospitalizados, en los no fumadores y que no presentaron dislipidemia, osteoporosis, depresión, hipertensión e hipotiroidismo ($p < 0,05$) (tablas 5 y 6).

Rol físico

Consta de 4 preguntas relacionadas con el menor tiempo dedicado al trabajo o a actividades que hubiera querido hacer y que no hizo debido a limitaciones físicas. La mediana del puntaje en quienes no tenían dislipidemia ni

depresión fue mayor, presentando diferencias estadísticas ($p < 0,05$) (tablas 5 y 6).

Rol emocional

Consta de 3 preguntas que identifican si el paciente en las 4 últimas semanas redujo sus actividades cotidianas por algún problema emocional o si realizó o no actividades que hubiera querido realizar. La mediana del puntaje fue mayor en los de raza blanca, en las mujeres, en quienes no presentaron dislipidemia ni depresión ($p < 0,05$) (tablas 5 y 6).

Dolor corporal

Consta de dos preguntas que lo cuantifican en las últimas 4 semanas anteriores a la encuesta y las dificultades que le había generado. La mediana del puntaje fue mayor en quienes no estuvieron incapacitados, no tenían dislipidemia ni depresión ($p < 0,05$) (tablas 5 y 6).

Vitalidad

Conformada por 4 preguntas que averiguaban si el paciente, en las últimas 4 semanas, se sentía lleno de vitalidad, de energía, o al contrario agotado y/o cansado. La mediana del puntaje fue mayor en pacientes blancos y sin depresión ($p < 0,05$) (tablas 5 y 6).

Salud mental

La constituyen 5 preguntas que valoraban, en las últimas 4 semanas, el tiempo que el paciente estuvo nervioso, decaído, tranquilo, desanimado, triste o feliz. La mediana del puntaje en los hombres, blancos, no fumadores,

Tabla 5. Mediana de los dominios del SF-36 según variables de persona y valoración de la significación†

Variable	Categorías	n	Salud General	Función Física	Rol Físico	Rol Emocional	Dolor Corporal	Vitalidad	Salud Mental	Función Social
			Mediana del puntaje							
Incapacitado	Si	18	52	45	12	100	21	60	72	93
	No	348	52	40	25	100	42	55	68	75
	<i>p</i>		0,950	0,880	0,330	0,420	0,020	0,320	0,470	0,570
Nivel Socioeconómico	Bajo	185	52	40	25	100	41	55	68	75
	Medio	16	51	40	50	100	41	55	68	75
	Alto	15	52	55	50	100	51	55	68	100
<i>p</i>		0,6800	0,1200	0,430	0,200	0,220	0,590	0,600	0,100	
Origen étnico	Mestizo	130	50	45	37	100	42	50	62	75
	Negro	18	43	30	0	66	26	50	54	50
	Otro	29	52	45	50	100	42	45	68	100

† Para comparar las medianas, si la variable cualitativa es dicotómica se utiliza la prueba U de Mann Whitney y si tiene más de dos categorías, la prueba H de Kruskal Wallis, dada la no normalidad de los puntajes (Aplica para las tablas No. 4 y la No. 5).

Continuación tabla 5

Variable	Categorías	n	Salud General	Función Física	Rol Físico	Rol Emocional	Dolor Corporal	Vitalidad	Salud Mental	Función Social
			Mediana del puntaje							
Origen étnico	Blanco	189	52	40	50	100	41	60	72	75
	<i>p</i>		0,070	0,620	0,960	0,040	0,540	0,050	0,010	0,060
Ocupación	Obrero	36	52	50	100	100	0	60	82	100
	Empleado	53	55	35	25	100	41	55	68	87,5
	Sin remuneración	189	50	35	25	100	42	55	64	75
	Jubilado	88	50	45	25	100	32	50	66	62,5
	<i>p</i>		0,723	0,045	0,061	0,306	0,552	0,261	0,129	0,036
Hospitalizado	Si	37	45	25	0	100	32	50	56	62
	No	329	52	45	25	100	42	55	68	75
	<i>p</i>		0,050	0,010	0,060	0,210	0,090	0,090	0,150	0,180
Sexo	Mujer	334	52	40	25	100	41	55	66	75
	Hombre	32	51	50	75	100	41	60	80	100
	<i>p</i>		0,730	0,180	0,230	0,030	0,660	0,090	0,030	0,040
Estado civil	Casado	171	52	45	75	100	42	55	68	75
	Viudo	47	52	40	25	100	42	55	68	75
	Unión libre	30	52	45	75	100	41	50	64	75
	Soltero	118	52	40	25	100	41	57	64	75
	<i>p</i>		0,970	0,350	0,410	0,470	0,590	0,690	0,880	0,890
Fuma	Si	40	50	30	0	33	26	50	56	68
	No	326	52	45	50	100	42	55	68	75
	<i>p</i>		0,440	0,040	0,150	0,080	0,120	0,270	0,040	0,110
Causa hospitalización	Urgencias	37	45	25	0	100	32	50	56	62
	Ninguno	329	52	45	25	100	42	55	68	75
	<i>p</i>		0,050	0,010	0,570	0,210	0,090	0,090	0,150	0,180

Tabla 6. Mediana de cada uno de los dominios del SF-36 en función de variables clínicas y valoración de la significación

Variable	Categorías	n	Salud general	Función física	Rol físico	Rol emocional	Dolor corporal	Vitalidad	Salud mental	Función social
			Mediana del puntaje							
Diabetes	Si	32	51	37,5	50	100	21,5	47,5	54	68,5
	No	334	52	45	0	100	42	55	68	75
	<i>p</i>		0,595	0,313	0,053	0,537	0,096	0,252	0,478	0,279
Dislipidemia	Si	44	48,5	35	0	16,7	30,5	40	48	50
	No	322	52	45	50	100	42	55	70	75
	<i>p</i>		0,039	0,035	0,010	0,001	0,031	0,000	0,000	0,000

Continuación tabla 6

Variable	Categorías	n	Salud general	Función física	Rol físico	Rol emocional	Dolor corporal	Vitalidad	Salud mental	Función social
			Mediana del puntaje							
Osteoporosis	Sí	128	52	32,5	12,5	100	41	50	64	68,8
	No	238	52	45	50	100	42	55	68	75
	<i>p</i>		0,732	0,000	0,122	0,922	0,337	0,017	0,463	0,112
Enfermedad coronaria	Sí	6	47,5	27,5	0	100	22	45	58	50
	No	360	52	45	25	100	42	55	68	75
	<i>p</i>		0,980	0,368	0,447	0,776	0,139	0,627	0,399	0,075
Depresión	Sí	48	45	20	50	0	22	37,5	46	43,8
	No	318	52	45	100	100	42	55	72	75
	<i>p</i>		0,005	0,000	0,009	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Hipertensión	Sí	123	52	35	25	100	41	55	68	75
	No	243	52	45	50	100	42	55	68	75
	<i>p</i>		0,802	0,008	0,456	0,885	0,552	0,076	0,611	0,052
Hipotiroidismo	Sí	83	47	35	25	100	41	55	64	75
	No	283	52	45	50	100	42	55	68	75
	<i>p</i>		0,134	0,041	0,115	0,391	0,684	0,906	0,318	0,956

no dislipidémicos ni depresivos fue mayor, con diferencias significativas ($p < 0,05$) (tablas 5 y 6).

Función social

Se preguntó a los pacientes que calificaran la frecuencia y el tiempo con que los problemas de salud interferían con sus actividades. La mediana del puntaje fue mayor en los hombres, obreros y en quienes no tenían depresión ni dislipidemia ($p < 0,05$). (tablas 5 y 6).

Discusión

La AR es una enfermedad de la cual se conocen algunos factores de riesgo; se caracteriza por la presencia en el paciente de dolor en las articulaciones, rigidez matutina, sinovitis crónica y otras comorbilidades asociadas. Los pacientes con AR suelen tener una calidad de vida muy deteriorada inclusive en grado mayor con respecto a otras enfermedades de origen crónico como el lupus eritematoso, el infarto agudo al miocardio, etc. [8]. La AR puede comenzar a cualquier edad y se asocia a la fatiga y rigidez prolongadas después del descanso; sin embargo, es modal en pacientes de mínimo 40 años tal como ocurrió en este estudio. Las mujeres predominaron, en un 91%, similar al estudio de Tobón y cols, 2004, en el cual se reportó un 89% [9].

Uno de los serios problemas que genera la AR es la pérdida de la capacidad laboral que incluso puede oca-

sionar el abandono del trabajo [8]; en este sentido, cuando se consideró la ocupación de los pacientes, el 24%, refirieron ser jubilados, con el consecuente peso que la discapacidad a una edad adulta les genera.

Actualmente se desconocen los costos tangibles e intangibles que genera la AR. Los intangibles son consecuencia del deterioro de la calidad de vida y de su repercusión en el entorno familiar y social, con el agravante que las comorbilidades usuales en estos pacientes hacen la situación más dramática, la cual se aúna a que son de condiciones sociales precarias [8]. El 51% de los pacientes pertenecían al nivel socioeconómico bajo, que discrepa del 87% del estudio de Tobón y cols 2004 [9], reflejo de los altos costos que acarrea en el sector salud por ser pacientes que provienen de sectores sociales con importantes necesidades.

Fue mayor el promedio de los días de incapacidad que los de hospitalización lo que podría explicarse por qué al ser una enfermedad que genera limitaciones en el movimiento por periodos de tiempo largos, hay una imposibilidad de seguir con la realización de las actividades cotidianas y es ahí donde ocurre la incapacitación. La hospitalización exige un mayor nivel de severidad acompañada de comorbilidades.

En general la AR, a futuro, puede afectar otros órganos. Si un paciente sobrepasa los 8 años de evolución de la enfermedad, presentaría algún grado de limitación física por el nivel avanzado de la misma [10]. Se encontró una media de evolución de la AR de 13 (DE = 10,1) años

lo que indica un periodo importante de tiempo de limitaciones físicas; este hallazgo discrepa con el de 7,65 años encontrado por Capriotti, 2008, una diferencia de 6,35 años que no tiene una explicación clara [10].

Los medicamentos, aunque buscan la mejoría del paciente, en algunos casos tienen efectos adversos y sobredimensionan los costos. Gómez, 2008, encontró que el gasto farmacéutico representa cerca del 25% de los costos tangibles e intangibles relacionados con el diagnóstico de la AR [8]. Según la gravedad de los pacientes, se asignan medicamentos y terapias convencionales, los AINES y los DMARDS; y, en la última década, con los avances en la fisiopatología de la enfermedad, se han logrado desarrollar otras terapias biológicas. El inicio temprano de los dmards ofrece beneficios con respecto al daño articular y suele pensarse que la combinación de estos medicamentos convencionales beneficia al paciente [11]. En este estudio, al 96,7% se les aplicó la terapia convencional, el Metotrexate y la Leflunomida, los cuales generan efectos secundarios tales como el enrojecimiento de la piel, la diarrea, la anorexia, la fiebre, la fatiga, la alopecia, las náuseas, la bronquitis y la gastroenteritis, entre muchas otras [11]. Estas complicaciones afectan la calidad de vida y el estado de salud de estas personas, lo cual conduce a que se aumente el número de medicamentos prescritos, ya no solo para tratar la artritis si no también los efectos adversos.

De los pacientes con ar, el 34% tenía hipertensión y el 35% osteoporosis, lo que podría darse porque la AR involucra inflamación y dolor de las articulaciones promoviendo el debilitamiento de los huesos o porque los medicamentos convencionales empleados para tratar enfermedades crónicas inmunológicas produzcan descalcificación de los huesos. Estos concuerdan con los obtenidos por Díaz, 2006, donde el 14,63% de los pacientes menores de 60 años tenían hipertensión y más del 50% osteoporosis [12].

Generalmente, las personas con artritis se deprimen por su sensación de dolor y falta de movilidad, que requiere el empleo de psicofármacos. El estado de ánimo baja, hay pérdida de peso, estrés, inseguridad, pocas horas de sueño, cansancio y sentimientos de inutilidad, lo que ocasiona un deterioro de la condición clínica del paciente [13]. En este estudio el 13% dijeron estar deprimidos, indicador inferior al encontrado por Cadena y cols., 2002, del 51,4%, aunque es preciso resaltar que el concepto de depresión es muy subjetivo y suele variar constantemente según las vivencias diarias del individuo [14]. Esta situación reivindica el acompañamiento y apoyo familiar que hagan que el paciente tenga una vida más llevadera.

Al ser la AR una enfermedad crónica de larga duración que afecta la movilidad y la funcionalidad de las articulaciones, los pacientes que tienen alguna actividad laboral vivencia diariamente el dolor que les evita realizar algunas actividades con la consecuente disminución en rendimiento en el trabajo; en este estudio, en la mayoría de los

dominios, quienes obtuvieron menores puntajes fueron los pacientes que referían alguna actividad pero que no era remunerada, hallazgo semejante al estudio de Capote y cols., 2012, aspecto preocupante por ser los pacientes con mayor número de años con AR, con mayor edad y grado de discapacidad [15]. De otro lado, con respecto a los empleados, los jubilados valoraron su salud actual como igual o peor que la de hace un año, hecho llamativo por cuanto el asueto definitivo puede, de alguna manera, aumentar la minusvalía que la AR con la quietud produce [16].

Según la literatura, las enfermedades cardiovasculares son la causa principal de muerte en pacientes con artritis; se sabe que la hipertensión y el hábito tabáquico predisponen a la enfermedad coronaria y si además el paciente tiene AR y consume medicamentos convencionales, tal combinación se convierte en una bomba de tiempo [17]. Díaz, 2006, no reportó menores de 60 años con alguna enfermedad coronaria o insuficiencia cardíaca y solo el 3% de los mayores de 60 años la presentaron [12]. En este estudio, el 4,4% presentó enfermedad coronaria, hallazgo que avizora una mayor discapacidad en estos precisamente por el efecto deletéreo de los problemas coronarios [8].

En la valoración del cambio en la salud actual comparada con la de hace un año, los puntajes medianos mayores de 50 se presentaron en las dimensiones del rol emocional, función social y salud mental en contraste con el rol físico y el dolor corporal. Se destaca que hubo mayor variabilidad en los puntajes para el rol físico y emocional, el dolor corporal y la función social, lo cual sugiere altibajos en el funcionamiento de estas áreas e invita a centrarse en aspectos afines a dichas dimensiones para viabilizar intervenciones. Estos resultados difieren en la dimensión de salud general con los de Vinnaccia y cols., 2006, con un puntaje menor a 50 [18], y los hallazgos de Escorcia y cols., 2006, donde solo en la dimensión del dolor corporal se presentó un puntaje promedio por debajo de 50 puntos, hecho que podría explicarse dado que la muestra de este último estudio tenía pocos años de evolución de la AR, en promedio 4,68 años, en contraste con este estudio donde dicho promedio de evolución fue de 13 años [19].

Los pacientes con AR presentaron más de una comorbilidad asociada, lo cual puede tener su efecto en la disminución de la calidad de vida del paciente. Urge la necesidad de promover programas que apunten al ejercicio físico medicado, que sea un paliativo del dolor corporal, dada su incidencia negativa en la calidad de vida del paciente.

Se propone la creación de un área de atención psicológica que apunte a la disminución de los problemas depresivos, con intervenciones individuales y familiares. En este sentido, también se debe difundir la importancia de las intervenciones formativas para los pacientes, puesto que debe ser considerada como elemento fundamental en el manejo terapéutico integral de la enfermedad y po-

siblemente les permita tomar parte activa en este proceso de seguimiento de su enfermedad, porque, según la literatura, la intervención educativa en los pacientes con AR permite evidenciar una mejoría en el conocimiento de la enfermedad por parte del paciente. Esta intervención educativa debe, también, promover estilos de vida saludables que se centren en evitar problemáticas y comorbilidades asociadas a la artritis tal como el hábito tabáquico, dietas insanas, la hipertensión, la osteoporosis y demás.

Se sugiere avanzar en el estado del arte de la investigación en pacientes con AR, con estudios de profundidad sobre el apoyo afectivo que reciben estos pacientes, dado que en este se consideró muy superficialmente. De igual manera, son prioritarios estudios que evalúen el impacto de la AR en la vida laboral de estos pacientes y la implementación de programas de vigilancia epidemiológica en el campo de la salud ocupacional, que sirvan para atenuar el efecto negativo que tiene la enfermedad en los trabajadores.

Agradecimientos

A la administración de la IPS Art Médica por su aval y apoyo en la realización de la investigación.

A todos los pacientes por su diligencia.

Referencias

- Rodríguez J, López S, Pastor M.A. Departamento de psicología de la salud. Afrontamiento, apoyo social, calidad de vida y enfermedad. *Psicothema* 1993; 5: 349-372.
- Hernández A. Rehabilitación del paciente reumático. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2003. p. 1-7.
- Calisté O. Club para reumáticos. Santiago de Cuba: Centro provincial de información de ciencias médicas; 2006. p. 2-70.
- Rosales I. Las enfermedades reumáticas. [Internet]. México: Clínica reumatológica Vida; 2012. [acceso 15 de mayo de 2012]. Disponible en: http://www.vidarheumoclinic.mex.tl/21161_Las-Enfermedades-reumaticas.html.
- Alonso J, Prieto L, Antó JM. La versión española del SF-36 HealthSurvey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica* 1995; 104(20): 771-776.
- Ware JE Jr. The SF-36 HealthSurvey (SF-36). En: Spilker B, editor. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinicaltrials*. 2.a ed. Filadelfia: Lippincott-RavenPublishers; 1996. p. 337-345.
- Lugo L, García H, Gómez C. Confiabilidad del cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 en Medellín, Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*; 2006; 24(2): 37-50.
- Gómez N. Repercusión socioeconómica de la artritis reumatoide. *Medicina Interna* 2003; 20: 111-113.
- Tobón A, Vinaccia S, Cadena J, Anaya J. Calidad de vida en personas con artritis reumatoide a partir del cuestionario de calidad de vida en la artritis QOL-RA. *Psicología y salud* 2004; 14 (01): 25-30.
- Capriotti A. Calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide [Tesis]. Buenos Aires: Universidad abierta interamericana; 2008.
- The Cleveland clinic center for consumer health information. Artritis reumatoide: como tratarla. [Internet] [Acceso 15/06/2012]. Disponible en: <http://www.clevelandclinic.org/health/SHIC/html/s4750.asp>.
- Díaz B, Vargas A, Vargas S, Berrocal A. Características del cuadro clínico de la artritis reumatoide de acuerdo a la edad de inicio de la enfermedad: reporte preliminar. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2006.
- Vinaccia S, Contreras F, Restrepo Londoño L, Cadena J, Anaya J, Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *IJCHP* 2005; 5: 129-142.
- Cadena J, Ocampo M, Vélez M, Anaya J. Depresión y familia en pacientes con artritis reumatoide. *Revista colombiana de reumatología* 2002; 9 (3): 184-191.
- Capote A, Alberteries L, Toro M, García C, González A. Factores que influyen en el bienestar psicológico de pacientes con artritis reumatoide. *Revista Cubana de medicina* 2012; 51(1): 48-60.
- Publicaciones Universidad de los pacientes. Artritis reumatoide. Una visión del presente y una mirada al futuro. Fundación Josep Laporte. Universidad autónoma de Barcelona. 2011: 11-163.
- Vinaccia S, Tobon S, Moreno E, Cadena J, Anaya J. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide *International journal for psychology and psychological therapy [revista en internet]* 2005 abril. [acceso 10 de octubre de 2012]; 5(1): 45-59. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=56050104>.
- Vinaccia S, Fernández F, Moreno E, Padilla G. Aplicación de la versión española del cuestionario Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis (QOL-RA) en Colombia. *Revista colombiana de reumatología* 2006; 13 (4).
- Escorcía M, Osorio H, Pérez C, Thulcán M, Uribe C, Pérez M. Efectividad de una Intervención Educativa en Pacientes con Artritis Reumatoide. *Revista colombiana de reumatología* 2006; 13(1): 11-19.