

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA
CENTRO DE INVESTIGACIÓN Y ESTUDIOS AVANZADOS
DEPARTAMENTO DE ESTUDIOS AVANZADOS
COORDINACIÓN DE LA ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR
DEPARTAMENTO DE EVALUACIÓN PROFESIONAL**



**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN
TRATAMIENTO CON ESTEROIDES DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
NO 93 DEL IMSS”**

**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NO. 75**

TESIS.

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA EN LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR.**

PRESENTA.

M.C. JUAN MANUEL CHÁVEZ FLORES.

DIRECTOR DE TESIS.

E.M.F. WENDY SAUCEDO RAMIREZ.

REVISORES.

M. EN I.C. CATALINA MIRANDA SAUCEDO.

M.EN I.C. HECTOR L. OCAÑASERVIN.

E. EN M.F. OLIVIA LANDA MARTINEZ.

E. EN M.F. RUBEN RIOS MORALES.

**“CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE EN
TRATAMIENTO CON ESTEROIDES DE LA UNIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR NO 93 DEL IMSS”**

“Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides de la unidad de medicina familiar No 93 del IMSS”

1.- RESUMEN

Antecedentes: La artritis reumatoide afecta la calidad de vida relacionada con la salud; y está determinada por múltiples factores clínicos y sociodemográficos. Clínicamente constituye una enfermedad autoinmune, inflamatoria y crónica que se produce, principalmente, en las articulaciones con grados de deformidad diferentes, conllevando al paciente a manifestar dolor, fatiga, discapacidad física, depresión e incremento de comorbilidades.

Objetivo: Conocer la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides de la unidad de medicina familiar n° 93 del IMSS.

Material y Métodos: Se realizó un estudio de tipo transversal, prospectivo y descriptivo, para conocer la calidad de vida se aplicó el test SF-36 y se preguntó sobre el uso de esteroides en pacientes con artritis reumatoide y ciertas variables sociodemográficas. Análisis estadístico: Se utilizó medidas de tendencia central, frecuencias absolutas, porcentajes, cuadros y graficas por medio del programa SPSS 22.

Resultados: El grupo de edad más prevalente fue el de 46 a 55 años con el 35.3% (41). El género femenino predominó con el 69% (80). Predominó el estado civil de casado con el 70.7% (82). Prevalció la escolaridad de secundaria con el 29.3% (34). Predominó la ocupación de ama de casa con el 56% (65). Predominó el uso de esteroides en el 56.9% (66). Predominó el score compuesto mental del SF-36 de 50.01 a 70 en el 69.8% (81). Predominó el score compuesto físico del SF-36 de 50.01 a 60 en el 50.9%(59). Predominó el score promedio del SF-36 de 50.01 a 60 en el 42.2% (49).

Conclusión: identificamos que la calidad de vida es buena en la mayoría de los sujetos de investigación que padecen artritis reumatoide y que usan esteroides.

Quality of life in patients with rheumatoid arthritis on steroid treatment of the family
medicine unit No. 93 of the IMSS

1.- SUMMARY

Background: Rheumatoid arthritis affects health-related quality of life; and is determined by multiple clinical and sociodemographic factors. Clinically it constitutes an autoimmune, inflammatory and chronic disease that occurs mainly in the joints with different degrees of deformity, leading the patient to manifest pain, fatigue, physical disability, depression and increased comorbidities.

Objective: To know the quality of life in patients with rheumatoid arthritis in steroid treatment of the family medicine unit No. 93 of the IMSS. Material and Methods: A cross-sectional, prospective and descriptive study was carried out, to determine the quality of life, the SF-36 test was applied and the use of steroids in patients with rheumatoid arthritis and certain sociodemographic variables was asked. Statistical analysis: Central tendency measures, absolute frequencies, percentages, tables and graphs were used through the SPSS 22 program.

Results: The most prevalent age group was 46 to 55 years with 35.3% (41). The female gender predominated with 69% (80). Married marital status prevailed with 70.7% (82). Secondary schooling prevailed with 29.3% (34). The housewife occupation predominated with 56% (65). The use of steroids prevailed in 56.9% (66). The mental composite score of SF-36 from 50.01 to 70 predominated in 69.8% (81). The physical composite score of SF-36 from 50.01 to 60 predominated in 50.9% (59). The average SF-36 score from 50.01 to 60 predominated in 42.2% (49).

Conclusion: We identify that the quality of life is good in most research subjects who have rheumatoid arthritis and who use steroids.

ÍNDICE	PAG.
I.- MARCO TEÓRICO	1
2.1.- ANTECEDENTES GENERALES	1
2.2.- ANTECEDENTES ESPECÍFICOS	2
II.- JUSTIFICACIÓN	14
III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	15
IV.- OBJETIVOS	16
5.1.- OBJETIVO GENERAL	16
5.2.- OBJETIVOS ESPECIFICOS	16
V.- HIPÓTESIS DE TRABAJO	16
VI.- MATERIAL Y MÉTODOS	17
6.1.- LUGAR DONDE SE DESARROLLARÁ EL ESTUDIO	17
6.2. TIEMPO DE REALIZACIÓN DEL ESTUDIO	17
6.3.- DISEÑO	17
6.4.- ÁREA DE ESTUDIO	17
6.5.- FUENTES DE DATOS	17
6.6.- RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	18
6.7.- MEDICIÓN DEL FENÓMENO EN EL TIEMPO	18
6.8.- CONTROL DE LAS VARIABLES	18
6.9.- FIN O PROPÓSITO	18
6.10.- TIPO DE ESTUDIO	18
6.11.- UNIVERSO DE TRABAJO	18
6.12. TAMAÑO DE LA MUESTRA	19
6.13.- TÉCNICA DE MUESTREO	19
6.14.- CRITERIOS DE SELECCIÓN	19
6.14.1.- CRITERIO DE INCLUSIÓN	19
6.14.2.- CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	20
6.14.3.- CRITERIOS DE ELIMINACIÓN	20
6.15.- DEFINICIÓN DE VARIABLES	21
6.16.-TÉCNICA O PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN	23
6.16.1.- INSTRUMENTOS	23
6.17.- MÉTODO PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS	24
6.18.- DESARROLO GENERAL DEL ESTUDIO	24
6.19.- PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS	26
VII.- IMPLICACIONES ÉTICAS	26
VIII.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD	32
IX.- RESULTADOS	33
X.- DISCUSIÓN	43
XI.- CONCLUSIONES	46
XII.- RECOMENDACIONES	47
XIII.- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
XIV.- ANEXOS	52

II.- MARCO TEÓRICO

La artritis reumatoide constituye un problema de salud pública a nivel mundial debido a su alta prevalencia, a sus graves consecuencias funcionales y al alto impacto económico y social. En México, se estima que la artritis reumatoide tiene una prevalencia del 1.6% y afecta principalmente al grupo etario con mayor capacidad laboral y productiva, lo que se ve reflejado en altos índices de discapacidad laboral y pensión por invalidez que generan un alto impacto en la economía, sin mencionar la disminución en la calidad de vida de los pacientes.

Un tratamiento adecuado y oportuno aumenta la probabilidad de limitar la progresión del daño articular y, consecuentemente, mejorar la funcionalidad y la calidad de vida del paciente y disminuir el impacto socioeconómico que genera. Por eso, en México existe la necesidad de adaptar y difundir las recomendaciones sobre el tratamiento de la artritis reumatoide con base en las situaciones de la compleja realidad del sistema de salud mexicano. ⁽¹⁾

La artritis reumatoide 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.

Pocos pacientes con afecciones médicas padecen de dolor y discapacidad tan marcadas e importantes como los portadores de artritis reumatoide, 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. ⁽²⁾

Clínicamente constituye una enfermedad autoinmune, inflamatoria y crónica que se produce, principalmente, en las articulaciones con grados de deformidad

diferentes, conllevando al paciente a manifestar dolor, fatiga, discapacidad física, depresión e incremento de comorbilidades. Los efectos clínicos descritos se asocian con desenlaces negativos para el paciente y la sociedad, como son la pérdida de productividad, el aumento en los costos de los servicios de salud, los años de vida perdidos, la disminución de la funcionalidad física y el deterioro de la calidad de vida. ⁽³⁾

La carga de la enfermedad de la artritis reumatoide se extiende más allá de la articulación para incluir otros tejidos y órganos, involucrando múltiples comorbilidades y manifestaciones psicosociales. Con la introducción de fármacos modificadores de la enfermedad y productos biológicos, se ha logrado un progreso considerable en el tratamiento de la carga asociada con el daño en las articulaciones, y ahora es necesario cambiar el enfoque hacia la reducción de otros aspectos de la carga de la enfermedad. ⁽⁴⁾

La inclusión de la calidad de vida como medida de efecto o desenlace en salud se ha venido posicionando como un parámetro complementario a las mediciones clínicas (bioquímicas, fisiológicas y anatómicas) y epidemiológicas (mortalidad, morbilidad y discapacidad) tradicionales, y a los estudios de investigación observacional, experimental o económica, con el propósito de mejorar la evaluación de la calidad de los servicios de salud y orientar la toma de decisiones en salud. Lo anterior ha sido favorecido por el desarrollo de instrumentos con excelentes propiedades psicométricas, cuyo fin es la obtención de puntajes de calidad de vida válidos, reproducibles y útiles, que reflejen el impacto de una enfermedad en las dimensiones de la calidad de vida. En este orden de ideas, los instrumentos de medición de la calidad de vida pueden ser genéricos o específicos; los primeros se pueden aplicar tanto a la población general como a grupos específicos de pacientes, dado que suelen incluir un amplio espectro de dimensiones de la calidad de vida y permiten hacer comparaciones entre la población enferma y la sana; los segundos incluyen dimensiones de calidad de vida específicos para una enfermedad o grupo de pacientes. ⁽⁵⁾

Es bien conocido que la calidad de vida se encuentra disminuida en las enfermedades reumáticas, y este aspecto ha cobrado tal importancia que es uno

de los principales desenlaces primarios para determinar la efectividad de los tratamientos en cada una de las patologías. Las enfermedades reumáticas no han sido totalmente reconocidas como enfermedades de alto impacto en la calidad de vida. ⁽⁶⁾

Es importante el desarrollo de estudios en artritis reumatoide que dirijan el diseño de políticas en salud justas y equitativas, que permitan la priorización de tecnologías, distribución óptima de recursos, mayor cobertura, que a largo plazo pueden disminuir la carga de la enfermedad. ⁽⁷⁾

La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune crónica y sistémica de tipo inflamatorio, de causa desconocida, que afecta primariamente las articulaciones y las estructuras periarticulares pero que puede afectar ojos, corazón, vasos, pulmones y el sistema nervioso. Sus manifestaciones son variadas y producen grados diversos de molestias y limitaciones. La artritis en general es simétrica y a veces remitente. Sin embargo, si no se logra controlar produce destrucción progresiva de las articulaciones afectadas, con deformaciones asociadas. En quienes no logran un buen resultado terapéutico, provoca incapacidad músculo esquelética progresiva importante. Afecta cerca del 1 % de la población mundial, predomina más en mujeres que en hombres (3:1), se presenta con mayor frecuencia entre los 30 y 60 años de edad, y lleva a una gran discapacidad del paciente, de modo que tras uno y tres años de enfermedad, el 33 y el 40 % de los pacientes, respectivamente, presentan reducción de la capacidad laboral que generan costos relevantes al sistema de salud, los cuales pueden reducirse cerca de un 20 % con el control temprano e inicio de rehabilitación de la enfermedad. ⁽⁸⁾

Manifestaciones clínicas

En la mayoría de los casos (70%) se trata de una oligo o poliartritis distal de aparición progresiva que afecta a las muñecas, una o más articulaciones metacarpofalángicas (sobre todo 2a o 3a) o interfalángicas proximales y, en ocasiones, los antepiés. Las articulaciones afectadas son dolorosas y están parcialmente rígidas. El ritmo de los dolores es característico de un reumatismo inflamatorio: nocturnos, despiertan al paciente durante la noche, son máximos al

levantarse a la mañana y producen una rigidez articular que cede con el transcurso de la mañana. La lesión articular es fija y relativamente simétrica. Al principio, las manifestaciones clínicas objetivas son leves, más evidentes por la mañana que al final de la tarde. Las articulaciones pueden estar ligeramente tumefactas y los dedos adoptan un aspecto de “huso” muy orientador. No suele haber lesiones de las interfalángicas distales. Son frecuentes las manifestaciones sistémicas: ligera alteración del estado general, febrícula de 38°C y, sobre todo, astenia. En algunos casos, la lesión articular puede comenzar en las rodillas, los codos o los hombros. En alrededor del 20% de los casos, la artritis reumatoide comienza como una poliartritis aguda febril con gran alteración del estado general, que con frecuencia orienta hacia un estado infeccioso. ⁽⁹⁾

Análisis de laboratorio.

Las enfermedades autoinmunes como la artritis reumatoide se suelen caracterizar por la presencia de auto-Ac. El FR es un anticuerpo IgM dirigido contra la IgG. El FR no es específico para la artritis reumatoide y puede estar presente en pacientes con otras enfermedades, tales como infecciones (hepatitis C), procesos inflamatorios y en personas mayores saludables. Se detecta en el 75-85% de pacientes durante el curso de la enfermedad. Su sensibilidad oscila entre el 40-80%. El Anticuerpo contra las proteínas citrulinadas (ACPA) es más específico para la artritis reumatoide (63-100%) y podría jugar un papel importante en la patología de la enfermedad. Aproximadamente del 50 al 80 por ciento de las personas con artritis reumatoide tienen FR, ACPA o ambos. La positividad del ACPA en artritis reumatoide temprana incrementa el riesgo de progresión del daño articular y pueden predecir mejor que el FR una enfermedad erosiva. Recientemente, aparte de los factores de riesgo genéticos, como los alelos del epítipo compartido HLA-DRB1, PTPN22 y fumar en el desarrollo de la artritis reumatoide, se ha observado la presencia de ACPA alfa-enolasa y vimentina. Los pacientes con artritis reumatoide podrían tener un anticuerpo antinuclear, sobre todo en las formas de artritis reumatoide juvenil. Los reactantes de fase aguda: el volumen de sedimentación globular (VSG) y la proteína C Reactiva (PCR) reflejan

la actividad inflamatoria, tanto la presencia como la intensidad de ésta, pero no tienen valor diagnóstico. Se ha observado una relación entre los niveles elevados de reactantes de fase aguda especialmente la PCR, de forma mantenida y peor pronóstico de la enfermedad. Recientemente se han descubierto Ac contra las proteínas carbamyladas en pacientes con artritis reumatoide. Estos Ac también están presentes en alrededor del 20% de aquellos pacientes con artritis reumatoide y negatividad frente a ACPA. ⁽¹⁰⁾

Técnicas de imagen

La radiología convencional es la técnica de imagen estándar en la artritis reumatoide. Los primeros signos radiológicos son la osteoporosis paraarticular y el aumento de partes blandas. La disminución del espacio articular, que corresponde a la pérdida del cartílago articular, sigue a los cambios anteriores. Las erosiones aparecen inicialmente en zonas adyacentes al cartílago articular. El tiempo mínimo para la detección de cambios estructurales está alrededor de los 6-12 meses. En la mano, los primeros cambios radiológicos ocurren en las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximales. En el pie, se detectan inicialmente en las articulaciones metatarsfalángicas e interfalángicas proximales. En la práctica clínica, esta técnica se utiliza para evaluar la progresión de la enfermedad.

La ecografía y la RM son técnicas muy sensibles que detectan cambios precoces. La ecografía es muy útil en la artritis reumatoide precoz, pero también en la artritis reumatoide establecida cuando la extensión de las secuelas y de la proliferación sinovial ocasionan dudas razonables sobre el grado de inflamación subyacente y, en general, en cualquier situación en que la ecografía facilite la toma de una decisión terapéutica. La RM ha mostrado ser más sensible que el examen físico y la radiografía convencional para la detección de cambios articulares inflamatorios y destructivos en la artritis reumatoide temprana. Su elevado coste y limitada accesibilidad la convierten en una técnica reservada para situaciones especiales. Sin embargo, existen datos sólidos de su valor predictivo, en especial del edema óseo paraarticular, en la aparición posterior de erosiones radiográficas. Tanto la

ecografía como la RM se encuentran en fase de validación en diferentes estudios y no se recomienda su uso en la práctica clínica rutinaria. ⁽¹¹⁾

Tratamiento

En los últimos 20 años, el manejo de los pacientes con artritis reumatoide ha cambiado drásticamente y las terapias para la artritis reumatoide se centran en la remisión de la enfermedad o, al menos en una reducción de la actividad de la misma con el fin de reducir o prevenir el daño articular y la discapacidad. Todo ello ha sido propiciado por varios motivos: la terapia temprana, la optimización de dosis, el uso de terapias combinadas y la aparición de nuevas formas de tratamiento. Según el estudio de Welsing et al., la enfermedad tiene un mejor pronóstico en las últimas décadas, pudiendo ser más un reflejo de diagnóstico precoz y de un tratamiento más correcto que de un cambio en las características del proceso. ⁽¹²⁾

Glucocorticoides

La corticoterapia ocupa un lugar esencial en la artritis reumatoide. Sus indicaciones han avanzado mucho en los últimos años. La acción rápida y potente de los corticoides permite controlar a menudo algunas situaciones difíciles. Solía considerarse que la corticoterapia tenía un efecto favorable sobre los síntomas, pero ningún efecto sobre la destrucción articular. En trabajos recientes se ha demostrado que una corticoterapia prolongada a dosis bajas podía frenar la destrucción osteocartilaginosa. Este efecto parece haberse demostrado sobre todo al comienzo de la enfermedad, pero sigue siendo controvertido.

Hoy en día, los corticoides sirven como tratamiento adyuvante o “terapia puente” hasta que el tratamiento de fondo se torna eficaz. La corticoterapia oral se basa en los derivados de la prednisona y de la prednisolona. En general, se recomienda una dosis inicial de 10-15 mg de equivalente de prednisona por día, que se reduce de forma progresiva hasta su retirada a lo largo de 3-6 meses. Si la retirada no es posible, se reduce la dosis hasta obtener la “dosis mínima eficaz”, aceptable si se sitúa por debajo de 0.1 mg/kg por día. Esta corticoterapia, incluso a una dosis

baja, necesitaría un régimen hiposódico y, si es prolongada y superior a 7.5 mg/día de prednisona, quizá una prevención de la osteoporosis corticoinducida con un bifosfonato y suplementación vitaminocálcica, previa densitometría ósea.
(13)

Metotrexato. El metotrexato se lleva utilizando más de 20 años en el tratamiento de la artritis reumatoide. Las características que convierten al metotrexato en la terapia con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad de primera elección están relacionadas con su bajo precio, su perfil de seguridad favorable, su influencia en el enlentecimiento de la progresión radiológica, una experiencia clínica con altas tasas de respuesta y de continuidad terapéutica, y su disponibilidad y versatilidad de dosis y vías de administración. Por lo tanto, tras el diagnóstico de la enfermedad su indicación en primera línea de tratamiento y de forma temprana está claramente definida, como bien recomiendan diversas sociedades, siendo además idóneo como fármaco de anclaje para las terapias combinadas.⁽¹⁴⁾

El metotrexato se considera el “fármaco de referencia” para su tratamiento. En los principales estudios realizados con metotrexato en monoterapia en pacientes que no lo habían recibido previamente, entre el 25-50% alcanzaron ACR70, lo que en muchos casos se corresponde con remisión o baja actividad. No menos relevante es su impacto en el daño estructural. En los primeros estudios en los que el metotrexato en monoterapia se comparaba con un agente biológico (etanercept) en monoterapia o combinado con metotrexato, se demostró que, a lo largo de 2 años, el 60% de los pacientes que recibían metotrexato en monoterapia no progresaban radiológicamente y en el 85% el cambio en la puntuación del índice de Sharp era menor o igual al cambio mínimo detectable (5.72 unidades). El metotrexato debe utilizarse en forma de escalada rápida, de forma que en el periodo de 8 a 16 semanas se alcance la dosis óptima, que se considera como mínimo de 15 mg y como máximo generalmente 25 mg, siempre administrado semanalmente, preferiblemente en una toma oral o por vía parenteral.⁽¹⁵⁾

Leflunomida. Se considera el fármaco alternativo a metotrexato cuando este no se tolera o su uso está contraindicado por alguna razón, ya que en diversos estudios comparativos entre ambos fármacos consiguió demostrar su no inferioridad. Inhibe la enzima dihidroorotato deshidrogenasa (DHODH) y ejerce una actividad antiproliferativa. Tiene una vida media muy elevada y se administra en dosis de 20 mg/día por vía oral. Antes de iniciar el tratamiento debe realizarse un hemograma y bioquímica con creatinina y enzimas hepáticas, y descartar la infección por virus de la hepatitis B y virus de la hepatitis C. La monitorización de la función hepática en pacientes tratados con leflunomida es imprescindible, ya que se han comunicado casos de daño hepático grave en estos pacientes, sobre todo durante los primeros seis meses de tratamiento. Se deben determinar los niveles de GPT (transaminasa glutámico pirúvica) al menos mensualmente durante los seis primeros meses de tratamiento, y cada dos meses a partir de entonces. En caso de detectarse una elevación de los niveles de GPT de 2 a 3 veces el límite superior normal, debe reducirse la dosis diaria a 10 mg y se deben determinar los niveles de transaminasas semanalmente. Si a pesar de estas medidas, la elevación de GPT dos veces por encima del límite superior normal persiste o aumenta, se debe interrumpir el tratamiento con leflunomida. Si aparece algún efecto adverso hay que realizar un lavado del fármaco, que consiste en administrar 8 g de colestiramina 3 veces al día, o bien 50 g de carbón activo en polvo 4 veces al día. La duración de un lavado completo es normalmente de 11 días, aunque puede modificarse dependiendo de las variables clínicas o de laboratorio. Se debe monitorizar la aparición de anemia o leucopenia y las infecciones. ⁽¹⁶⁾

Nuevas terapias

El mayor conocimiento del papel del TNF en la patogenia de la artritis reumatoide supuso la llegada de los antagonistas del TNF, que cambió para siempre el tratamiento de esta enfermedad. No obstante, el desarrollo no se quedó limitado al bloqueo de este mediador. Con respecto a otras citocinas, el bloqueo de 1L-6 con tocilizumab abrió otra vía terapéutica, y en la actualidad existen varias moléculas

en desarrollo que también tratan de influir en la 1L-6. Con respecto al linfocito B, aunque rituximab es una molécula eficaz, otro fármaco anti-CD20, como el anticuerpo monoclonal humanizado ocrelizumab, fue abandonado por un perfil de seguridad desfavorable. También han sido desarrollados fármacos con el objetivo de influir en los factores activadores de linfocitos B, como el atacicept (proteína recombinante de fusión que inhibe los factores estimulantes de células B de APRIL y BlyS) y el tabalumab (anticuerpo monoclonal inhibidor del factor activador de linfocito B), sin éxito. ⁽¹⁷⁾

Terapia física

Desde el diagnóstico, se recomienda un programa de ejercicio físico aeróbico, inicialmente supervisado para individualizarlo y adaptarlo al grado de preparación física y a la afectación específica de la enfermedad. Los ejercicios aeróbicos pueden combinarse con ejercicios de fortalecimiento muscular, flexibilidad y mejora de la coordinación y destreza manual. Las modalidades pasivas (láser de baja potencia y TENS), de forma aislada, son eficaces para reducir el dolor a corto plazo. La combinación de parafina (termoterapia) y ejercicios activos también parece eficaz frente al dolor. En fases de inflamación activa se pueden emplear ortesis estáticas a tiempo parcial o, en el caso de graves problemas funcionales, durante todo el día. En fases avanzadas de la enfermedad, se debe valorar el uso de ayudas técnicas para las tareas más relevantes. ⁽¹⁸⁾

Complicaciones

La morbilidad entre los pacientes con artritis reumatoide es más alta comparada con población general, siendo los eventos cardiovasculares y otras complicaciones sistémicas como la osteoporosis un gran desafío dentro del manejo de estos pacientes. Varias de estas comorbilidades se observan con mayor frecuencia en pacientes con artritis reumatoide, debido al tratamiento farmacológico que reciben, especialmente glucocorticoides, y debido a factores de riesgo tradicionales como el tabaquismo. Adicionalmente, la actividad del proceso inflamatorio constituye un factor predisponente para el desarrollo de estas comorbilidades. ⁽¹⁹⁾

Massardo refiere una incidencia de enfermedades cardiovasculares en las personas con artritis reumatoide similar a la de aquellas que no tienen esta enfermedad reumática, pero plantea que las personas con artritis reumatoide presentan más evidencias de arterioesclerosis subclínica. Este autor expresa que no se sabe si el aumento en la mortalidad por enfermedades cardiovasculares se debe a los factores de riesgo del perfil de las personas con artritis reumatoide (como presencia de hipertensión, más probablemente en fumadores) o a los efectos de los medicamentos para tratar la enfermedad. Las infecciones también han sido mencionadas como una importante causa primaria de muerte en las personas con artritis reumatoide y pueden representar una cuarta parte de los fallecimientos de personas con artritis reumatoide. No se precisa si esta mayor sensibilidad ocasionada por la inmunosupresión se debe a la disfunción inmunitaria intrínseca en las personas con artritis reumatoide, a los efectos de los medicamentos usados para tratarla o a ambos factores. ⁽²⁰⁾

Calidad de vida

El Grupo de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud, define la calidad de vida como: “La percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores, que él vive en relación a sus objetivos, expectativas, patrones y preocupaciones”. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno. La calidad de vida se ha convertido en los últimos años en un objetivo importante a alcanzar en el área de la salud. Su evaluación se considera como una nueva estrategia introducida para el análisis de los resultados de los programas terapéuticos, reforzando el consenso que indicadores del área de la salud, tales como control de los síntomas, índices de mortalidad y expectativa de vida, no bastan, por sí solos, como estimaciones de la eficacia y efectividad de los programas e intervenciones introducidas para evaluar la salud. ⁽²¹⁾

La calidad de vida se reconoce ahora como una importante variable de resultado en pacientes con enfermedades crónicas. La calidad de vida va más allá del continuo deterioro o discapacidad al preguntar qué estado de salud de los pacientes les impide hacerlo y también sobre su respuesta emocional a estas restricciones. También refleja las influencias de los recursos sociales y económicos personales que tiene un individuo y la forma en que estos interactúan con el estado de salud. Por lo tanto, la calidad de vida podría definirse como la percepción de las personas sobre la vida, los valores, los objetivos, las normas y los intereses. ⁽²²⁾

Evaluación de la calidad de vida

Existen instrumentos para evaluar la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide, estos pueden ser genéricos o específicos. Los instrumentos genéricos son muy utilizados, como el cuestionario de salud Short Form 36 (SF-36) que nos permite comparar la Calidad de Vida Relacionada con la Salud. Esta prueba consta de 8 dimensiones: funcionamiento físico, limitación por problemas físicos, dolor corporal, salud general, vitalidad, funcionamiento o rol social, salud mental y limitación por problemas emocionales. También es importante resaltar que la calidad de vida no sólo puede medirse a partir de la enfermedad inicial ya que influyen otras variables como la comorbilidad, el género y la edad, entre otras. ⁽²³⁾

El cuestionario SF-36 es ampliamente empleado en la evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud tanto en la población general como en enfermedades específicas. Adicionalmente, permite hallar los resultados en salud de diferentes intervenciones; cuenta con validez y consistencia demostrada en población sana y enferma; fue desarrollado por Rand a partir del Medical Outcomes Study; se encuentra compuesto por 8 dominios relacionados con enfermedades físicas y mentales. En la actualidad, se cuenta con versiones del cuestionario SF-36 validadas al español de España, México, Perú, Colombia y Argentina. ⁽²⁴⁾

Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide

Se han realizado estudios que emplean el SF-36 para evaluar la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide en Europa, América del Norte y del Sur, y el suroeste de Asia. Los resultados de estos estudios sugieren consistentemente que la artritis reumatoide tiene un impacto negativo importante en la calidad de vida y, en particular, la artritis reumatoide tiende a tener un impacto más profundo en la calidad de vida física que el bienestar de la salud mental. ⁽²⁵⁾

Hunter et. al. en noviembre 2013, impacto de la artritis en el dolor y la calidad de vida encuesta australiana con 1039 participantes al refiere que, en comparación con las personas de la población general, las personas con artritis tuvieron marcados descensos en su estado de salud general en comparación con personas en Nueva Zelanda, Canadá y el Reino Unido. Cabe destacar la distribución regional relativa del dolor articular artrítico, ya que difiere considerablemente de los valores de la literatura comparables. En esta encuesta, se informó que el dolor de rodilla y mano estaba presente en aproximadamente el mismo porcentaje de pacientes (64% y 61%, respectivamente), mientras que los datos del Plan de Salud Comunitario de Fallon describieron que el dolor de rodilla tiene una tasa de incidencia aproximadamente 2.5 veces mayor que la del dolor en las manos (240 por 100,000 vs. 100 por 100,000). Numerosos artículos han descrito previamente la tendencia de los pacientes con artritis a considerar el dolor articular simplemente como un elemento de "envejecer", y solo a buscar asistencia médica cuando el dolor incide en las actividades diarias. Es probable que el dolor en las articulaciones de las manos interferiría con muchas actividades que se realizan con frecuencia, por lo que es más probable que se informen. ⁽²⁶⁾

Una revisión integrada de la literatura sobre la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide, llevada a cabo por Wan et al., mayo 2016, la calidad de vida relacionada con la salud y sus factores predictivos en 103 participantes de los E.U. mostró en seis estudios cuantitativos informaron que el dolor es el principal predictor de la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. Un estudio longitudinal realizado por Rupp et al. en el 2006 informo que entre las variables de daño articular, actividad de la enfermedad, dolor, síntomas depresivos y

discapacidad, el dolor fue el factor predictor más fuerte de las puntuaciones del Resumen de Componentes Físicos de la Encuesta de Salud de Forma Corta de 36 ítems (SF-36). Mientras tanto, el dolor también predijo débilmente las puntuaciones del Resumen de Componentes Mentales de SF-36. Sin embargo, otros tres estudios informaron que la discapacidad funcional es el predictor más fuerte de la calidad de vida. Solo un estudio informó el dolor y la discapacidad funcional para predecir simultáneamente la calidad de vida. ⁽²⁷⁾

Matcham et al. Octubre 2014, el impacto de la artritis reumatoide sobre la calidad de vida se evaluó mediante SF-36, meta análisis de 31 estudios concluyen una continua valoración y manejo adecuado proporcionado, ha demostrado que el aumento de los niveles de dolor, la actividad de la enfermedad y la función física reducida están asociados con una reducción de la calidad de vida en la artritis reumatoide. La evidencia de estudios de otras enfermedades crónicas sugiere que puede esperarse que una serie de otros factores tengan un impacto, entre ellos: el género; Índice de masa corporal; severidad de la enfermedad; y la edad. Varias de estas variables asociadas brindan posibilidades de intervención dirigida, con el potencial de mejorar la calidad de vida y la salud física. Hasta la fecha, ha habido una evaluación sistemática limitada del impacto de la artritis reumatoide en la calidad de vida, sin embargo, una revisión de la literatura que evalúa el dolor y la calidad de vida en pacientes mayores (75 años) con artritis reumatoide encontró que el dolor, el aumento de la edad y la limitación funcional disminuyeron la calidad de vida. ⁽²⁸⁾

II.- JUSTIFICACIÓN

a) Científica: Se ha descrito que la medición de la calidad de vida así como los factores asociados con estos, son herramientas útiles para conocer el impacto de una enfermedad, así como las condiciones de bienestar social y emocional que ayuden a orientar las intervenciones en salud basadas en la evidencia que se centren en el alivio del dolor, retrasar la discapacidad o mejorar la capacidad funcional y reducir los síntomas depresivos para mejorar la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide.

b) Académica: Es así como se justifica la relevancia que representa determinar la frecuencia de esteroides y conocer cómo se encuentra la calidad vida desde la perspectiva de las personas afectadas, ya que en nuestro medio no se encontraron estudios que aborden estos aspectos.

c) Social: para la sociedad el fenómeno de calidad de vida tiene importancia, porque al estudiarlo desde la perspectiva de las personas, se logra el propósito del cuidado holístico que tiene como foco a la persona en todas sus dimensiones: biológica, psicológica y social; así mismo este estudio aportará a las personas medidas preventivas para el cuidado de su salud, ya que a partir del estudio de fenómenos psicosociales como la calidad de vida se tiene en cuenta la percepción del propio paciente con respecto a su salud y como su vida se puede modificar con este tipo de patologías.

d) Económica: Se espera que este trabajo de investigación oriente al instituto acerca de las necesidades y expectativas de estos pacientes para la planificación del cuidado de la salud y la puesta en marcha de programas de cuidado específicos para las personas que viven con artritis reumatoide y que puedan tener afectada su calidad de vida, con la consiguiente reducción de costes generados.

III.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica, sistémica y de carácter autoinmune, lo que supone ya una diferencia importante con otras patologías del grupo. La etiología es desconocida y su curso totalmente impredecible, con períodos de calma que se alternan con otros de exacerbación, los llamados brotes, episodios de inflamación que pueden llegar a dejar secuelas en las articulaciones afectadas y en los que el dolor se intensifica. Además, la artritis reumatoide afecta no solo a la calidad de vida del que la padece, por su naturaleza altamente incapacitante, sino también a su cantidad, ya que la esperanza de vida de estos pacientes se reduce entre cuatro y diez años.

El dolor adquiere en la artritis reumatoide un papel protagonista. Ha sido sin duda el síntoma más ampliamente estudiado y su reducción constituye el primer objetivo de todos los especialistas que trabajan en el campo, más allá lógicamente del control de la actividad de la enfermedad. Por su propia naturaleza, el dolor se presenta como un síntoma incapacitante en sí mismo para el paciente con artritis reumatoide, y es considerado por muchos autores como la consecuencia más importante y de mayor impacto de la enfermedad. Así lo refieren también los propios pacientes que lo consideran más importante que cualquier incapacidad tanto psicológica (como la depresión o la ansiedad) como física (en la movilidad, actividades de la casa o de diario), a la hora de utilizar medicación y a la hora de juzgar su estado de salud y el estado de su enfermedad reumática. De esta manera, como parte del tratamiento se emplean corticoides, los cuales ayudan entre otras cosas para mitigar el dolor, sin embargo a su uso no se le ha dado la importancia en relación a la calidad de vida que tienen los pacientes, por lo que surge la siguiente pregunta de investigación

¿Cuál es la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides de la Unidad de Medicina Familiar No 93 del IMSS?

IV.- OBJETIVOS

4.1.- OBJETIVO GENERAL

Conocer la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides de la Unidad de Medicina Familiar No 93 del IMSS.

4.2.- OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Clasificar en grupos de género masculino y femenino a los sujetos en estudio.

Clasificar en grupos de edad a los sujetos en estudio.

Determinar el estado civil de los sujetos en estudio.

Determinar la escolaridad de los sujetos en estudio.

Determinar la ocupación de los sujetos en estudio.

Clasificar los sujetos con artritis en estudio que usan esteroides modificadores de enfermedad.

Determinar cuál es la frecuencia que tienen los sujetos de investigación con artritis reumatoide que tienen tratamiento con esteroides.

.

V.- HIPÓTESIS DE TRABAJO

Debido a que este estudio está basado en lo observacional, transversal y descriptivo no se cuenta con una hipótesis, solo con una expectativa empírica, donde podemos suponer que:

Existe alto uso de esteroides en sujetos de investigación con mala calidad de vida que cursan con artritis reumatoide en la Unidad de Medicina Familiar No 93.

VI.- MATERIAL Y MÉTODO

6.1.- LUGAR DONDE SE DESARROLLARÁ EL ESTUDIO

Se realizó en la Unidad Médica Familiar N° 93 ubicada en Avenida Vía Morelos s/n esquina Jardín de Casa Nueva, Fraccionamiento Jardines de Casa Nueva, Ecatepec de Morelos, Estado de México. La cual cuenta con 292 411 derechohabientes y una población de 5800 pacientes con artritis reumatoide. La atención que proporcionó es de primer nivel, donde los pacientes acudieron por mutuo propio. Se encuentra integrada por diversos servicios en los que destacan atención médica con 34 consultorios en cada turno, turno matutino y vespertino.

6.2. Tiempo de realización del estudio.

El presente estudio se realizó en el periodo de mayo a junio del 2019.

6.3.- Diseño.

Por el propósito del estudio: es un estudio de prevalencia.

Por la direccionalidad: es un estudio transversal.

Por la temporalidad: es un estudio prospectivo.

Por la captación de la información: es un estudio prolectivo.

Por la participación del investigador: es un estudio observacional.

6.4.- Área de estudio

EPIDEMIOLOGÍA: Tiene por objeto a la población, y estudia la frecuencia, distribución y determinantes de las necesidades de salud de la población, su frecuencia e impacto en la salud pública, así como la calidad, y costos que las acciones y recursos de los sistemas sanitarios tienen sobre la salud de la población.

6.5.- Fuentes de datos

PRIMARIA: Implica información que se recopiló directamente por el tesista al aplicar la encuesta de calidad de vida a los pacientes con artritis reumatoide.

Para construir el marco teórico del presente estudio se recurrirá a información secundaria de artículos científicos publicados en revistas prestigeadas y de diversas fuentes como censos, publicaciones gubernamentales, registros, informes, libros, artículos de revistas, sitios web, etc.

6.6.- Recolección de la información

TRANSVERSAL: No se hizo seguimiento, las variables de resultados se midieron una sola vez.

6.7.- Medición del fenómeno en el tiempo

PROSPECTIVO: Se definió previamente y con precisión la forma de recolección de datos, se realizó durante el mes de mayo de 2019, en el servicio de consulta externa de la Unidad de Medicina Familiar No. 93

6.8.- Control de las variables

OBSERVACIONAL: no se modificaron intencionalmente las variables, es decir no existió manipulación de las variables por lo tanto se midió una sola vez.

6.9.- Fin o propósito

DESCRIPTIVO: Porque solo se recolectó información descrita para la elaboración de tablas y análisis de los datos para conocer la prevalencia del uso de corticoides y como se encuentra su calidad de vida.

6.10.- Tipo de estudio

TRANSVERSAL: No se tomó en cuenta la dirección del análisis, Se hizo una sola medición en el tiempo de la variable en estudio.

6.11.- UNIVERSO DE TRABAJO

Se trató de una población de 5800 sujetos con artritis reumatoide atendidos en la unidad de medicina familiar sede del presente estudio.

6.12. Tamaño de la muestra

TAMAÑO MUESTRAL PARA UNA PROPORCIÓN EN UNA POBLACIÓN FINITA O CONOCIDA.

$$n = \frac{N * Z_{1-\alpha}^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_{1-\alpha}^2 * p * q}$$

Tamaño de la población	N	5800
Error Alfa	A	0.05
Nivel de Confianza	1-α	0.95
Z de (1-α)	Z (1-α)	1.96
Prevalencia de la Enfermedad	P	0.50
Complemento de p	Q	0.50
Precisión	D	0.09
Tamaño de la muestra	N	116.21

6.13.- Técnica de muestreo

Muestreo probabilístico aleatorio simple: a través de un sorteo con numero par se incluyeron en el estudio los derechohabientes cuando acudieron a su consulta médica familiar de los diferentes consultorios asignados al azar tanto del turno matutino como del vespertino, captándolos en sala de espera.

6.14.- Criterios de selección

6.14.1.- Criterio de inclusión:

Sujetos con artritis reumatoide estadio temprano.

Sujetos con artritis reumatoide con complicaciones propias de la artritis reumatoide.

Sujeto con tratamiento específico ya establecido para artritis reumatoide.

Sujetos con adscripción a la UMF 93.

Firmar un consentimiento informado en el que autoriza su participación voluntaria.

Sujetos de 30 a 60 años de edad.

6.14.2.- Criterios de exclusión:

Sujetos con una patología que puedan influir de manera significativa en la variable principal de estudio: calidad de vida como, insuficiencia renal o hepática, neoplasia o usuarios de medicamentos a base de antidepresivos y/o ansiolíticos.

6.14.3.- Criterios de eliminación

No responder al 100% los instrumentos.

6.15.- Definición de variables.

VARIABLE	DEFINICIÓN TEÓRICA	DEFINICIÓN OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN	ITEM
CALIDAD DE VIDA	Valoración subjetiva del paciente orientada hacia el exterior del mismo, y centrada en el impacto del estado de salud sobre su capacidad de llevar una vida subjetivamente satisfactoria (OMS)	SF-36 a) función física b) rol físico, c) dolor corporal d) salud general e) vitalidad f) función social g) rol emocional h) salud mental	Cualitativa	Nominal 1=< 50 mala calidad 2= > 50 buena calidad	1 2
EDAD	Tiempo que ha vivido una persona	Años de vida de la persona al momento de la aplicación de la encuesta	Cuantitativa	Discreta Años	
ESTADO CIVIL	Situación en la que se encuentra una persona según sus circunstancias y la legislación a la que el ordenamiento concede ciertos efectos jurídicos	Condición civil de la paciente al momento de la aplicación de los cuestionarios	Cualitativa	Nominal 1= soltera 2= casada 3= unión libre 4=viudo (a) 5=Divorciada 6= separado	1 2 3 4 5 6

ESCOLARIDAD	Conjunto de cursos que un estudiante sigue en un establecimiento o docente.	Grado de estudios que curso el individuo. Analfabeta preescolar primaria secundaria bachilleres licenciatura	Cualitativa	Nominal 1=Analfabeta 2= preescolar 3=primaria 4= secundaria 5= bachilleres 6= licenciatura	1 2 3 4 5 6
OCUPACIÓN	Acción y resultado de ocupar o de ocuparse.	Actividad diaria al momento de la aplicación del cuestionario.	Cualitativa	Nominal 1= al hogar 2= Empleada (o)	1 2
ARTRITIS REUMATOIDE	Enfermedad autoinmune que causa inflamación crónica, dolor, hinchazón y rigidez de las articulaciones	Afectación articular momentánea	Cualitativa	1 = mono articular. 2= poli articular.	1 2
ESTEROIDE	Sustancia química, natural o sintética, que tiene una actividad similar a la de las hormonas derivadas del colesterol	<i>Medicamento con propiedades antiinflamatorias e inmunosupresoras</i>	Cualitativa	<i>Nominal</i> 1= con uso 2=sin uso	1 2

6.16.- MÉTODO, TÉCNICA O PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN.

6.16.1.- INSTRUMENTOS.

SF-36 (Short Form-36).

El SF-36, se desarrolló a principios del decenio de 1990 en Estados Unidos para su uso en el Estudio de los Resultados Médicos (Medical Outcomes Study, MOS). Su ámbito de aplicación abarca población general y pacientes mayores de 16 años y se usa en estudios descriptivos y de evaluación. El cuestionario está compuesto por 36 preguntas (ítems) que valoran los estados positivos y negativos de la salud. Cuenta con un Coeficiente α de Cronbach de 0.7, con repuesta tipo Likert y toma un promedio de 8 a 12 minutos para completarse. Se desarrolló a partir de una extensa batería de cuestionarios utilizados en el Estudio de los Resultados Médicos, que incluían 40 conceptos relacionados con la salud. Para crear el cuestionario, se seleccionó el mínimo número de conceptos necesarios para mantener la validez y las características operativas de la prueba inicial. El cuestionario final cubre ocho categorías, que representan los conceptos de salud usados con más frecuencia en los principales cuestionarios de salud, así como los aspectos más relacionados con la enfermedad y el tratamiento. Las 36 preguntas del instrumento cubren las siguientes dimensiones: Función física, Rol físico, Dolor corporal, Salud general, Vitalidad, Función social, Rol emocional y Salud mental. Además de los ocho conceptos de salud, la SF-36 incluye el concepto general de cambios en la percepción del estado de salud actual y del año anterior. La respuesta a esta pregunta describe la transición de la percepción respecto al mejoramiento o empeoramiento del estado de salud. Sus buenas propiedades psicométricas, que se han evaluado en más de 400 artículos, y la multitud de estudios realizados permiten la comparación de resultados, lo que lo convierte en uno de los instrumentos con mayor potencial en el campo de la calidad de vida relacionada con la salud. Hay dos versiones del cuestionario en cuanto al periodo recordatorio: la estándar (cuatro semanas) y la aguda (una semana). Las escalas del SF-36 están ordenadas de manera que a mayor puntuación mejor es el estado

de salud. Para el cálculo de las puntuaciones, después de la aplicación del cuestionario hay que realizar la homogeneización de la dirección de las respuestas mediante la recodificación de las puntuaciones que lo requieren, con el fin de que todas las puntuaciones sigan el gradiente de “a mayor puntuación, mejor estado de salud”; el cálculo de la suma de las puntuaciones que componen la escala y la transformación lineal de las puntuaciones para obtener puntuaciones en una escala entre 0 y 100. < 50 mala calidad y > 50 buena calidad.

6.17.- MÉTODO PARA EL CONTROL Y CALIDAD DE LOS DATOS.

Se utilizó el método de homogenización que consistió en obtener un banco de datos preliminar computarizados que contenían de forma separada, toda la información original de los cuestionarios de los instrumentos de medición. Posteriormente esta información se estableció en una sola, a partir de la cual se realizaron las depuraciones y re categorizaciones. Para estos fines se utilizaron también las células de entrevistas, las instrucciones para la recolección de datos y los listados de las variables y sus categorías. Una vez que se homogeneizaron los datos se obtuvo el banco de datos definitivo con la información requerida para satisfacer los objetivos de este trabajo.

6.18.- DESARROLLO GENERAL DEL PROYECTO.

Previa autorización por el comité local de investigación y el comité de ética se solicitó autorización a las autoridades de la UMF 93 para iniciar el proyecto, una vez teniendo las autorizaciones pertinentes, se realizó la investigación en sujetos adscritos a la Unidad Medicina Familiar N^o 93 del Instituto Mexicano del Seguro Social, Ecatepec, Estado de México, con una muestra de 116 sujetos de investigación, se hizo un muestreo aleatorio simple a través de un sorteo con número par se incluyeron en el estudio los derechohabientes cuando acudan a su consulta médica familiar de los diferentes consultorios asignados al azar tanto del turno matutino como del vespertino, captándolos en sala de espera, se inició con la identificación y presentación del investigador, posteriormente se solicitó a la persona de manera amable y respetuosa participar en el estudio de investigación, se le dio el consentimiento informado el cual debió ser firmado para iniciar su

participación y se llenó la hoja de recolección de datos, y se le proporcionó el instrumento SF-36 el cual contestó, previamente se detalló el objetivo y los beneficios que se obtendrán como la proporción de un tríptico informativo, así también se aclaró que el presente estudio presenta un riesgo mínimo ya que podría generar incomodidad ya que algunas preguntas son de evaluación psicológica. De igual forma se les especificó que sus datos personales fueron codificados y protegidos de tal manera que solo pueden ser identificados por los Investigadores de este estudio. En caso de presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio, no se identificará al participante y se mantendrá la confidencialidad de la información. Prosiguiendo a la firma de aceptación de la participación en este estudio si la paciente así lo desea, se proporcionará el material que consta de una ficha de identificación con la cual se obtuvo las variables sociodemográficas: escolaridad, edad, estado civil, la ocupación, calidad de vida. Así como la aplicación del instrumento para la evaluación de calidad de vida (SF-36 Short Form 36) que consta de 36 preguntas con un tiempo de aplicación de 8 a 12 minutos. Al término se agradeció a los pacientes por su colaboración en este proyecto de investigación. Se recolectaron los materiales contestados para analizar y organizar la información mediante tablas y gráficas. Para finalizar se realizó el análisis estadístico efectuando análisis descriptivo de los datos y se darán a conocer los resultados de manera global sin identificación individual de cada participante.

6.19.- PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS.

Una vez obtenida la información del instrumento aplicado, se les asignó un número de registro para identificación de cada participante. Posteriormente se aplicó estadística descriptiva, se clasificó y tabuló con elaboración de cuadros y gráficas por medio del programa Excel con Windows 10 y con programa SPSS 22 (Statistical Package for the Social Sciences). El análisis se llevó a cabo previo procesamiento de la información en una base de datos creada para el estudio, con estadísticos descriptivos para obtener medidas de tendencia central y de distribución para las variables cuantitativas, para cualitativas mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes; así mismo se realizaron gráficas y se calculó la prevalencia del uso de corticoides.

VII.- IMPLICACIONES ÉTICAS.

Éste protocolo estuvo apegado al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y con la declaración de Helsinki y sus enmiendas, así como los códigos y normas Internacionales vigentes para las buenas prácticas en la investigación clínica. Se actuó en interés de los participantes en la investigación calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides y de las comunidades involucradas, tomando en consideración la regulación nacional e internacional en materia de ética en la investigación.

La declaración de Helsinki originalmente se llevó a cabo en junio de 1964 en Helsinki, Finlandia, donde su principio básico ha sido el respeto por el paciente, y que ha sido sometida a múltiples revisiones, la más actual es la 64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil, octubre 2013, por la Asociación Médica Mundial (AMM), donde se determina la importancia del consentimiento informado el cual es un “documento donde el sujeto con artritis reumatoide acepta participar de este protocolo una vez que se le han explicado todos los riesgos y beneficios de la investigación calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides, en forma libre, sin presiones de ninguna índole y con el conocimiento que puede retirarse de la investigación cuando así lo decida”.

Con base a estos principios se resguardo la intimidad de los sujetos con artritis reumatoide que participaron en la investigación y la confidencialidad de su información personal. Los sujetos con artritis reumatoide que participaron en este estudio otorgaron su consentimiento de forma voluntaria. Cada sujeto recibió información adecuada acerca de los objetivos, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del estudio de investigación calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides. Así como del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento que lo considere el sujeto, sin que esto altere el curso de la investigación ni la atención recibida por parte de la unidad de adscripción.

Después de asegurarse de que el individuo comprendió la información, se entregó el consentimiento informado escrito, se pidió de forma amable y respetuosa lea cuidadosamente cada apartado resolviendo cualquier duda que surja al respecto, posteriormente de firmar el consentimiento voluntario de la persona. La negativa del sujeto a participar en la investigación o su decisión de retirarse no afectará de manera adversa la relación médico-paciente. Los resultados del cuestionario fueron estrictamente para el logro del objetivo y reservado exclusivamente para conclusión del presente estudio, y explicaran los resultados de manera general y particular a cada participante en forma confidencial. En caso de dar a conocer los resultados será de manera global, sin especificar la identidad de cada participante, por lo que se utilizará solo un número de registro.

De acuerdo al Código de Nuremberg publicado el 20 de agosto de 1947. Antes de aceptar una decisión afirmativa del sujeto con artritis reumatoide se explicó la naturaleza, duración, propósito, el método y las formas mediante las cuales se llevó a cabo, todos los inconvenientes y riesgos que pudieron presentarse, y los efectos sobre su salud o persona que pudieron derivarse de su participación en la investigación calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides.

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud vigente en México, Artículo 3ro, ésta investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyen a:

I. *Al conocimiento de los procesos biológicos y psicológicos en los seres humanos;* La artritis reumatoide actualmente es un problema de salud pública, ya que tiene una alta incidencia y un gran impacto como factor de riesgo en el desarrollo de patologías crónicas que influyen en el bienestar público y calidad de vida de quien la padece.

II. *Al conocimiento de los vínculos entre las causas de enfermedad, la práctica médica y la estructura social;* El presente estudio, demostró que el autocuidado es un factor protector en aquellos pacientes que padecen artritis reumatoide.

III. *A la prevención y control de los problemas de salud;* El apoyo terapéutico otorga factores protectores, aumentando la resistencia de las personas ante las transiciones de la vida, los estresores diarios, las crisis personales y el momento de adaptación o ajuste a la presencia en enfermedad de artritis reumatoide.

VI. *A la producción de insumos para la salud;* La artritis reumatoide se asocia a una importante inversión de recursos para la prevención y la reversión de la misma. Su prevención y manejo disminuiría el costo que produce año con año.

De acuerdo con el reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud vigente en México, Título Segundo Artículo De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos, Capítulo I, Artículo 17, éste trabajo se clasifica en categoría II, que lo ordena como Investigación con riesgo mínimo, debido a que es un estudio donde se aplicó un instrumento, prospectivo que empleó el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físico o psicológicos de diagnóstico o tratamientos rutinarios por

ejemplo pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipuló la conducta del sujeto. Artículo 18. Se suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste. Artículo 19. Se proporcionará atención médica al sujeto que sufra alguna afección que se encuentre relacionada con la investigación. Artículo 20. Se obtendrá el consentimiento informado por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

A continuación, se citan los numerales o principios aplicables a la presente investigación:

NOM-012-SSA3-2012 numeral 5.5 a 5.10 y 11.1. Toda investigación en seres humanos debe de esta encaminada a mejorar o proporcionar un bien mayor a la población con artritis reumatoide de estudio, salvaguardando su dignidad y su bienestar, evitando en todo momento la exposición de las personas a riesgos innecesarios.

NOM-012-SSA3-2012, numerales 10.6 a 10.8, 11.2 y 11.3. Se le dio informe de forma clara y extensa a los sujetos con artritis reumatoide, familiares o representantes legales acerca de la investigación, sus riesgos y beneficios, y obtener por escrito el consentimiento informado dichos individuos; así mismo, se respetó en todo momento la libertad del individuo para negarse a participar o retirarse en cualquier momento del estudio calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides.

NOM-012-SSA3-2012, numerales 5.12, 12.1 a 12.3. La información obtenida de los sujetos con artritis reumatoide de estudio fue y se dio manejo de forma confidencial.

En esta investigación se cumplieron cabalmente los principios Bioéticos citados en el Reporte Belmont:

Respeto a la autonomía: Con el presente estudio se explicó la finalidad y los objetivos a los sujetos con artritis reumatoide de investigación, así como los posibles riesgos y beneficios que obtendrá por su participación en el estudio calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides, y alcance de la investigación, dejando que sea el sujeto con artritis reumatoide quien elija de forma libre después de leer y dejar clara la participación que tendrá en el mismo. Este principio se materializó a través de la firma de autorización en el consentimiento informado.

Beneficencia y no maleficencia: Se minimizo los posibles daños o riesgos hacia el sujeto con artritis reumatoide. Para esto se procuró siempre el beneficio a través del apoyo pertinente para identificar la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide y en función de esto el sujeto pueda tomar decisiones de tratamiento para mejorar el desempeño en su quehacer diario (calidad de vida).

Justicia: Se incluyó a todos los sujetos con artritis reumatoide tanto de estadio temprano o con sus complicaciones, sin distinción de género, credo, religión, nivel socioeconómico o procedencia.

Pautas Éticas Internacionales para Estudios Epidemiológicos, CIOMS, 2009.

Pauta 1: La justificación ética de la investigación biomédica en seres humanos se tiene la expectativa de descubrir nuevas formas de beneficiar la salud de las personas con artritis reumatoide. La investigación calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides puede justificarse éticamente se realizó de manera tal que se respetó y se protegió a los sujetos de investigación, siendo justa para ellos y moralmente aceptable en las comunidades en que se realiza. El estudio propuesto en sujetos de artritis reumatoide estuvo en acuerdo con principios científicos generalmente aceptados y se baso en un conocimiento adecuado de la literatura científica pertinente.

Pauta 2: Toda propuesta para realizar investigación calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides se sometió a uno o más comités de evaluación científica y de evaluación ética para ver mérito científico y

aceptabilidad ética. Los comités de evaluación son independientes del equipo de investigación, y cualquier beneficio directo, financiero o material que ellos pudiesen obtener de la investigación, no dependerá del resultado de la evaluación. El presente protocolo calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides obtuvo la aprobación o autorización para poder realizar la investigación. El comité de evaluación ética realizó las revisiones adicionales que fueron necesarias durante la investigación, incluyendo el seguimiento de su progreso.

Riesgos para el sujeto de investigación.

Se aclaró que el presente estudio presento riesgo mínimo con respecto al cuestionario de calidad de vida "SF-36" en los ítems 2 (¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?), 6 ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?) y 9 (c. ¿Se sintió tan baja de moral que nada podía animarle?, f. ¿Se sintió desanimado y triste? y h. ¿Se sintió feliz?) podrían causar incomodidad o herir susceptibilidades, ya que están relacionadas con su vida privada, su salud física y emocional, así como con su familia y con sus iguales. Se les explicó a los participantes de forma más detallada que aspectos quiere medir el instrumento, en caso necesario el paciente puede elegir no seguir contestando el cuestionario.

Beneficios para el sujeto de investigación.

Se les proporciono un tríptico informativo con la descripción detallada y explicada con el objetivo de mejorar técnicas de autocuidado y mejorar de forma paulatina los síntomas de la artritis reumatoide, y se hizo una invitación para acudir a una plática informativa impartida por médico residente acerca de la artritis reumatoide donde se aclararon las dudas acerca de dicha enfermedad. Posteriormente se envió con el médico familiar asignado a su consultorio correspondiente para su valoración y determinar la necesidad o no de referencia y/o tratamiento correspondiente mediante vía institucional.

Alcance.

El presente estudio es una oportunidad para el investigador de identificar a aquellos sujetos con calidad de vida o no y prevalencia de esteroides para emitir recomendaciones con impacto en la práctica clínica con base en los resultados que se obtenidos de los test aplicados. Para realizar modificaciones en el estilo de vida que incrementen la severidad de la sintomatología de la artritis reumatoide.

Contribuciones.

Esta investigación aporta nuevos conocimientos acerca de la calidad de vida en sujetos con artritis reumatoide y prevalencia de esteroides atendidos en la UMF 93, ampliando el panorama de la magnitud y trascendencia de la misma, para realizar acciones pertinentes durante la consulta y evitar el reingreso constante por síntomas de artritis reumatoide.

VIII.- RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD.

Recursos humanos:

Investigador responsable: Dra. Wendy Saucedo Ramírez, especialista en medicina familiar adscrito a la UMF 93. Supervisora del proyecto.

Colaborador: Juan Manuel Chávez Residente del tercer año de medicina Familiar de la UMF 93. Para la realización de encuestas.

Recursos físicos:

Se llevó a cabo la aplicación de los instrumentos en el área de espera de consultorios asignados a cada sujeto con el apoyo del equipo inmobiliario y Material de apoyo didáctico: lápices, plumas, hojas blancas y una computadora.

Recursos financieros:

Los aportados por el residente de medicina familiar para la adquisición del material de apoyo para el desempeño correcto de la aplicación de los instrumentos.

IX.- RESULTADOS.

Se aplicó estadística descriptiva para el análisis univariado.

Calidad de vida.

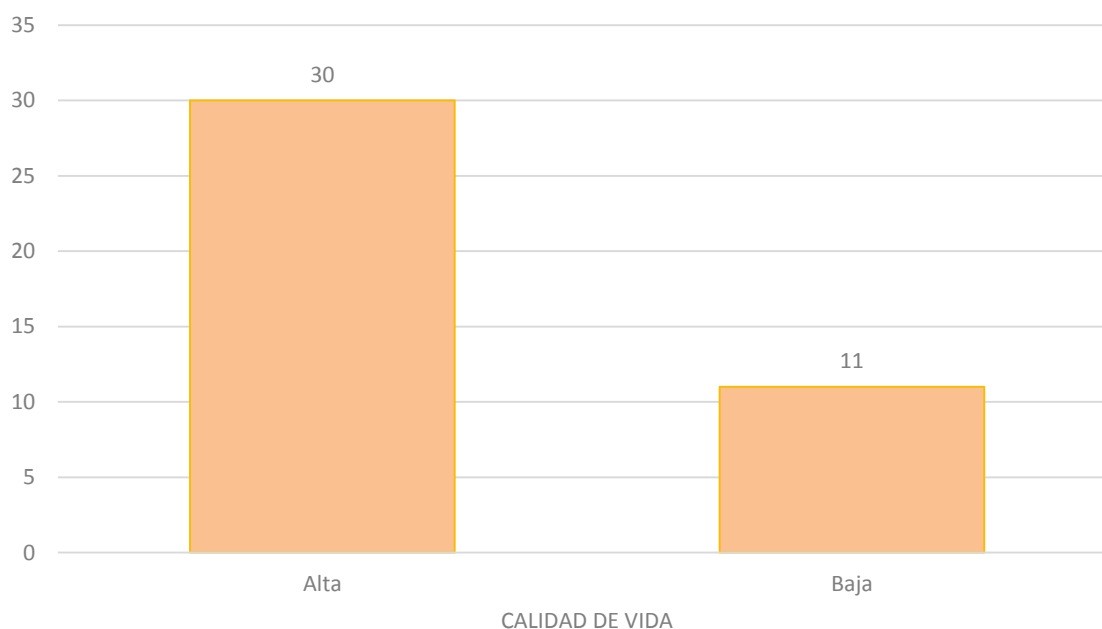
Prevaleció la calidad de vida alta en el 69% de pacientes (80).

Tabla 1: Distribución por calidad de vida.

Calidad de vida	Frecuencia	Porcentaje (%)
Baja	36	31.0
Alta	80	69.0
Total	116	100.0

Fuente: Aplicación del instrumento calidad de vida SF-36 (Short Form-36) en la UMF No 93, en el año 2019.

Gráfica 1: Distribución por calidad de vida.



Fuente: Aplicación del instrumento calidad de vida SF-36 (Short Form-36) UMF No 93, en el año 2019.

Score SF-36 mental.

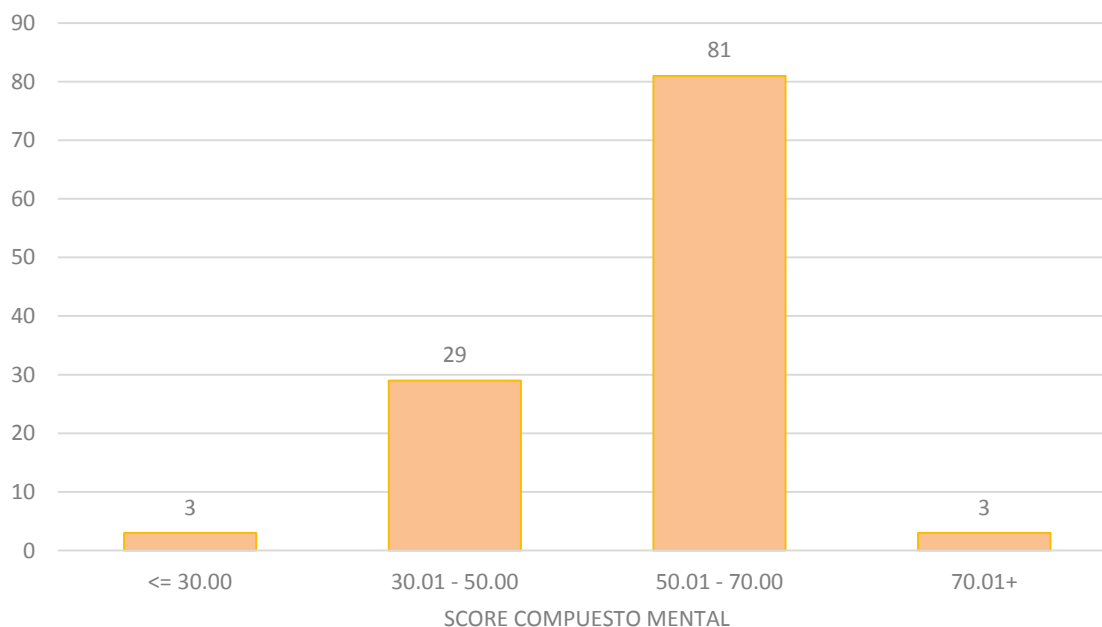
Predominó el score compuesto mental del SF-36 de 50.01 a 70 en el 69.8% (81).

Tabla 2: Distribución por score compuesto mental (SF-36).

Compuesto mental SF-36	Frecuencia	Porcentaje
<= 30.00	3	2.6
30.01 - 50.00	29	25.0
50.01 - 70.00	81	69.8
70.01+	3	2.6
Total	116	100.0

Fuente: Aplicación del instrumento calidad de vida SF-36 (Short Form-36) en la UMF No 93, en el año 2019.

Gráfica 2: Distribución por score compuesto mental.



Fuente: Aplicación del instrumento calidad de vida SF-36 (Short Form-36) en la UMF No 93, en el año 2019.

Score SF-36 físico.

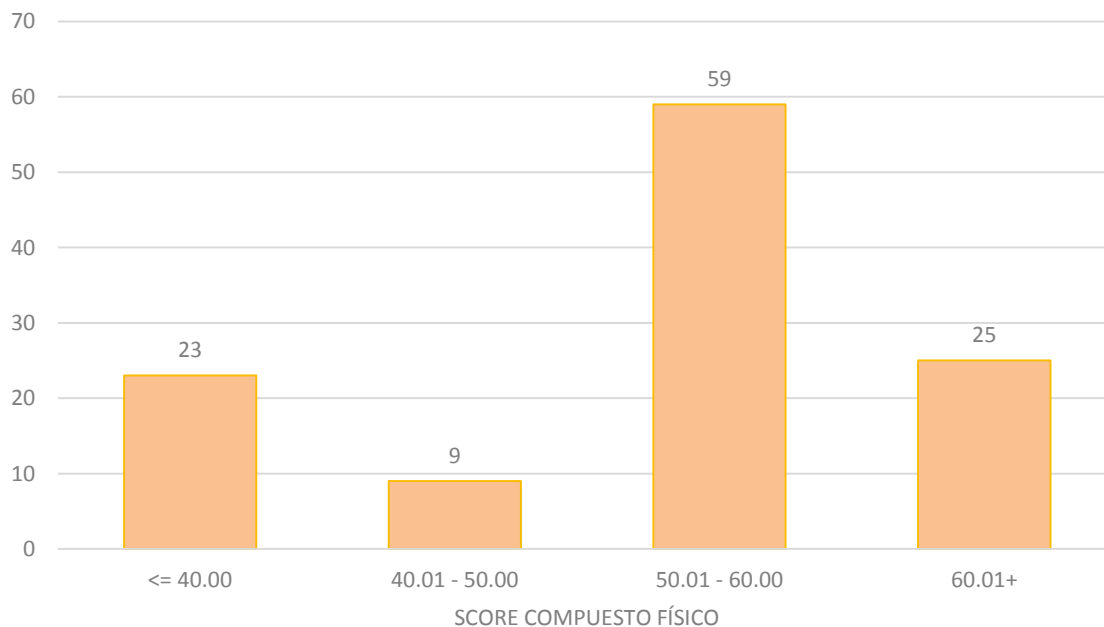
Predominó el score compuesto físico del SF-36 de 50.01 a 60 en el 50.9% (59).

Tabla 3: Distribución por score compuesto físico (SF-36).

Compuesto físico SF-36	Frecuencia	Porcentaje (%)
<= 40.00	23	19.8
40.01 - 50.00	9	7.8
50.01 - 60.00	59	50.9
60.01+	25	21.6
Total	116	100.0

Fuente: Aplicación del instrumento calidad de vida SF-36 (Short Form-36) en la UMF No 93, en el año 2019.

Gráfica 3: Distribución por score compuesto físico.



Fuente: Aplicación del instrumento calidad de vida SF-36 (Short Form-36) en la UMF No 93, en el año 2019.

Score SF-36 promedio.

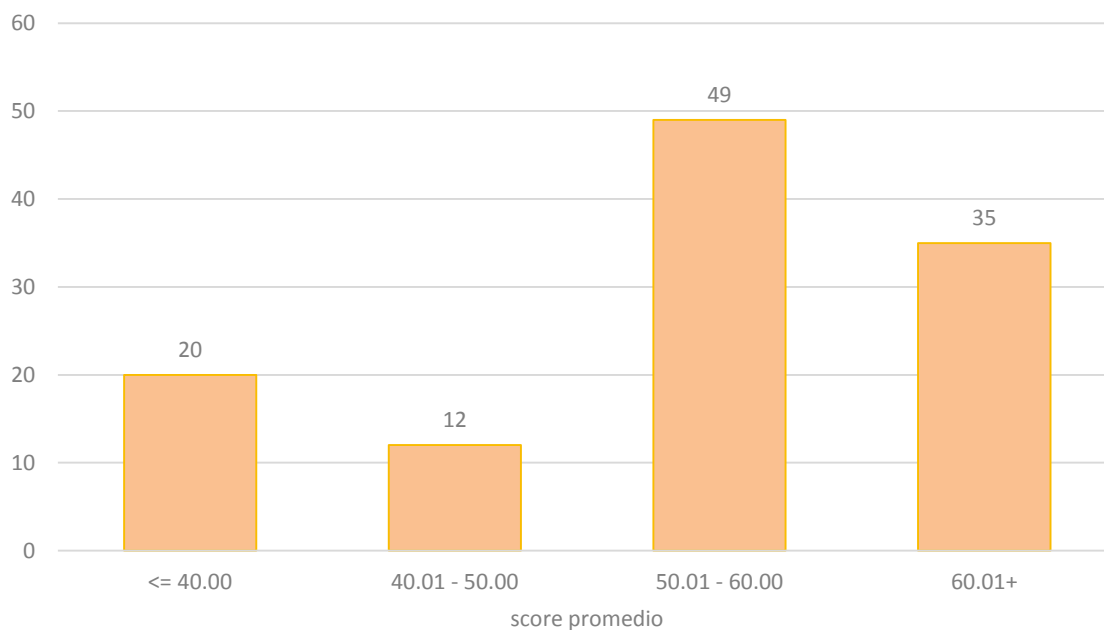
Predominó el score promedio del SF-36 de 50.01 a 60 en el 42.2% (49).

Cuadro 4: Distribución por score promedio (SF-36).

	Frecuencia	Porcentaje (%)
<= 40.00	20	17.2
40.01 - 50.00	12	10.3
50.01 - 60.00	49	42.2
60.01+	35	30.2
Total	116	100.0

Fuente: Aplicación del instrumento calidad de vida SF-36 (Short Form-36) en la UMF No 93, en el año 2019.

Gráfica 4: Distribución por score promedio (SF-36).



Fuente: Aplicación del instrumento calidad de vida SF-36 (Short Form-36) en la UMF No 93, en el año 2019.

Género.

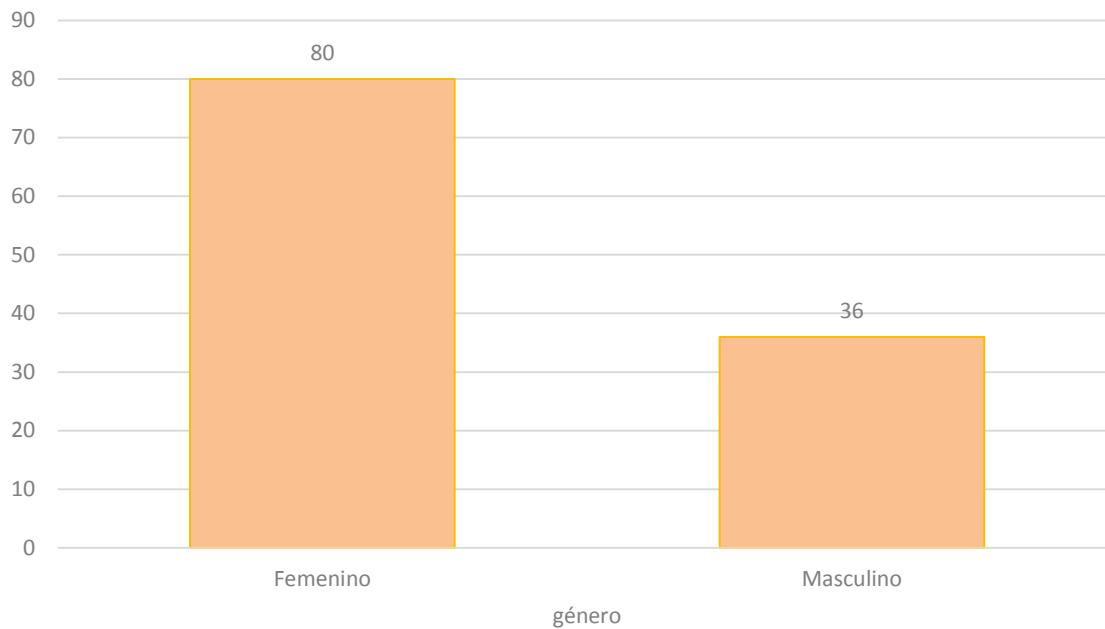
El género femenino ocupó el 69% (80) de los sujetos de investigación.

Cuadro 5: Distribución por género.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Femenino	80	69.0
Masculino	36	31.0
Total	116	100.0

Fuente: Aplicación del instrumento calidad de vida SF-36 (Short Form-36) en la UMF No 93, en el año 2019.

Gráfica 5: Distribución por género.



Fuente: Aplicación del instrumento calidad de vida SF-36 (Short Form-36) en la UMF No 93, en el año 2019.

Edad.

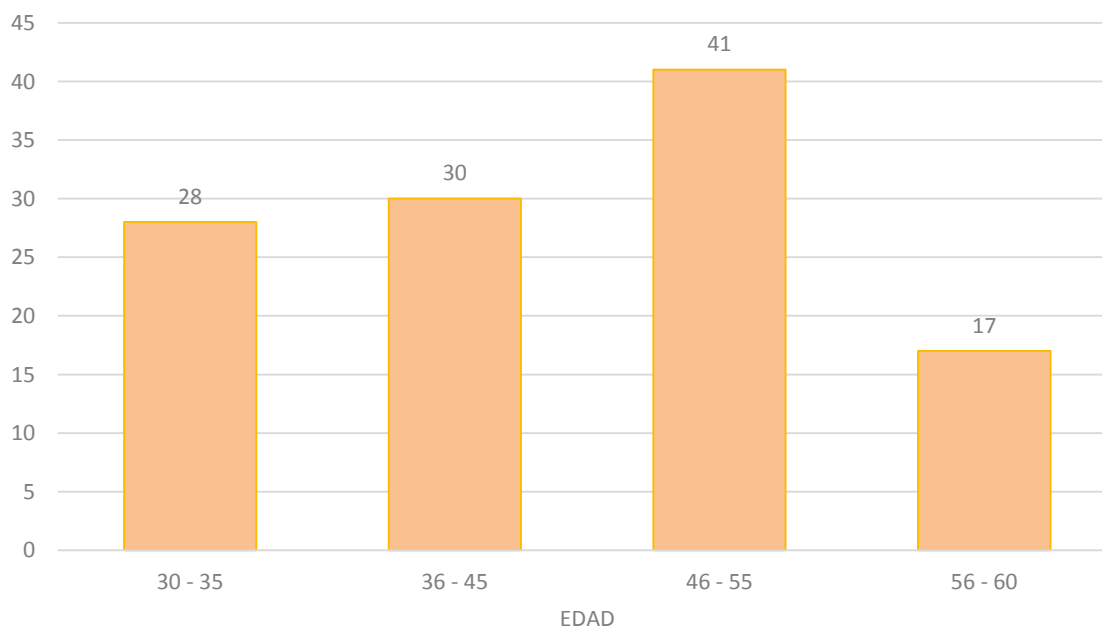
De los 116 sujetos de investigación el 35.3 % (41), corresponde al rango de edad de 46 a 55 años de edad.

Tabla 6: Distribución por edad

EDAD	Frecuencia	Porcentaje
30 – 35	28	24.1
36 – 45	30	25.9
46 – 55	41	35.3
56 – 60	17	14.7
Total	116	100.0

Fuente: Aplicación del instrumento calidad de vida SF-36 (Short Form–36) en la UMF No 93, en el año 2019.

Gráfica 6: Distribución por edad.



Fuente: Aplicación del instrumento calidad de vida SF-36 (Short Form–36) en la UMF No 93, en el año 2019.

Estado civil.

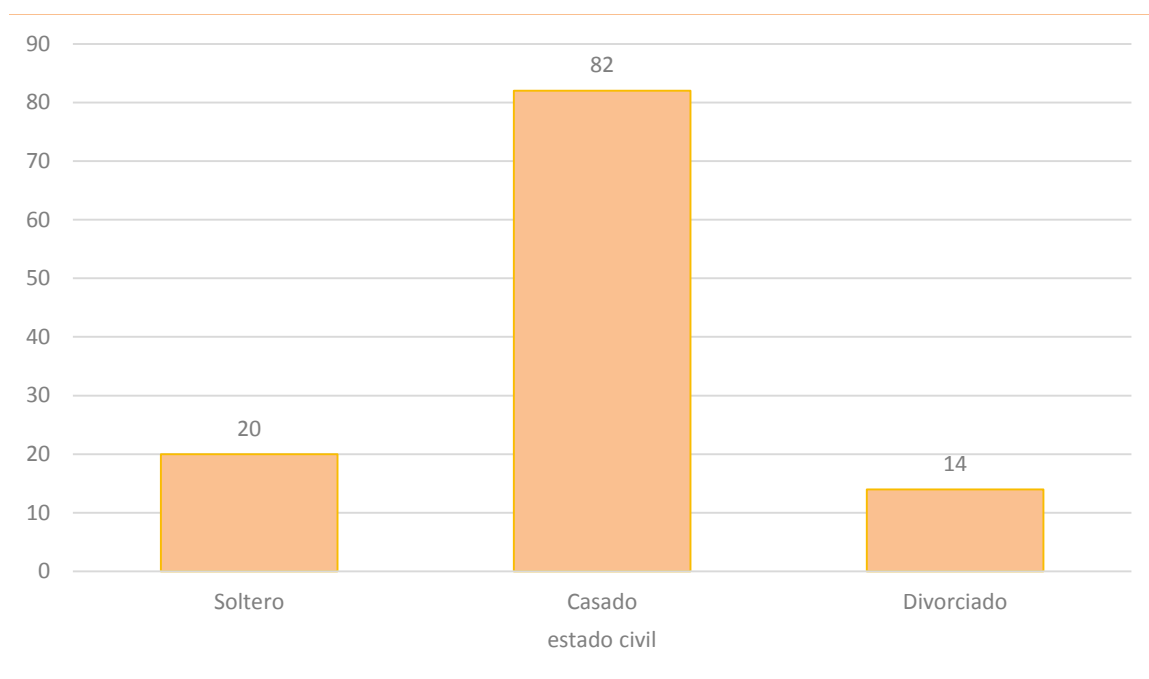
Predominó el estado civil de casado con el 70.7%, (82).

Cuadro 7: Distribución por estado civil.

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje (%)
Soltero	20	17.2
Casado	82	70.7
Divorciado	14	12.1
Total	116	100.0

Fuente: Aplicación del instrumento calidad de vida SF-36 (Short Form-36) en la UMF No 93, en el año 2019.

Gráfica 7: Distribución por estado civil.



Fuente: Aplicación del instrumento calidad de vida SF-36 (Short Form-36) en la UMF No 93, en el año 2019.

Escolaridad.

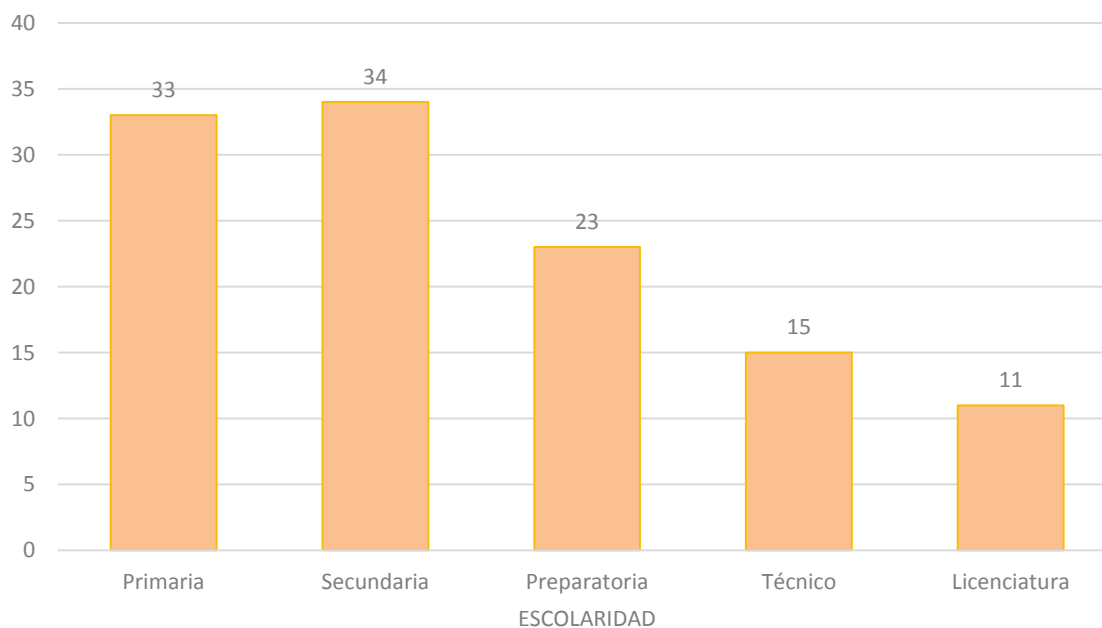
Prevalció la escolaridad de secundaria con el 29.3% (34).

Tabla 8: Distribución por escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje (%)
Primaria	33	28.4
Secundaria	34	29.3
Preparatoria	23	19.8
Técnico	15	12.9
Licenciatura	11	9.5
Total	116	100.0

Fuente: Aplicación del instrumento calidad de vida SF-36 (Short Form-36) en la UMF No 93, en el año 2019.

Gráfica 8: Distribución por escolaridad.



Fuente: Aplicación del instrumento calidad de vida SF-36 (Short Form-36) en la UMF No 93, en el año 2019.

Ocupación.

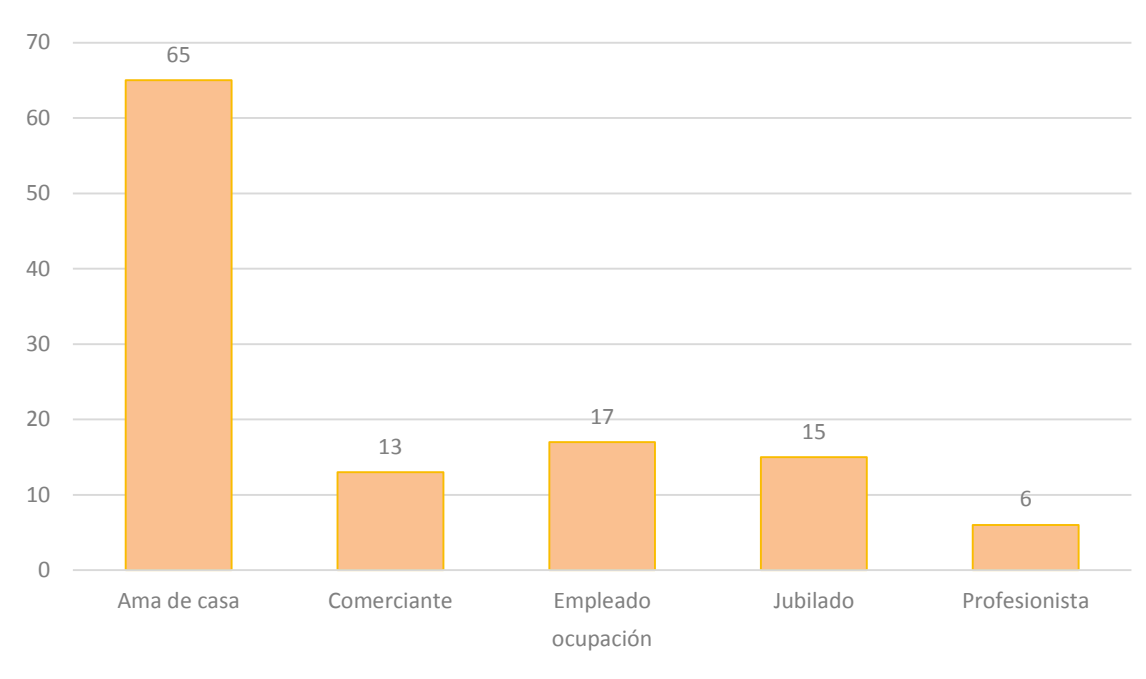
Predominó la ocupación de ama de casa con el 56% (65).

Cuadro 9: Distribución por ocupación.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Ama de casa	65	56.0
Comerciante	13	11.2
Empleado	17	14.7
Jubilado	15	12.9
Profesionista	6	5.2
Total	116	100.0

Fuente: Aplicación del instrumento calidad de vida SF-36 (Short Form-36) en la UMF No 93, en el año 2019.

Gráfica 9: Distribución por ocupación.



Fuente: Aplicación del instrumento calidad de vida SF-36 (Short Form-36) en la UMF No 93, en el año 2019.

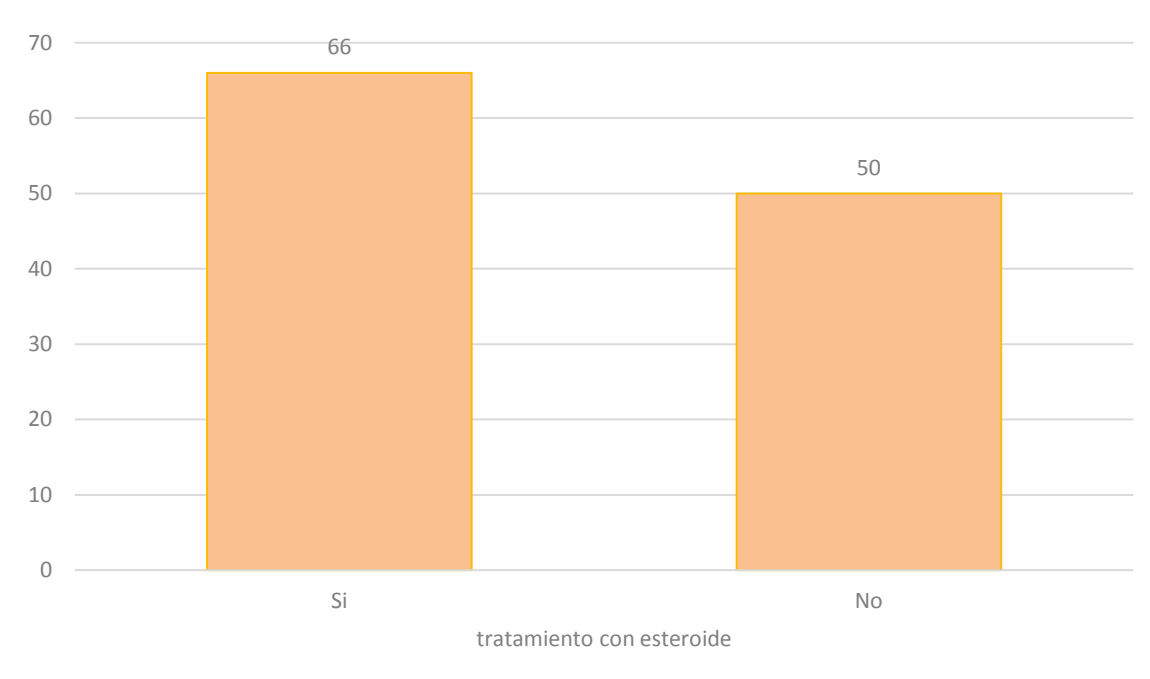
Tratamiento con esteroides.
Predominó el uso de esteroides en el 56.9% (66).

Cuadro 10: Distribución por tratamiento con esteroide.

	Frecuencia	Porcentaje (%)
Si	66	56.9
No	50	43.1
Total	116	100.0

Fuente: Aplicación del instrumento calidad de vida SF-36 (Short Form-36) en la UMF No 93, en el año 2019.

Gráfica 10: Distribución por tratamiento con esteroide.



Fuente: Aplicación del instrumento calidad de vida SF-36 (Short Form-36) en la UMF No 93, en el año 2019.

X.- DISCUSIÓN.

Predominó el score compuesto mental del SF-36 de 50.01 a 70 en el 70.7%, seguido de 30.01 a 50 en el 24.4%, y menor o igual de 30 y 70.01 y más en el 2.4% respectivamente. En lo que respecta al score compuesto físico del SF-36, predominó la puntuación de 50.01 a 60 en el 51.2%, seguido de 60.01 y más en el 22%, menor o igual de 40 en el 19.5%, y 40.01 a 50 en el 19.5%. Observándose que los puntajes físicos y mentales de calidad de vida mostraron puntajes similares, resultado que es diferente a los reportes de la literatura clínica. Ayhan et al reportó que las puntuaciones medias de salud física y salud mental fueron 59.7 ± 23.4 y 41.7 ± 12.5 respectivamente.

Un estudio realizado en Noruega mostró que la artritis reumatoide afecta a todos los aspectos de la salud, medidos por el cuestionario genérico Short Form (SF) - 36, en ambos sexos y en todos los grupos de edad en comparación con la población general. Si bien la artritis reumatoide ejerce un efecto claro sobre la función física, el efecto sobre el funcionamiento mental es pequeño, incluso si una revisión sistemática mostró que los pacientes con artritis reumatoide sufren enfermedades psicosociales como ansiedad y depresión 20 a 40% más frecuentemente que los controles. El afrontamiento deficiente diario con la artritis reumatoide puede tener un impacto negativo en la salud mental.

En el estudio de Al-Fadl et al. se encontró que las puntuaciones de calidad de vida disminuyeron significativamente en los pacientes en comparación con los controles, disminuyeron en todos los dominios de SF 36. Los scores medios compuestos físicos y mentales fueron significativamente más bajas en los pacientes que en los controles. Esto debido que la artritis reumatoide tiene un impacto negativo en el funcionamiento físico, emocional y social de los pacientes.

Nuestros resultados indican contrario a los resultados de Matcham et al muestran que la artritis reumatoide impacta negativamente en la calidad de vida: en particular, los puntajes agrupados para los dominios físicos para el SF-36 son algo más bajos que los dominios de salud mental, lo que sugiere que la artritis

reumatoide tiene un mayor impacto en la calidad de vida física que el bienestar mental. Además, los pacientes con artritis reumatoide tienen niveles notablemente reducidos de función física, función física y dolor corporal en comparación con otras afecciones de salud (hipertensión, insuficiencia cardíaca congestiva, diabetes tipo 2, infarto de miocardio y depresión clínica). La calidad de vida mental es menor en pacientes con artritis reumatoide que en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, hipertensión, infarto de miocardio y diabetes tipo 2.

El grupo de edad más prevalente fue el de 41 a 60 años con el 61%, seguido de 61 a 80 años con el 24.4%, 81 y más con el 24.4%, y menor o igual de 20 años y 21 a 40 años con el 2.4%. con lo cual nuestros resultados son similares con el reporte de Solomon et al. quien describió una edad media de 59 ± 13 años.

Así mismo con lo reportado por Curtis et al. quien refirió una edad media de 54 años.

El género femenino predominó con el 65.9%, mientras que el masculino representó el 34.1%. Comparado lo que resulto semejante a lo reportado por Curtis et al. donde se reportó que el 75% fueron mujeres. Solomon et al también describió que el 77% fueron mujeres.

Nuestros resultados indican que predominó el uso de esteroides en el 56.9%, lo que es concordante con el hecho que los corticosteroides son los medicamentos más eficientes entre los medicamentos antiinflamatorios. Sin embargo, su uso es limitado debido a los efectos secundarios abundantes y la incapacidad para prevenir el daño destructivo de las articulaciones. La administración de esteroides intraarticulares es sustancialmente beneficiosa en la enfermedad de tipo oligoarticular, especialmente en la afectación de articulaciones grandes manifestada por la afectación de una articulación única. Con este objetivo se utilizan esteroides de acción prolongada que incluyen acetato de metil prednisolona o hexacetonido de triamcinolona. Varios estudios han demostrado que el hexacetonido de triamcinolona tópico es más eficiente. De esta manera, se evitan los efectos secundarios sistémicos de los esteroides. La respuesta al

tratamiento generalmente se desarrolla lentamente, pero los hallazgos clínicos mejoran con el tiempo.

Los corticosteroides tienen un efecto antiinflamatorio e inmunosupresor, pero su mecanismo de acción es complejo. Los corticosteroides actúan directamente sobre los receptores de esteroides nucleares e interrumpen la cascada inflamatoria e inmune en varios niveles. De esta manera, reducen la permeabilidad vascular e inhiben la acumulación de células inflamatorias, fagocitosis, producción de superóxido de neutrófilos, metaloproteasas y activadores de metaloproteasas, y evitan la síntesis y secreción de varios mediadores inflamatorios como la prostaglandina y los leucotrienos. Los reflejos antiinflamatorios clínicos de estas acciones son disminuciones en el eritema, hinchazón y sensibilidad de las articulaciones inflamadas y un aumento en la viscosidad relativa con un aumento en la concentración de ácido hialurónico.

XI.- CONCLUSIONES.

Con base en los resultados obtenidos encontramos que la calidad de vida de los pacientes de la UMF 93 del IMSS, con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides es buena. Sin embargo no debemos perder de vista que existe un porcentaje que tienen mala calidad de vida a pesar de estar en tratamiento farmacológico con esteroides, lo cual es importante para revisar los protocolos de tratamiento y actualizar o en determinado momento enviar a revaloración para modificar su esquema de tratamiento. No debemos olvidar que la artritis reumatoide es una enfermedad incapacitante para las actividades diarias y que a su vez impacta negativamente en la calidad y estilo de vida de los pacientes. Motivos por los cuales es necesario revisar y conocer la forma de vida que llevan estos pacientes para poder intervenir de forma preventiva y evitar un deterioro mayor a corto o mediano plazo.

XII.- RECOMENDACIONES.

- 1.- Revalorar a los pacientes con protocolos de valoración por reumatología de más de 6 meses.
- 2.- Vigilar los posibles adversos que generan los corticoesteroides en pacientes con tratamientos de más de un año.
- 3.- Capacitar a los pacientes y familiares sobre la artritis reumatoide para empoderarlos y hacerlos responsables de su enfermedad.
- 4.- Capacitar al personal médico sobre esta enfermedad, haciendo énfasis en el deterioro que puede generarse y como modifica la calidad de vida según las experiencias de los pacientes.

XIII- REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1.- Cardiel M, Díaz A, et al. Actualización de la Guía Mexicana para el Tratamiento Farmacológico de la Artritis Reumatoide del Colegio Mexicano de Reumatología. *Reumatol Clin* 2014; 10(4):227–240.

2.- Espinosa D, Hernández M, et al. Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide. *Aten Fam* 2017; 24(2):67-71.

3.- Franco J, Cardona A, et al. Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide de Medellín-Colombia, 2014. *rev colomb reumatol* 2015; 22(3):153-161.

4.- Cutolo M, Kitis G, et al. Burden of disease in treated rheumatoid arthritis patients: Going beyond the joint. *Seminars in Arthritis and Rheumatism* 2014; 43:479–488.

5.- Franco J, Cardona J. Calidad de vida relacionada con la salud en personas con artritis reumatoide: caracterización de los estudios publicados entre 2003-2013. *IATREIA* 2015; 28(2):109-119.

6.- Ambriz Y, Menor R, et al. 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.* 2014; 11(2):68-72.

7.- Díaz J, Dávila F, et al. Prevalencia de artritis reumatoide en Colombia: una aproximación basada en la carga de la enfermedad durante el año 2005. *Rev Colom Reumatol* 2016; 23(1):11–16.

8.- Reyes E, Nerey W, et al. Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes con artritis reumatoide. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. *Revista Cubana de Reumatología* 2015; XVII(1):17-24.

9.- Combe B, Lukas C, et al. Artritis reumatoide del adulto: epidemiología, clínica y diagnóstico. *EMC - Aparato locomotor* 2015; 48(4):1-17.

10.- García L. Avances en artritis reumatoide. *An. Real Acad. Farm.* 2014; 80(1):126-150.

11.- Barbadillo C. Artritis reumatoide (I). *Medicine.* 2013; 11(30):1841-1849

12.- Abásolo L. Triple terapia en la artritis reumatoide. *Reumatol Clin.* 2014; 10(5):275–277.

13.- Combe B, Lukas C, et al. Artritis reumatoide del adulto: estrategias terapéuticas. *EMC - Aparato locomotor* 2016; 49(2):1-24.

14.- Tornero J, Ballina F, et al. Recomendaciones para el uso del metotrexato en artritis reumatoide: incremento y reducción de dosis y vías de administración. *Reumatol Clin* 2015; 11(1):3-8.

15.- Sanmartí R, García S, et al. Actualización 2014 del Documento de Consenso de la Sociedad Española de Reumatología sobre el uso de terapias biológicas en la artritis reumatoide. *Reumatol Clin.* 2015; 11(5):279–294.

16.- Bohórquez C, Turrión A, et al. Actualización en el tratamiento de la artritis reumatoide. *Medicine.* 2014; 11(69):4112-4121.

17.- Salgado E, Maneiro J. Nuevos tratamientos en artritis reumatoide. *Medicina Clínica* 2014; 143(10):427-474.

18.- Méndez C, Andreu J, et al. Artritis reumatoide (II). *Medicine* 2013; 11(30):1850-1855.

19.- Bautista W, Fernández D, et al. Perfil epidemiológico de pacientes colombianos con artritis reumatoide evaluados en una clínica especializada de atención integral. *Reumatol Clin.* 2015; 12(6): 303-364.

20.- González Z, Egüez J, et al. Caracterización clínico–epidemiológica de pacientes con artritis reumatoide. *Revista Finlay* 2015; 5(4):264-274.

21.- Prada D, Hernández C, 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; XVII(1):48-60.

22.- Gamal R, Mahran S, et al. Quality of life assessment in Egyptian rheumatoid arthritis patients: Relation to clinical features and disease activity. *The Egyptian Rheumatologist* 2016; 38(2):65-70.

23.- Villamizar J, Serrano F, et al. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. *Horiz Med* 2015; 15(1):76-77.

24.- Díaz J, Dávila F, et al. Evaluación de la fiabilidad del SF-36 en pacientes colombianos con artritis reumatoide. *Rehabilitación (Madr)*. 2017; 51(2):79-85.

25.- Gong G, Mao J. Health-Related Quality of Life Among Chinese Patients With Rheumatoid Arthritis The Predictive Roles of Fatigue, Functional Disability, Self-Efficacy, and Social Support. *Nursing Research* 2016; 65(1):55–67.

26.- Hunter D, Riordan E. The impact of arthritis on pain and quality of life: an Australian survey. *International Journal of Rheumatic Diseases* 2014; 17:149–155.

27.- Wan S, He H, et al. Health-Related Quality of Life and Its Predictors among Patients with Rheumatoid Arthritis. *Appl Nurs Res*. 2016; 30:176-183.

28.- Matcham F, Scott I, et al. The impact of Rheumatoid Arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: A systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum*. 2014; 44(2):123-130.

XIV.- ANEXOS.

“Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides de la unidad de medicina familiar No. 93 del IMSS”

ANEXO 1.

<p>HOJA DE RECOLECCIÓN DE DATOS Delegación México Oriente Jefatura de Prestaciones Medicas Coordinación de Educación e Investigación en Salud Unidad de Medicina Familiar No. 93</p>	
<p>INSTRUCCIONES:</p> <p>1. Anote sobre la línea los datos personales solicitados y marque con una x la respuesta que corresponda a cada pregunta .</p> <p>2. Se agradece su participación en el estudio. Los datos que proporciona son anónimos y confidenciales.</p>	
No. De Folio:	
Edad en años:	
Sexo:	
Estado civil	
Escolaridad	
Ocupación	
Años que tienen con artritis reumatoide	
Uso de medicamentos	

			Teléfono y/o local	Resultado del cuestionario SF-36		corticoide		
				Menor a 50	Mayor a 50	con uso	Sin uso	
1								

“Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides de la unidad de medicina familiar No. 93 del IMSS”

ANEXO 2.

CUESTIONARIO "SF-36" SOBRE CALIDAD DE VIDA

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

1. En general, usted diría que su salud es:
 - Excelente.....1
 - Muy buena.....2
 - Buena.....3
 - Regular.....4
 - Mala.....5
2. ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con la de hace un año?
 - Mucho mejor ahora que hace un año..... 1
 - Algo mejor ahora que hace un año..... 2
 - Más o menos igual que hace un año.....3
 - Algo peor ahora que hace un año..... 4
 - Mucho peor ahora que hace un año.....5
3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿cuánto?

<u>ACTIVIDADES</u>	Sí, me limita mucho	Me limita un poco	No, no me limita nada
a. Esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos Pesados, o participar en deportes agotadores.	1	2	3
b. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora	1	2	3
c. Coger o llevar la bolsa de la compra	1	2	3
d. Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
e. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas	1	2	3
	1	2	3

g. Caminar un kilómetro o más de uno			
h. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
i. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse por uno mismo	1	2	3

4. Durante las 4 últimas semanas, ¿ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades Cotidianas, a causa su salud física?

	SÍ	NO
a. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
b. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
d. ¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1	2

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

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

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

Nada.....1
 Un poco.....2
 Regular.....3
 Bastante.....4
 Mucho.....5

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

No, ninguno.....1
 Sí, muy poco.....2
 Sí, un poco.....3
 Sí, moderado.....4

- Sí, mucho.....5
 Sí, muchísimo.....6
8. Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?
- Nada.....1
 Un poco.....2
 Regular.....3
 Bastante.....4
 Mucho.....5
9. Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo...?

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

10. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)?
- Siempre.....1
 Casi siempre.....2
 Algunas veces.....3
 Sólo alguna vez.....4
 Nunca.....5

11. Por favor, diga si le parece CIERTA o FALSA cada una de las siguientes frases:

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

Puntaje total= 0 a 100
 <50= mala calidad de vida.
 >50= buena calidad de vida.



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN
Y POLITICAS DE SALUD
COORDINACION DE INVESTIGACION EN SALUD
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS)
CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS
DE INVESTIGACIÓN.

Nombre del estudio:	Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides de la unidad de medicina familiar No. 93 del IMSS.
Patrocinador externo (si aplica):	Ninguno.
Lugar y fecha:	El estudio se llevará a cabo en la Unidad de Medicina Familiar No 93, Delegación México Oriente. Vía Morelos 314, Jardines de casa nueva, C.P. 55430, Ecatepec de Morelos México, durante el periodo de Enero a marzo de 2019.
Número de registro:	
Justificación y objetivo del estudio:	Esta investigación tiene como fin conocer cómo lleva su forma de vivir al cursar con esta enfermedad llamada artritis reumatoide, como influye en su quehacer diario, en su estado de ánimo y en su condición física, así mismo conocer qué tipo de medicamentos toma ya sea esteroides u otros para controlar esta enfermedad. Todo esto debido a que la artritis reumatoide es una enfermedad de larga duración que puede afectar la forma de vida de las personas, sin embargo existen tratamientos que pueden controlar adecuadamente esta enfermedad, para que las actividades de la vida diaria sean lo más normales posibles y que no afecte su forma de vivir.
Procedimientos:	Una vez que decida participar, se le pedirá que conteste un cuestionario llamado calidad de vida "SF-36", el cual está conformado por 36 preguntas, donde usted contestará la respuesta con la que más se identifique, no existen respuestas correctas, tiene un tiempo aproximado para contestarlo de 12 minutos. Al terminar de contestarlo se le proporcionará una plática sobre la enfermedad y un folleto informativo.
Posibles riesgos y molestias:	Este estudio tiene un riesgo mínimo, ya que al contestar el cuestionario, algunas preguntas podrían causarle molestia o tristeza, de ser así, usted puede elegir no seguir contestando el cuestionario y retirarse del estudio en el momento que lo decida.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	Se le proporcionará un folleto informativo con la descripción detallada y explicada de la enfermedad y su evolución, así mismo algunas formas de mejorar su autocuidado para que pueda llevar lo mejor posible una vida aún con esta enfermedad. Se le invitará a una plática informativa sobre la enfermedad para resolver todas las dudas que surjan. También se les canalizará a trabajo social, de requerirlo a reumatología y medicina física y rehabilitación a través de vías institucionales.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Los resultados serán otorgados de manera personalizada y confidencial a cada participante, resolviendo dudas generadas del estudio. En caso de requerir de la valoración por segundo nivel, se realizará a través de vías institucionales por su médico familiar.
Participación o retiro:	Usted es libre de decidir si participa o no en este estudio y podrá retirarse en el momento en que lo desee sin que repercuta en la atención que recibe de la institución.
Privacidad y confidencialidad:	Sus datos personales serán resguardados de tal manera que solo pueden ser identificados por los Investigadores. En caso de presentaciones o publicaciones que se deriven de este estudio, no se identificara al participante y se mantendrá la confidencialidad de la información.
En caso de colección de material biológico (si aplica):	
<input type="checkbox"/>	No autoriza que se tome la muestra.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra solo para este estudio.
<input type="checkbox"/>	Si autorizo que se tome la muestra para este estudio y estudios futuros.

Beneficios al término del estudio: Se les dará un folleto informativo sobre los síntomas que presenta de la Artritis reumatoide y la manera de hacer actividades de rehabilitación y poder afrontarlos para

hacer más llevadero su padecimiento, se le otorgará una plática informativa acerca de la artritis reumatoide. Con la ayuda de su medico familiar integrar tratamiento en caso de que lo requiera y envío a un segundo nivel en caso necesario por vías institucionales.

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a:

Investigador responsable: Dra. Wendy Saucedo Ramírez. Especialista en Medicina Familiar, teléfono: 5541825287, Matricula: 9936 8765. correo electrónico: wendy_saucedo2078@hotmail.com.

Colaboradores: MCyP. Juan Manuel Chávez Flores. Residente de tercer año de Medicina Familiar UMF 93. Teléfono: 5583166694. Matricula 97157646. Correo electrónico: jmcflores75@yahoo.com.

Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. MéxicoD.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx.

Juan Manuel Chávez Flores. Matricula 97157646.

Nombre y firma del sujeto

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 1

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

Clave: 2810-009-013

“Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides de la unidad de medicina familiar No 93 del IMSS”

ANEXO 5

DESGLOSE FINANCIERO

RECURSOS HUMANOS: El investigador responsable y el colaborador.

RECURSOS MATERIALES

Computadora	\$10 000.00
Impresora y cartucho de impresión	\$ 5 000.00
Hojas de papel bond blancas	\$ 1000.00
Lápices, bolígrafos, gomas, sacapuntas	\$ 500.00
Engrapadoras y grapas	\$ 200.00
Calculadora	\$ 300.00
Total	\$ 17 000.00

“Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides de la unidad de medicina familiar No. 93 del IMSS”

ANEXO 6.

Platica informativa de artritis reumatoide.

Horario	tema	Actividad	Coordinador
9:00 – 9:25 hs	Presentación. Frecuencia de la enfermedad. Síntomas de la artritis reumatoide	Presentación en Power point. Participación con preguntas dirigidas y aclaración de dudas	Residente Juan M. Chávez Flores
9:26- 9:50 hs	Diagnóstico y tratamiento con medicamentos.	Presentación en power ponit. Participación con preguntas dirigidas y aclaración de dudas	Residente Juan M. Chávez flores
9:51- 10.15 hs	Proceso de rehabilitación integral	Presentación en power point. Participación con preguntas dirigidas y aclaración de dudas.	Residente Juan M. Chávez Flores

“Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides de la unidad de medicina familiar No. 93 del IMSS”

Anexo. 7

ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide AR es una enfermedad crónica, inflamación de las articulaciones y tejidos circundantes.

CAUSAS

- Enfermedad auto inmunitaria, el sistema inmunitario del cuerpo ataca por error al tejido sano.
- Es más común en la mediana edad.
- Las mujeres tienen más probabilidad de padecerla.
- El tabaquismo también puede estar asociado con la AR.

SÍNTOMAS.

- Afecta las articulaciones en ambos lados del cuerpo por igual.
- Inicialmente: dolor articular leve, rigidez y fatiga.
- Rigidez matutina, que dura más de 1 hora.
- Las articulaciones pueden sentirse calientes.
- Pérdida de movimiento.

- Deformación de articulaciones.
- Otros síntomas: Dolor al respirar, resequedad en ojos y boca

PRUEBAS Y EXÁMENES

Pruebas de laboratorio que a menudo ayudan en el diagnóstico son:

- Factor reumatoide
- Conteo sanguíneo completo
- Proteína C reactiva
- Tasa de sedimentación eritrocítica.
- Radiografías de las articulaciones
- Ecografía, resonancia magnética (RM) de las articulaciones

TRATAMIENTO

- Medicinas, fisioterapia, ejercicio, educación y posiblemente cirugía.
- Fármacos puede ser muy útil para frenar la destrucción de la articulación y prevenir deformidades.

FISIOTERAPIA

Los ejercicios de rango o amplitud de movimiento y los programas indicados por un fisioterapeuta pueden retardar la pérdida de la función articular y ayudar a mantener los músculos, con uso máquinas especiales para aplicar calor profundo o estimulación eléctrica para reducir el dolor y mejorar la movilidad articular. Otras terapias que pueden ayudar a aliviar el dolor articular abarcan:

Tratamientos con calor y frío.
Férulas o dispositivos ortopédicos para apoyar y alinear las articulaciones

Períodos frecuentes de descanso entre las actividades, así como de 8 a 10 horas de sueño cada noche

NUTRICIÓN

Algunas personas con AR pueden tener intolerancia o alergias a determinados alimentos.

Puede ayudar el hecho de consumir alimentos ricos

*en aceites de pescado
(ácidos grasos omega-3).*

*Es necesario suspender
el cigarro y el alcohol*

COMPLICACIONES

- *Daño al tejido pulmonar*
- *Aumento del riesgo de arterioesclerosis*
- *Lesión en la columna*
- *Inflamación de los vasos sanguíneos,*
- *Problemas en la piel, los nervios, el corazón y el cerebro.*

PREVENCIÓN

- *9No Fumar.*
- *El tratamiento apropiado puede ayudar a prevenir un daño mayor a las articulaciones*

Unidad de Medicina familiar número 93.

*Delegación México
Oriente.
Estado de México.*



*ARTRITIS
REUMATOIDE.*

“Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides de la unidad de medicina familiar No. 93 del IMSS”



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité Local de Investigación en Salud 1401.
H GRAL REGIONAL 106 Fidel Velázquez Sánchez

Registro COFEPRIS 17 CI 15 033 046

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 15 CEI 001 2017022

FECHA **Jueves, 06 de junio de 2019**

Dra. WENDY SAUCEDO RAMIREZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides de la unidad de medicina familiar No 93 del IMSS** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.P.R.O.B.A.D.O.**

Número de Registro Institucional

R-2019-1401-042

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

Dr. GENARO ÁNGEL CUAZOCAPPA DELGADILLO
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1401

IMSS

1

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

“Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides de la unidad de medicina familiar No. 93 del IMSS



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



Dictamen de Aprobado

Comité de Ética en Investigación 14018,
H GRAL REGIONAL 106 Fidel Velázquez Sánchez

Registro COFEPRIS 17 CI 18 033 048

Registro CONBIOÉTICA CONBIOÉTICA 15 CEI 001 2017022

FECHA Lunes, 27 de mayo de 2019

Dra. WENDY SAUCEDO RAMREZ

PRESENTE

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides de la unidad de medicina familiar No 93 del IMSS** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A.P.R.O.B.A.D.O**

Número de Registro Institucional

Sin número de registro

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE


Dra. ANA LAURA GUERRERO MORALES
Presidente del Comité de Ética en Investigación No. 14018

Imprimis

IMSS

SECRETARÍA DE SALUD

“Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento con esteroides de la unidad de medicina familiar No. 93 del IMSS



Universidad Autónoma del Estado de México
Secretaría de Investigación y Estudios Avanzados

Toluca, México a 23 de Septiembre de 2019

CONSTANCIA

Registro de Protocolo de Trabajo Terminal

Número de Registro: ESMEFA-01-10719

Nombre del Programa Académico: Especialidad en Medicina Familiar

Tema de Trabajo terminal de grado: Calidad de vida en pacientes con Artritis reumatoide en tratamiento con esteroides de la Unidad de Medicina Familiar No.93 del IMSS.

Nombre del Alumno: Chávez Flores Juan Manuel

No. de cuenta: 1730241

Comité de Tutores

Tutora Académica: E. en M.F. Wendy Saucedo Ramírez



DIRECCION DE
ESTUDIOS AVANZADOS

M. en A. Alfredo Mercado Velasco
Director de Estudios Avanzados

