

**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TEMA:

**ESTUDIO PILOTO PARA ADAPTACION CULTURAL Y
VALIDACION DEL HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE
(HAQ) EN ECUADOR**

AUTOR (ES):

**ANDRAMUÑO TAPIA LUIS EDUARDO
DIAZ SUAREZ GABRIEL ESTEBAN**

**Trabajo de titulación previo a la obtención del grado de
MEDICO**

TUTOR:

ZUÑIGA VERA ANDRES EDUARDO

Guayaquil, Ecuador

26 de Septiembre del 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **ANDRAMUÑO TAPIA LUIS EDUARDO Y DIAZ SUAREZ GABRIEL ESTEBAN**, como requerimiento para la obtención del Título de **MEDICO**.

TUTOR (A)

f. _____
ZUÑIGA VERA ANDRES EDUARDO

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____
AGUIRRE MARTINEZ JUAN LUIS

Guayaquil, a los 26 días del mes de Septiembre del 2016



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Andramuño Tapia Luis Eduardo y**
Díaz Suarez Gabriel Esteban

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **ESTUDIO PILOTO PARA ADAPTACION CULTURAL Y VALIDACION DEL HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (HAQ-ES) EN ECUADOR** previo a la obtención del Título de **MEDICO**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, 26 de septiembre del 2016

EL AUTOR (A)

f. _____
ANDRAMUÑO TAPIA LUIS EDUARDO

f. _____
DIAZ SUAREZ GABRIEL ESTEBAN



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Andramuño Tapia Luis Eduardo y**
Díaz Suarez Gabriel Esteban

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **ESTUDIO PILOTO PARA ADAPTACION CULTURAL Y VALIDACION DEL HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (HAQ-ES) EN ECUADOR**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, 26 de septiembre del 2016

EL (LA) AUTOR(A):

f. _____
ANDRAMUÑO TAPIA LUIS EDUARDO

f. _____
DIAZ SUAREZ GABRIEL ESTEBAN

AGRADECIMIENTO

QUEREMOS AGRADECER A TODAS LAS PERSONAS QUE HICIERON POSIBLE LA CULMINACIÓN DE ESTE PROYECTO ESPECIALMENTE A NUESTRO TUTOR DR. ANDRÉS ZUÑIGA VERA POR INCLUIRNOS EN SU EQUIPO DE TRABAJO Y POR EL DON DE LIDERATO QUE TUVO PARA CON NOSOTROS, EXTENDER A SU VEZ ESTE AGRADECIMIENTO AL DR. MARIO MORENO POR BRINDARNOS SU TIEMPO Y AMABILIDAD DURANTE LAS CONSULTAS Y A NUESTRA AMIGA ANALIA CAICEDO POR OFRECERNOS SU AYUDA INCONDICIONAL EN LA RECOLECCION DE DATOS, GRACIAS A TODOS.

DEDICATORIA

ESTE TRABAJO VA DEDICADO A DIOS, POR PERMITIRME TENER A MIS PADRES LUIS Y MILDRED CON VIDA, QUE CON SUS ENSEÑANZAS Y TANTA ENTREGA HAN LOGRADO QUE CUMPLA UNO DE MIS SUEÑOS, POR HABERME DADO A MI HERMANO MAYOR LUIS, FAMILIARES, AMIGOS DEL COLEGIO, AMIGOS DE LA UNIVERSIDAD Y AHORA COLEGAS QUE ME BRINDARON DE SU APOYO DURANTE TODA LA CARRERA, USTEDES SABEN QUIENES SON CADA UNO, LES AGRADEZCO POR SER MI INSPIRACIÓN PARA SEGUIR SUPERÁNDOME A PESAR DE CUALQUIER ADVERSIDAD Y TODO LO QUE LOGRE SERA DEDICADO SIEMPRE A USTEDES. LOS AMO Y ESTOY ETERNAMENTE AGRADECIDO.

Gabriel Díaz Suarez

QUIERO DEDICAR ESTE TRABAJO A DIOS, POR DARLES LA SABIDURIA Y CAPACIDAD A MIS PADRES PARA PERMITIRME CULMINAR MI CARRERA CON ESTE PEQUEÑO PROYECTO, USTEDES SABEN QUE SIN USTEDES NO SOY NADIE Y CON USTEDES SOY TODO, A MIS FAMILIARES, COLEGAS Y AMIGOS QUE NUNCA DUDARON EN APORTAR SU GRANITO DE ARENA.

Luis Andramuño Tapia



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA**

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

DRA CARIDAD MAYO
DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

DR. MANUEL PEREZ
DOCENTE DE LA CARRERA

f. _____

DR. VASQUEZ CEDEÑO DIEGO
COORDINADOR DEL ÁREA O DOCENTE DE LA CARRERA

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	14
CAPITULO I	16
ARTRITIS REUMATOIDE	16
CAPÍTULO II	18
MÉTODOS DE EVALUACIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE.	18
EVALUACION DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD.....	21
EVALUACION DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR.....	23
ESCALA VISUAL ANALOGA (VISUAL ANALOGUE SCALE: VAS).....	24
EVALUACION GLOBAL DE LA ENFERMEDAD.....	24
DISCAPACIDAD.....	25
EVALUACION DE LA INFLAMACION: REACTANTES DE FASE AGUDA.....	26
EVALUACION DEL DAÑO ARTICULAR	28
CAPITULO III	30
HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (HAQ)	30
Capítulo IV	32
METODOLOGÍA.....	32
DISEÑO DEL ESTUDIO	32

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL ESTUDIO.....	33
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL ESTUDIO.....	33
VARIABLES.....	33
OBJETIVO GENERAL	34
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	34
ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	34
RESULTADOS.....	35
DISCUSIÓN.....	37
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	38
REFERENCIAS	39
GLOSARIO	43
ANEXOS.....	44

INDICE DE TABLAS

TABLA 1: Medidas de evaluación en artritis reumatoide. Tomada de Clinimetría en AR. Sociedad Argentina de Reumatología	44
TABLA 2: Pacientes según Grado de discapacidad acorde a puntaje HAQ, media y desviación estándar de cada variable.....	45
TABLA 3: Porcentaje de pacientes con AR según sexo.....	45
TABLA 4: Índices de correlación de Spearman entre variables utilizadas.....	46
TABLA 5: Porcentajes de pacientes con remisión y sin remisión según DAS28	46

INDICE DE GRAFICOS

GRAFICO 1: Porcentajes de pacientes con AR según sexo.....	47
GRAFICO 2: Porcentaje de pacientes según grado de severidad en base a puntaje HAQ-ES.....	47
GRAFICO 3: Porcentajes de pacientes según grado de severidad y según nivel de instrucción académica.....	48

RESUMEN

La evaluación de pacientes con artritis reumatoide (AR) es compleja porque se debe valorar actividad, daño y función. El Health Assessment Questionnaire (HAQ); es el instrumento de elección para objetivar la capacidad funcional de los pacientes con AR.

MÉTODOS: Es un estudio piloto, observacional, transversal, analítico y explicativo. Dividido en dos fases, la primera fase incluye a cualquier persona ecuatoriana que acuda a los servicios de salud como el Centro de Salud #8, CS Pascuales y Consulta Externa del Hospital Teodoro Maldonado y la segunda fase incluye a los pacientes que acudan a la consulta externa de reumatología en el Hospital Luis Vernaza en el periodo de abril del 2016 hasta agosto del 2016. La recolección de datos fue por entrevista directa.

RESULTADOS: Durante la primera fase del estudio piloto se obtuvo que el 85% de las personas comprendieron muy bien el HAQ-ES, mientras que solo el 15% lo comprendieron bien.

Posteriormente se analizaron 26 pacientes que acudieron a la consulta externa de reumatología del Hospital Luis Vernaza. Se analizó la puntuación obtenida del cuestionario HAQ-ES donde se obtuvo que el 84.62% (n=22) tuvo una puntuación entre 0 - 0.99 indicando una discapacidad leve a moderada, el 3.85% (n=1) una puntuación entre 1-1.99 indicando una discapacidad moderada a grave y el 11.54% (n=3) una puntuación entre 2-3 indicando una discapacidad entre grave a muy grave. Se relacionó a los pacientes con AR con la actividad de la enfermedad mediante el DAS28 donde se obtuvo que un 53.84% (n=14) de los pacientes se encontraban en remisión, un 46.15% (n=12) se encontraban con actividad de la enfermedad. y se estableció la relación entre la actividad de la enfermedad y el puntaje de HAQ-ES demostrando que el DAS28 aumenta un 15% mientras mayor sea el puntaje del HAQ-ES. **CONCLUSIONES:** La versión española del HAQ puede ser un instrumento útil para medir la discapacidad en pacientes ecuatorianos con AR.

ABSTRACT

The evaluation of patients with rheumatoid arthritis (RA) is complex because it must assess activity, damage and function. The Health Assessment Questionnaire (HAQ); It is the instrument of choice to objectify the functional capacity of patients with RA.

Methods: An observational, transversal, analytical and explanatory pilot study. Divided into two phases, the first phase includes any Ecuadorian person who comes to health services as the Health Center # 8, CS Pascuales and Outpatient Hospital Teodoro Maldonado and the second phase includes patients attending the consultation external rheumatology at the Hospital Luis Vernaza in the period April 2016 to August 2016. Data collection was by direct interview.

RESULTS: During the first phase of the pilot study was obtained that 85% of people understood very well the HAQ-ES, while only 15% understood it well. Subsequently 26 patients who attended the outpatient rheumatology Luis Vernaza Hospital were analyzed. the score of the questionnaire was analyzed HAQ-ES where it was found that 84.62% (n = 22) had a score between 0 to 0.99 indicating mild to moderate disability, 3.85% (n = 1) a score between 1-1.99 indicating a moderate to severe disability and 11.54% (n = 3) a 2-3 score indicating a disability from severe to very severe. It was related to RA patients with disease activity by DAS28 where he obtained a 53.84% (n = 14) of patients were in remission a 46.15% (n = 12) were with activity disease. and the relationship between disease activity score and HAQ-ES was established showing that the DAS28 increased by 15% the higher the score HAQ-ES. **CONCLUSIONS:** The Spanish version of HAQ can be a useful instrument for measuring disability in RA patients Ecuadorian instrument.

Keywords: Rheumatoid Arthritis, disability, HAQ, DAS28, activity, joints, swelling.

INTRODUCCIÓN

La evaluación de pacientes con artritis reumatoide (AR) es compleja porque se debe valorar actividad, daño y función. Existen limitaciones en el valor de las pruebas de laboratorio tales como el factor reumatoide (FR) que puede ser negativo en 20-30% de los pacientes con artritis reumatoide (AR) y la eritrosedimentación (ERS) normal en un 40% de los pacientes sin correlacionarse a la actividad de la enfermedad. Es por aquello donde radica la necesidad de la implementación de instrumentos o medidas de evaluación que brinden información cuantitativa que sea beneficioso para el diagnóstico, evolución y pronóstico de los pacientes. Además que con los datos obtenidos se puede tomar conductas terapéuticas y cambiar la historia natural de la enfermedad. En una investigación realizada por el grupo de estudio de Artritis Reumatoide de la SAR se observó que sólo el 6.4% de los reumatólogos utilizan esta información en su práctica(1).

Dentro de las medidas de evaluación para la actividad de la enfermedad se aplica RADAI: Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index que consta de seis preguntas; las tres primeras evalúan actividad acerca de los seis meses previos, del momento actual, la rigidez matinal e intensidad del dolor en diferentes articulaciones. Uno de los índices compuestos mas utilizados es el DAS28 que permite al reumatólogo tener un mejor conocimiento de la actividad combinando mediante un cálculo matemático $DAS28 = [0.56 \times \sqrt{N^{\circ} \text{Articulaciones Dolorosas (conteo de 28)}} + 0.28 \times \sqrt{N^{\circ} \text{Articulaciones Tumefactas (conteo de 28)}} + 0.7 \times \ln \text{ERS} + 0.014 \times \text{EVA Global Paciente}]$.

El daño estructural en general se evalúa mediante el uso de índices radiológicos, aunque actualmente también se utilizan la ecografía y la resonancia magnética. Los índices cuantitativos más empleados son el SHARP modificado por Van der Heijde y Genant(2) (3)

Dentro de las medidas de capacidad funcional destaca el HAQ (Health Assessment Questionnaire) el cual en su versión original contiene 5 áreas que mide discapacidad, dolor, eventos adversos, costos y mortalidad en aproximadamente 23 páginas por lo que es considerado como un cuestionario demasiado extenso, complejo de calcular, siendo utilizado en investigaciones clínicas. Por esta razón se crearon versiones resumidas que han permitido su uso en la práctica clínica como es el HAQ-DI (Disability Index) versión que es usada para traducción y adaptación a los distintos países incluyendo países hispanohablantes como España(4) y Argentina(5).

El HAQ-DI es un cuestionario que refiere 8 áreas de actividades diarias que realizan los pacientes durante la última semana. Tiene 4 posibles respuestas que van desde sin dificultad a imposibilidad de hacerlo y el paciente marcará la respuesta según su capacidad funcional. Cada respuesta tiene un valor de 0 a 3, el cual se elige el valor más alto en cada categoría. Por ejemplo, si en la categoría “vestirse” el paciente elige en una pregunta la opción con mucha dificultad y en la otra con poca dificultad, le corresponde un puntaje de 2 y así sucesivamente. El puntaje total se obtiene del promedio de las 8 áreas. La interpretación del HAQ va de 0 a 3, en donde 0 es normal, es decir, sin discapacidad y 3 es discapacidad severa. El tiempo estimado de realización no sobrepasa los 5 minutos y la importancia está en que se realice periódicamente

Al ser un cuestionario realizado en un país con otro idioma debe ser traducido y adaptado correctamente para la población diana donde se quiera aplicarlo y eventualmente sea validado.

CAPITULO I

ARTRITIS REUMATOIDE

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, progresiva, autoinmune de etiología desconocida que afecta a adultos mayores en edad activa y además de pronóstico reservado. Se trata de la inflamación de muchas articulaciones de forma simétrica. Las pequeñas articulaciones como las interfalángicas son las principalmente afectas produciendo destrucción irreversible de los cartílagos y huesos provocando sus distintos grados de deformidad y por lo tanto discapacidad funcional al paciente.(6–8)

Se estima que aproximadamente un 0.4 – 1.3 de la población mundial padece esta enfermedad⁹⁻¹⁰. Afecta más a mujeres que a hombres (relación 3-1), así mismo afecta todos los grupos de edad pero es más común entre los 30 y 60 años de edad.

La etiología no ha sido determinada hasta el momento pero si se sugiere que en muchos casos son el resultado de una interacción entre factores genéticos y exposición ambiental

Se trata de una enfermedad que no solo daña las articulaciones si no que también se caracteriza por presentar otras manifestaciones extraarticulares como es el hallazgo de factor reumatoide (FR) y la formación de complejos.

La clínica clásica incluye dolor y rigidez en las pequeñas articulaciones y que luego avanza a articulaciones más grandes, las articulaciones de la columna vertebral no se ven afectadas a excepción de la porción cervical¹⁴

La AR se diagnostica mediante un proceso detallado comprendido por examen físico, laboratorio e imagenología, todo incluido en los criterios de clasificación del American College of Rheumatology (ACR) y European League Against Rheumatism (ELAR)(9).

La principal consecuencia de la AR es el deterioro de la calidad de vida debido a la disminución de la capacidad para realizar actividades cotidianas, afectando el desarrollo del paciente en el aspecto físico y socialmente ¹³⁻¹⁶. Se ha evaluado la calidad de vida de estas pacientes mediante herramientas como el QoL demostrando que en pacientes adultos y ancianos disminuye significativamente la calidad de vida sin embargo en cuanto a impacto de la discapacidad si se ven más afectados los adultos comparado con los ancianos (10).

El consumo de cigarrillos tiene un efecto gatillo en pacientes predispuestos para AR, el mecanismo por el cual influye el cigarrillo al desarrollo de la sinovitis no está muy claro pero puede deberse a una activación de la inmunidad innata. El consumo de cigarrillo incrementa el riesgo de padecer la enfermedad en un 1.4 – 2.2%(11).

Muchos factores de riesgo se han asociado a la AR, tales como la edad de inicio de la enfermedad, la historia familiar, factor genético incluyendo asociación con factor ambiental, género femenino, bajo nivel de educación, factores hormonales y reproductivos como la lactancia materna incluso factores de estilo de vida como el tipo de dieta, consumo de cigarrillo; todo asociado a la mayor incidencia de AR.

CAPÍTULO II

MÉTODOS DE EVALUACIÓN CLÍNICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE.

A lo largo de las últimas décadas se han desarrollado distintos instrumentos que permiten evaluar de manera clínica a los pacientes con artritis reumatoide, a su vez permiten la cuantificación de los efectos clínicos. (12)

Actualmente los instrumentos de medida han sido agrupados para poder ser utilizados en ensayos clínicos aleatorizados y en pacientes con la enfermedad propiamente dicha. Por tal motivo la evaluación de pacientes hoy en día tiene una connotación más cuantitativa en la que la actividad de la enfermedad y sus repercusiones han dejado de ser una apreciación intuitiva para pasar a ser un fenómeno medible. (13)

A pesar de la importancia de las medidas de evaluación existente que otorgan una mejor y más exacta información, sobre el diagnóstico, evolución y pronóstico de los pacientes; según una encuesta realizada por Flowers y Wolfe²⁹ se evidenció que menos del 15% de los reumatólogos recolectan información cuantitativa como consecuencia de la falta de estandarización de ciertas medidas de evaluación.(14)

Las medidas de evaluación en AR han sido agrupadas según la variable que utilizan para cuantificar: la actividad de la enfermedad, la capacidad funcional, el daño estructural y la calidad de vida.

A principios de los años noventa, tanto el Colegio Americano de Reumatología como la Liga Europea proponen el uso de las siguientes medidas de **evaluación de actividad de la enfermedad**. Estas medidas incluyen: recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas, evaluación de la intensidad del dolor y del estado general por el paciente y por el médico, reactantes de fase aguda, cuestionarios de autoevaluación, índices

compuestos y criterios de respuesta. Dentro de las medidas de **capacidad funcional** se destacan el HAQ (Health Assessment Questionnaire) y el AIMS (Arthritis Impact Measurement Scale), existiendo también pruebas que evalúan capacidades específicas como la fuerza de puño, la prueba del botón, la prueba de caminata, etc. El **daño estructural** en general se evalúa mediante el uso de índices radiológicos, si bien ahora también se utilizan la ecografía y la resonancia magnética. Por último, la evaluación de la calidad de vida puede realizarse a través de instrumentos genéricos o específicos, entre los que se destacan el SF-36 y el RAQoL. (15,16).

La evaluación clínica de los pacientes puede ser realizada de manera esquemática, tradicional o de una forma sistemática. La evaluación clínica tradicional incluiría la que se realiza a diario con cualquier paciente, y que conlleva una historia clínica, una exploración y una toma de decisiones, sin un registro sistemático de los datos. En estas circunstancias, la información transcrita en la historia clínica suele ser mínima, arbitraria y variable. En muchas ocasiones se depende más de las circunstancias que rodean el acto médico que de una estrategia perfectamente definida sobre los datos a recoger. Dése cuenta el lector que ello no implica que no se obtengan los datos, ya que muchas veces sí se obtienen, sino que no se registran de forma sistemática. Sin embargo, esta forma de actuar, que puede funcionar muy bien en la evaluación de los problemas agudos, plantea serias dificultades en la evaluación de los problemas crónicos, como han destacado Pincus y Wolfe en los últimos años.(11,13)

Este método supone que el seguimiento de los enfermos está basado en la memoria del clínico, su experiencia previa y sus habilidades personales. De esta forma, el clínico tenderá a tener, a lo largo del tiempo, una visión sesgada de su trabajo, que podrá ser optimista o pesimista en función de las circunstancias. La falta de registros impide que el médico pueda evaluar su propia actividad clínica o que su experiencia pueda servir a terceros interesados en revisar el seguimiento de un determinado grupo de enfermos.

Según un artículo publicado por la SER, recomienda que la evaluación clínica de pacientes con AR debería ser sistemática, basándose en que se debe tener en cuenta como primer punto, que aspecto de la enfermedad se desea evaluar, tales como: inflamación, discapacidad, dolor. Como segundo punto surge la siguiente pregunta: ¿Cómo medir cada aspecto? , para la cual se tiene las siguientes opciones: recuentos articulares, cuestionarios y dolor global autopercibido. Finalmente se debe decidir el instrumento concreto con el cual se va a realizar las mediciones. Los acuerdos inicialmente logrados por americanos(15) (17) y europeos(18) se pusieron en común en la primera Conferencia OMERACT (Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials) celebrada en Maastricht en 19926. Sus conclusiones se alcanzaron por consenso y tras examinar las características psicométricas de los parámetros más utilizados en la evaluación clínica de la AR. Posteriormente, estos acuerdos fueron ratificados por el American College of Rheumatology(15) y, más adelante, por la Organización Mundial de la Salud y las European (EULAR) e International Leagues Against Rheumatism (ILAR)(13)

Las recomendaciones del American College of Rheumatology/OMERACT(15) contienen un conjunto mínimo de parámetros seleccionados para evaluar la actividad de la AR de forma estandarizada, en los ensayos clínicos, con independencia del tipo de tratamiento evaluado.

Al mismo tiempo, la elección de estos parámetros trató de reducir las redundancias y de maximizar la eficiencia en las mediciones. Dichas recomendaciones incluyen: a) número de articulaciones dolorosas; b) número de articulaciones tumefactas; c) dolor; d) evaluación global de la enfermedad efectuada por el enfermo; e) evaluación global de la enfermedad efectuada por el médico o evaluador; f) capacidad funcional física, y g) reactantes de fase aguda. En los estudios de un año o más se recomienda añadir una evaluación radiológica o de alguna técnica de imagen(14) (TABLA 1)

EVALUACION DE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

Los recuentos o índices articulares evalúan el grado de dolor y tumefacción mediante un recuento del número de articulaciones dolorosas y del número de articulaciones tumefactas de acuerdo con una sistemática conocida.

En los últimos 50 años se desarrollaron varios índices articulares, ellos difieren básicamente en el número de articulaciones evaluadas; las escalas más viejas jerarquizan las articulaciones por áreas de superficie y otras otorgan grados al compromiso articular.(17)

Desde 1958 con Lansbury (19) encontramos diversos ensayos sobre cuántas articulaciones y de qué manera deben ser evaluadas en el examen clínico. En 1965 las Clínicas Cooperativas de la ARA (20) plantea la cuenta de 66 articulaciones, en las cuales se midieron dolor al movimiento, dolor a la presión e hinchazón. El índice de Ritchie (21), postula el examen de las mismas articulaciones más la columna cervical, considerando grados de 0 a 3 para el dolor a la presión, considerando como unidad las articulaciones MTF y MCF. Estos dos últimos índices tienen una excelente correlación. Recientemente se ha visto que el índice de Ritchie aplicado con una gradación de 0 (ausente) a 1 (presente), tiene más consistencia sin perder la sensibilidad, simplificando de esta manera la cuenta articular.

Desde la perspectiva de valorar cambios crónicos, Spiegel en 1987 (22) presenta una escala de evaluación de alineamiento y movimiento (JAM), en donde 20 áreas de articulaciones fueron calificadas de 0 a 4.

Y en el objetivo de simplificar sin perder el atributo de la sensibilidad al cambio, Egger (23) y posteriormente Fuchs (24) plantean evaluar un número reducido de articulaciones, 36 y 28 respectivamente.

En ensayos clínicos donde se utilizó antiinflamatorios no esteroideos con fármacos modificadores de la enfermedad, existió una discrepancia entre ambos parámetros en el 25% de los casos, es decir, algunos enfermos sólo mejoran en el número de articulaciones dolorosas pero no en el número de articulaciones tumefactas, y al revés.(15) A su vez, el dolor a la presión y/o movilidad de las articulaciones se relaciona muy bien con la evaluación del dolor, mientras que la tumefacción articular se relaciona mejor con el grado de inflamación articular medido con los reactantes de fase aguda. Por último, el número de articulaciones dolorosas es más sensible para detectar cambios en el seguimiento terapéutico que el número de articulaciones tumefactas.

No existe consenso en relación al número de articulaciones a evaluar. En general hay dos variantes una que postula la cuenta de 66/68 articulaciones (66 para valorar hinchazón y 68 para valorar dolor a la presión o al movimiento) y otra que postula un número reducido de articulaciones: 28. Entre estos dos métodos la diferencia más saltante es que el número reducido no considera las articulaciones de los pies, restando un importante elemento de evaluación clínica en determinados pacientes. Los demás atributos están presentes y es más factible la aplicación de una cuenta articular con menos articulaciones.

El FDA acepta que 28 articulaciones evaluadas en lo referente a sensibilidad e hinchazón son suficientes para establecer un adecuado seguimiento en ensayos clínicos para probar eficacia de medicamentos en AR.

EVALUACION DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR

El dolor es una de las manifestaciones que se presenta en casi todos los pacientes con AR. Es una experiencia puramente subjetiva, su percepción es dependiente de varias influencias y finalmente lleva a conductas de dolor que pueden ser observadas. La intensidad del dolor sólo puede ser cuantificada por quien lo sufre; en contraste, la conducta dolorosa puede ser evaluada por un observador entrenado.

Para la medición del dolor, desde hace muchos años se ha utilizado la escala visual análoga (EVA) o VAS por su siglas en ingles, aunque existen otras escalas como: Escala verbal en la que el paciente elige la palabra que mejor describe el grado de dolor percibido, escala numérica en la cual la intensidad de dolor es medida en números del 0 al 100, donde el 0 corresponde al dolor más suave y el 100 a un dolor insoportable y va de 10 en 10.

Existen además otras, como la escala de caras de Wong-Baker o escala de la expresión facial. Está compuesta por rostros con diferentes expresiones que representana una persona que está feliz porque no siente dolor o que está triste porque siente algo de dolor o mucho dolor. A cada rostro se le asigna una puntuación. Se pide al paciente que seleccione el rostro que describe mejor cómo se siente. Al no requerir lectura, escritura o capacidad expresiva, puede ser muy útil para valorar el dolor en pacientes con incapacidad para describirlo o para comprender las formas de valoración, como los niños menores de 3 años, las personas analfabetas, los pacientes con deterioro cognitivo y los más ancianos, con datos aceptables de fiabilidad y validez.(25)

ESCALA VISUAL ANALOGA (VISUAL ANALOGUE SCALE: VAS)

Esta escala fue creada por Scott-Huskinson en 1976. Está compuesta de un gráfico con una línea continua con los extremos marcados por dos líneas verticales que indican el dolor percibido. Se denomina analógica solo cuando se utilizan palabras en sus 2 extremos, como “no dolor” y el “máximo dolor imaginable”. Se denomina gráfica si se establecen niveles con las palabras de referencia. Al paciente no se le indica que describa su dolor con palabras específicas, sino que es libre de indicar sobre la línea continua, la intensidad de su sensación dolorosa en relación con los extremos de esta.

EVALUACION GLOBAL DE LA ENFERMEDAD

No hay que confundir evaluación global de la enfermedad con evaluación global de la salud. Para evaluar la AR de forma global en el enfermo se recomienda hacerlo simplemente con una simple pregunta; por ejemplo ¿Cómo se ha sentido en la última semana?, para responder esta pregunta se puede emplear las mismas escalas que se utilizan para la evaluación de la intensidad del dolor. Es conveniente que médico y enfermo realicen, cada uno por separado, su propia evaluación global de la enfermedad. Diferentes datos sugieren que médico y enfermo tendrían en cuenta aspectos distintos cuando tratan de evaluar la actividad de la enfermedad. Por todo ello, parece razonable incluir ambas en la evaluación clínica sistematizada.

DISCAPACIDAD

La discapacidad según la OMS se define como término general que abarca las deficiencias, las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación. Las deficiencias son problemas que afectan a una estructura o función corporal; las limitaciones de la actividad son dificultades para ejecutar acciones o tareas, y las restricciones de la participación son problemas para participar en situaciones vitales.

Por consiguiente, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que vive.

Para evaluar o medir el grado de discapacidad que presentan los pacientes existen cuestionarios validados, el más conocido y más utilizado hasta la actualidad es el Health Assessment Questionnaire (HAQ); es el instrumento de elección para objetivar la capacidad funcional de los pacientes con AR.(26)

Existen otros cuestionarios como el Arthritis Impact Measurement Scales (AIMS), Mc Master Toronto Arthritis Patient Preference y Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index; de los cuales el último mencionado también ha sido utilizado casi en la misma proporción como el HAQ.

EVALUACION DE LA INFLAMACION: REACTANTES DE FASE AGUDA.

La evaluación de la inflamación sistémica mediante las pruebas de laboratorio mejora los resultados obtenidos en el examen clínico. Tradicionalmente, la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la presencia de leucocitosis con desviación a la izquierda son marcadores diagnósticos de enfermedades inflamatorias e infecciosas.

Además, la determinación de los niveles séricos de las proteínas de fase aguda, particularmente la proteína C reactiva (PCR), se utilizan para evaluar tanto la presencia de inflamación y la respuesta al tratamiento. En la presente revisión, nos referiremos a la respuesta de fase aguda y la utilidad de los reactantes de fase aguda en la evaluación de la inflamación en las enfermedades reumáticas.

Las principales proteínas de fase aguda son: la PCR, algunos componentes del complemento sérico (especialmente C3), el fibrinógeno, el amiloide A sérico (AAS), la alfa 1 antitripsina, la ceruloplasmina y la haptoglobina.

Sólo unas horas después del estímulo inicial (~4-6 h), los niveles séricos de PCR y AAS aumentan más de 1000 veces en estados inflamatorios severos e infecciones. La cinética de los cambios en las concentraciones de PCR y AAS es similar; sin embargo, los niveles de AAS sérico disminuyen más lentamente luego de la respuesta inicial.

La velocidad de sedimentación globular (VSG) y la presencia de leucocitosis con desviación a la izquierda son marcadores diagnósticos de enfermedades inflamatorias e infecciosas. La PCR se incrementa en procesos infecciosos, inflamatorios, traumáticos y neoplásicos y actualmente es el marcador inflamatorio con más ventajas en la clínica. La PCR ultrasensible proporciona información más concreta en la práctica clínica con respecto al riesgo cardiovascular. Las proteínas del complemento C3 y C4, se comportan como reactantes de fase aguda positivos en los procesos inflamatorios; sin embargo, bajos niveles se encuentran en el LES activo, las

crioglobulinemias y la nefritis post-estreptocócica, debido a la formación y depósitos de complejos inmunes. (27)

Tanto la PCR como la VSG tienen valor como indicadores de mal pronóstico en la AR, aunque los niveles de PCR se correlacionan mejor con la actividad de la enfermedad en AR. Sus niveles elevados se asocian con sinovitis precoz y erosiones que se detectan tempranamente mediante imágenes de resonancia magnética, con activación osteoclástica y baja densidad mineral ósea. Además, los niveles de reactantes de fase aguda se correlacionan con discapacidad laboral a largo plazo y similar a lo informado en la población general, con muerte por enfermedad cardiovascular.(27)

Al igual que la VSG, la PCR también predice la progresión radiográfica; sin embargo, la progresión del daño articular se puede presentar a pesar de una disminución en los valores de VSG y PCR.

EVALUACION DEL DAÑO ARTICULAR

La destrucción ósea y el daño articular es una consecuencia crónica de la artritis reumatoide. Los Rayos X son de gran utilidad tanto para el diagnóstico como para determinar la severidad de la enfermedad, evaluar la progresión del daño estructural y medir la efectividad del tratamiento.

En los últimos años se han introducido métodos modernos que son sensibles para detectar el daño radiológico como, la ecografía con Doppler y la resonancia magnética. Sin embargo en la actualidad sigue siendo la radiografía el instrumento más empleado para evaluar el daño articular debido a su amplia disponibilidad, fácil realización y bajo costo. (28)

Los índices radiológicos fueron desarrollados para la evaluación del daño estructural en estudios clínicos y observacionales. Los más ampliamente utilizados son: el método de Sharp, Larsen, Sharp modificado por Van der Heijde, etc.(29)

En 1971, Sharp y sus colaboradores(30), propusieron un método de evaluación de manos y carpos, que incluía 29 articulaciones para erosiones y 27 para disminución de espacios articulares (DEA). Las erosiones se calificaban en una escala de 0 a 5, con un puntaje que iba de 0 a 290 puntos; mientras que la DEA iba de 0 a 4, con una puntuación de 0 a 216. Esta versión incluía la evaluación de quistes subcondrales; actualmente este método ya no se utiliza.

Catorce años más tarde Sharp modificó su propio método de evaluación que actualmente incluye 34 áreas para erosiones y 36 áreas para DEA en manos. La escala de erosiones se valora entre 0 a 170, mientras que la escala para DEA entre 0 a 144, con un puntaje total de 0 a 314. Para fines prácticos, esta variación es considerada el método de Sharp original. (31)

En 1989, van der Heijde(29,32)modificó el método descrito por Sharp (SvdH), reduciendo el número de articulaciones evaluadas para erosiones a

32 en manos y 30 para DEA, introduce la evaluación de pies en 12 zonas para erosiones y DEA. El puntaje total va de 0 a 448 y resulta de la suma de la calificación de erosiones y DEA. Al ser un método detallado requiere de entrenamiento para alcanzar una mayor eficacia, además de consumir mayor tiempo en su ejecución; es uno de los más empleados en los estudios clínicos controlados y en algunos estudios epidemiológicos.

En 1999, van der Heijde(33) describió el método SENS (Simple Erosion Narrowing Score), el cual es una forma simplificada de evaluar radiografías y está basado en el método de SvdH. Para erosiones y DEA se evalúan las mismas áreas que en el método de SvdH, esto es en 32 articulaciones de manos y en 12 de pies; mientras que para DEA en 30 y 12 respectivamente. Se asigna un punto a cada articulación en caso de presentar erosiones (no importando su magnitud) y un punto en caso de DEA (independientemente de su grado); el puntaje máximo es de dos para cada articulación evaluada. La calificación total del SENS va de 0 a 86. Este método es apto para su aplicación en la práctica clínica diaria, así como también en estudios epidemiológicos, es especialmente útil durante los primeros años del padecimiento.

Al igual que el método Sharp/van der Heijde, el SENS es una herramienta confiable que puede discriminar progresión del daño estructural en diferentes ramas de tratamiento. Brinda información sobre la presencia o ausencia de erosiones o pinzamientos. Este método, además, es fácil de enseñar y aprender, y requiere un menor tiempo de realización que otros métodos de lectura.

En resumen, el SENS sería un instrumento apropiado para evaluar el dano radiológico en pacientes con AR, especialmente durante los primeros años de evolución de la enfermedad

CAPITULO III

HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (HAQ)

Pincus fue uno de los primeros en utilizar instrumentos para obtener información cuantitativa de la capacidad funcional de los pacientes con AR. De esta manera, observo que los pacientes con discapacidad más severa presentaban menor sobrevida a largo plazo, demostrando así que las pruebas funcionales permiten identificar pacientes con alto riesgo de enfermedad progresiva y mayor morbimortalidad. (26) (13)

El cuestionario de evaluación de salud por sus siglas en ingles fue publicado en 1980 en el Centro de Artritis de Stanford es uno de los primeros instrumentos que fue diseñado inicialmente para representar un modelo de evaluación de efectos de la enfermedad orientado al paciente. (26)

El HAQ ha sido aplicado a diferentes poblaciones en todo el mundo y adaptado a más de 60 idiomas y dialectos. La versión original consta de 5 dimensiones que evalúan discapacidad, dolor, eventos adversos, costos y mortalidad distribuidos en 23 páginas; constituyendo un cuestionario muy largo, complicado de calcular, que ha sido utilizado solo en investigación clínica.

Por estos motivos se ha publicado diferentes versiones acortadas que permitieron su uso en la práctica clínica. El más utilizado actualmente es HAQ- DI (Disability Index) que consta de 20 preguntas relacionadas con actividades del día a día que evalúan la capacidad de realizar movimientos con las extremidades superiores e inferiores. Se encuentran agrupadas en 8 categorías que incluyen vestirse, levantarse, comer, caminar, higiene, alcanzar, agarrar y actividades varias.

Existen cuatro opciones de respuesta para cada pregunta que van desde sin dificultad hasta incapacidad de realizar la actividad preguntada, la persona marca con algún signo la respuesta de acuerdo a su capacidad funcional

durante la última semana. Cada ítem se puntúa de 0 a 3 según la siguiente escala: 0 = sin dificultad, 1 = con alguna dificultad, 2 = con mucha dificultad, 3 = incapaz de hacerlo. La puntuación final del HAQ es una media de las 8 áreas por lo que su recorrido varía entre 0 (no discapacidad) y 3 (máxima discapacidad).

El cuestionario tiene, además, varias preguntas correctoras, divididas en dos grupos que evalúan la necesidad de la ayuda de otra persona o de utilizar utensilios o ayudas técnicas para realizar las actividades descritas en los 20 ítems. El interés de estas preguntas es que pueden modificar (corregir) la puntuación de las áreas a las que afectan. El cuestionario pregunta de forma específica si se necesita la ayuda de otra persona para cada una de las 8 áreas. El paciente sólo debe marcar aquellas áreas para las que precise ayuda. Si no precisa ayuda dejará la casilla en blanco. El cuestionario también pregunta si se utilizan utensilios o ayudas técnicas. Aquí pasa lo mismo. El paciente sólo debe marcar aquellos utensilios o ayuda técnica que utilice. Si no usa ninguno dejará las casillas en blanco. Debe tenerse en cuenta que cada utensilio afecta a un área diferente.

Finalmente es necesario calcular la media de los 8 valores correspondientes a las 8 áreas descritas: a) vestirse, b) levantarse, c) comer,... h) otras actividades. Esa será la puntuación final del cuestionario de capacidad funcional HAQ. La puntuación del HAQ puede oscilar entre 0 (no incapacidad) y 3 (máxima incapacidad). En el caso de no contestar algún ítem se asigna el valor más alto de los restantes ítems que formen dicha área. Si hubiera una o dos áreas completas sin respuesta la suma de las 7 u 6 áreas restantes se dividiría por 7 u 6, respectivamente, para obtener el valor medio, que estará entre cero y tres [0-3]. Un cuestionario con menos de 6 áreas contestadas, carece de validez.(4)

Es aconsejable que el cuestionario sea realizado en forma seriada, al menos cada 3 meses⁴⁹, lo cual nos permite constatar la evolución del paciente.

Una variación de 0.25 se considera significativa.

Capítulo IV

METODOLOGÍA

DISEÑO DEL ESTUDIO

Es un estudio observacional, transversal, analítico y explicativo.

El área de estudio será en Guayaquil y el universo constara de acuerdo a dos fases de estudio, la primera fase incluye a cualquier persona ecuatoriana que acuda a los servicios de salud como el Centro de Salud #8, CS Pascuales y Consulta Externa del Hospital Teodoro Maldonado y la segunda fase incluye a los pacientes que acudan a la consulta externa de reumatología en el Hospital Luis Vernaza en el periodo de abril del 2016 hasta agosto del 2016.

La recolección de datos fue por entrevista directa, se obtuvo mediante un cuestionario proporcionado por el investigador, mismo cuestionario que se eligió mediante un proceso de traducción, y transculturización a la población ecuatoriana para su correcta comprensión mediante la primera fase del estudio. El cuestionario final que obtuvo mayor nivel de comprensión fue elegido para la segunda fase del estudio.

En este cuestionario se registrara la información necesaria para la evaluación discapacidad y las respectivas variables

CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL ESTUDIO.

Pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide de acuerdo a los criterios diagnósticos del Colegio Americano de Reumatología

.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN DEL ESTUDIO.

1.- Paciente o acompañante analfabeto. 2.- Tener otra enfermedad articular
3.- Tener anomalías significativas del sistema cardiovascular, cerebrovascular, respiratorio, gastrointestinal y hematológico. 4.- Haber tenido cirugía mayor recientemente.

VARIABLES.

Artritis Reumatoide: Variable cualitativa. Es un trastorno auto inmunitario en el cual el sistema inmunitario del cuerpo ataca por error al tejido sano, especialmente a las articulaciones pequeñas pudiendo afectar a otras partes del cuerpo. Se la mide de acuerdo a los criterios del colegio Americano de Reumatología.

Edad de inicio de la enfermedad: Variable cuantitativa. Tiempo de existencia desde el nacimiento del paciente hasta el momento en que su enfermedad fue diagnosticada. Se mide en años

Duración de la enfermedad: Variable cuantitativa. Tiempo desde el comienzo de los signos o síntomas de la enfermedad hasta el momento de la encuesta

VAS: Variable cuantitativa. Índice que valora intensidad del dolor del 0 al 10

DAS28: Variable cuantitativa. Índice que valora la actividad de la enfermedad en la Artritis Reumatoide usando algunos parámetros, articulaciones inflamadas, articulaciones dolorosas, evolución global del paciente, evaluación global del médico y laboratorio (PCR).

HAQ-E: Variable cuantitativa. El HAQ-E es un cuestionario auto aplicado de 20 ítems que evalúan el grado de dificultad física auto percibida para realizar actividades de la vida diaria agrupadas en 8 áreas: vestirse y asearse,

levantarse, comer, caminar/pasear, higiene personal, alcanzar, presión y otras actividades.

PCR: Variable cuantitativa. Es una proteína plasmática circulante, que aumenta sus niveles en respuesta a la inflamación. Se la mide en mg/l.

Edad: Variable cuantitativa. Tiempo de existencia desde el nacimiento hasta el momento de la encuesta. Medida en años.

Sexo: Variable cualitativa. Condición orgánica que distingue a la mujer del hombre en los seres humanos.

OBJETIVO GENERAL

Evaluar en nuestra población la aplicabilidad, y validez de la versión española del cuestionario de evaluación de salud HAQ.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Determinar la relación entre el resultado del HAQ y la actividad de la enfermedad según el DAS28 en pacientes con Artritis Reumatoide.

Determinar la relación entre el resultado del HAQ y la escala visual del dolor en pacientes con Artritis Reumatoide.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO.

Los datos se presentaron en tablas de acuerdo a las variables del estudio, luego tabulados de acuerdo a los objetivos del estudio y representados en gráficos proporcionados por el programa de Microsoft Excel 2010.

Los datos adicionalmente fueron cargados y analizados en un programa SPSSV.22. Se utilizó el coeficiente de correlación de Spearman para establecer las relaciones.

RESULTADOS

Durante la primera fase del estudio piloto se incluyeron personas ecuatorianas que acudan a los servicios de salud como el Centro de Salud #8, CS Pascuales y Consulta Externa del Hospital Teodoro Maldonado donde se obtuvo que un 66.7% comprendió muy bien la versión ecuatoriana modificada, 23,3% lo comprendió bien y un 10% si lo comprendió, a su vez 26.7% de las personas comprendieron muy bien la versión argentina del HAQ, mientras que el 85% de las personas comprendieron muy bien el HAQ-ES .

Para la segunda fase del estudio piloto de validación se evaluaron 26 pacientes que acudieron a la consulta externa de reumatología del Hospital Luis Vernaza, con diagnóstico de AR donde se obtuvo que el 80.76% (n=21) fueron mujeres y el 19,24% (n=5) hombres. (TABLA 2, GRAFICO 1) Se analizó la puntuación obtenida del cuestionario HAQ-ES donde se obtuvo que el 84.62% (n=22) tuvo una puntuación entre 0 - 0.99 indicando una discapacidad leve a moderada, el 3.85% (n=1) una puntuación entre 1-1.99 indicando una discapacidad moderada a grave y el 11.54% (n=3) una puntuación entre 2-3 indicando una discapacidad entre grave a muy grave. (GRAFICO 2)

Se relacionó a los pacientes con AR con la actividad de la enfermedad mediante el DAS28 donde se obtuvo que un 53.84% (n=14) de los pacientes se encontraban en remisión, un 46.15% (n=12) se encontraban con actividad de la enfermedad y se estableció la relación entre la actividad de la enfermedad y el puntaje de HAQ-ES demostrando que el DAS28 aumenta un 15% mientras mayor sea el puntaje del HAQ-ES. (TABLA 3)

Así mismo se relacionó el VAS con la puntuación obtenida del HAQ, donde mayor sea el puntaje del HAQ-ES aumenta un 35% del VAS.(TABLA 4).

Adicionalmente se obtuvo que el DAS28 aumente en un 90% mientras mayor sea el número de articulaciones dolorosas al igual que el aumento de 82% del número de articulaciones tumefactas.(TABLA 4)

Se analizaron datos de acuerdo al nivel de educación del paciente en relación con el puntaje obtenido del HAQ-ES, donde se obtuvo que los pacientes con nivel de educación primaria el 85.71% tienen una discapacidad leve a moderada mientras que el 14.29% tienen una discapacidad grave a muy grave. De los pacientes con nivel de educación secundaria se obtuvo un 83.33% de pacientes con discapacidad leve a moderado y 16.67% con discapacidad grave a muy grave. Y por último de los pacientes con nivel de educación superior, el 85.71% tenían discapacidad leve a moderada y el 14.29% con discapacidad moderada a grave. (GRAFICO 3)

DISCUSIÓN

La AR afecta la calidad de vida del paciente debido a la discapacidad que produce. El HAQ es el instrumento de elección para medir esta condición; razón por la cual se realizó este estudio piloto para validación de este cuestionario en Ecuador a diferencia de otros países, en nuestro país no se ha realizado durante más de 30 años.

Al igual que otros estudios como la validación de la versión original del cuestionario de Fries(26), la adaptación cultural y validación de la versión española de Esteve-Vives(4) y la versión argentina de Citera(5); la actividad de la enfermedad medida por el DAS28, VAS, número de articulaciones dolorosas y tumefactas también se relaciona con la discapacidad.

Una de las limitaciones del presente estudio piloto fue que no se contó con la financiación adecuada para realizar un proyecto de mayor envergadura.

Otra limitante fue el tiempo de los pacientes en el momento de la consulta ya que es posible tener un sesgo de recolección de datos, porque al realizar el cuestionario luego de consulta ciertos pacientes no invirtieron el tiempo necesario para cumplimentarlo.

Otra probable limitación del estudio fue que los pacientes por vergüenza no otorguen los datos referentes a su nivel de instrucción académica.

Además, el tiempo asignado al estudio fue muy corto para realizarlo con una muestra más grande y significativa. A misma consecuencia se optó por realizar un estudio transversal sin lograr comprobar la reproducibilidad del HAQ-ES en Ecuador.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La discapacidad en realizar actividades de la vida diaria tales como vestirse, comer, bañarse o coger objetos debe considerarse una comorbilidad importante en este grupo de personas y no debe perder su importancia al momento de la evaluación del paciente además demostrándose que esta discapacidad aumenta mientras la actividad de la enfermedad se encuentre activa.

La versión española del HAQ puede ser un instrumento útil para medir la discapacidad en pacientes ecuatorianos con AR.

Además se recomienda:

Realizar un estudio multicentrico con un mayor número de pacientes para una validación definitiva y que podría ser empleada correctamente para futuros estudios en pacientes con AR.

Que los pacientes completen el cuestionario HAQ antes de entrar a la consulta para evitar el sesgo de recolección.

Utilizar herramientas de enmascaramiento para que la información referente al nivel de educación de los pacientes sea más precisa y confiable.

Finalmente es necesario invertir mayor cantidad de tiempo para realizar un estudio longitudinal que permita comprobar la reproducibilidad del cuestionario en pacientes ecuatorianos con AR.

REFERENCIAS

1. Aletaha D, Ward MM, Machold KP, Nell VPK, Stamm T, Smolen JS. REMISSION AND ACTIVE DISEASE IN RHEUMATOID ARTHRITIS: DEFINING CRITERIA FOR DISEASE ACTIVITY STATES. *Arthritis Rheum.* septiembre de 2005;52(9):2625-36.
2. van der Heijde DM, van Riel PL, Nuvér-Zwart IH, Gribnau FW, van de Putte LB. EFFECTS OF HYDROXYCHLOROQUINE AND SULPHASALAZINE ON PROGRESSION OF JOINT DAMAGE IN RHEUMATOID ARTHRITIS. *Lancet Lond Engl.* 13 de mayo de 1989;1(8646):1036-8.
3. Genant HK, Jiang Y, Peterfy C, Lu Y, Redei J, Countryman PJ. ASSESSMENT OF RHEUMATOID ARTHRITIS USING A MODIFIED SCORING METHOD ON DIGITIZED AND ORIGINAL RADIOGRAPHS. *Arthritis Rheum.* septiembre de 1998;41(9):1583-90.
4. Esteve-Vives J, Batlle-Gualda E, Reig A. SPANISH VERSION OF THE HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE: RELIABILITY, VALIDITY AND TRANSCULTURAL EQUIVALENCY. Grupo para la Adaptación del HAQ a la Población Española. *J Rheumatol.* diciembre de 1993;20(12):2116-22.
5. Citera G, Arriola MS, Maldonado-Cocco JA, Rosemffet MG, Sánchez MM, Goñi MA, et al. VALIDATION AND CROSSCULTURAL ADAPTATION OF AN ARGENTINE SPANISH VERSION OF THE HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE DISABILITY INDEX. *J Clin Rheumatol Pract Rep Rheum Musculoskelet Dis.* junio de 2004;10(3):110-5.
6. Smolen JS, Aletaha D, McInnes IB. RHEUMATOID ARTHRITIS. *Lancet Lond Engl.* 3 de mayo de 2016;
7. Silman AJ, Hochberg MC. EPIDEMIOLOGY OF THE RHEUMATIC DISEASES [INTERNET]. 2nd edition: Oxford University Press; [citado 5 de septiembre de 2016]. Disponible en: <https://global.oup.com/academic/product/epidemiology-of-the-rheumatic-diseases-9780192631497>
8. Sacks JJ, Luo Y-H, Helmick CG. PREVALENCE OF SPECIFIC TYPES OF ARTHRITIS AND OTHER RHEUMATIC CONDITIONS IN THE AMBULATORY HEALTH CARE SYSTEM IN THE UNITED STATES, 2001-2005. *Arthritis Care Res.* abril de 2010;62(4):460-4.
9. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham CO, et al. 2010 RHEUMATOID ARTHRITIS CLASSIFICATION CRITERIA: AN AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY/EUROPEAN

LEAGUE AGAINST RHEUMATISM COLLABORATIVE INITIATIVE.
Arthritis Rheum. septiembre de 2010;62(9):2569-81.

10. Roma I, Almeida ML de, Mansano N da S, Viani GA, Assis MR de, Barbosa PMK. QUALITY OF LIFE IN ADULTS AND ELDERLY PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS. Rev Bras Reumatol Engl Ed. 1 de julio de 2014;54(4):279-86.
11. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TWJ. RHEUMATOID ARTHRITIS. Lancet Lond Engl. 25 de septiembre de 2010;376(9746):1094-108.
12. Batlle-Gualda E. ARTRITIS REUMATOIDE. Rev Esp Reumatol. :250-5.
13. Pincus T, Callahan LF. WHAT IS THE NATURAL HISTORY OF RHEUMATOID ARTHRITIS? Rheum Dis Clin North Am. febrero de 1993;19(1):123-51.
14. Goldsmith CH, Boers M, Bombardier C, Tugwell P. CRITERIA FOR CLINICALLY IMPORTANT CHANGES IN OUTCOMES: DEVELOPMENT, SCORING AND EVALUATION OF RHEUMATOID ARTHRITIS PATIENT AND TRIAL PROFILES. OMERACT Committee. J Rheumatol. marzo de 1993;20(3):561-5.
15. Felson DT. CHOOSING A CORE SET OF DISEASE ACTIVITY MEASURES FOR RHEUMATOID ARTHRITIS CLINICAL TRIALS. J Rheumatol. marzo de 1993;20(3):531-4.
16. Felson DT, Anderson JJ, Boers M, Bombardier C, Chernoff M, Fried B, et al. THE AMERICAN COLLEGE OF RHEUMATOLOGY PRELIMINARY CORE SET OF DISEASE ACTIVITY MEASURES FOR RHEUMATOID ARTHRITIS CLINICAL TRIALS. The Committee on Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials. Arthritis Rheum. junio de 1993;36(6):729-40.
17. Boers M, Tugwell P, Brooks PM. PROGRESS TOWARDS OPTIMAL TRIAL END-POINTS IN RHEUMATOID ARTHRITIS. BioDrugs. 25 de octubre de 2012;7(1):40-50.
18. Scott DL, Choy EHS, Greeves A, Isenberg D, Kassinor D, Rankin E, et al. STANDARDISING JOINT ASSESSMENT IN RHEUMATOID ARTHRITIS. Clin Rheumatol. 15(6):579-82.
19. Devereaux MD, Parr GR, Thomas DP, Hazleman BL. DISEASE ACTIVITY INDEXES IN RHEUMATOID ARTHRITIS; A PROSPECTIVE, COMPARATIVE STUDY WITH THERMOGRAPHY. Ann Rheum Dis. julio de 1985;44(7):434-7.
20. Mainland D. Cooperating Clinics Committee of the American Rheumatism Association: A SEVEN-DAY VARIABILITY STUDY OF 499

PATIENTS WITH PERIPHERAL RHEUMATOID ARTHRITIS. ResearchGate. 1 de abril de 1965;8(2):302-34.

21. Ritchie DM, Boyle JA, McInnes JM, Jasani MK, Dalakos TG, Grieverson P, et al. CLINICAL STUDIES WITH AN ARTICULAR INDEX FOR THE ASSESSMENT OF JOINT TENDERNESS IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS. Q J Med. julio de 1968;37(147):393-406.
22. Spiegel TM, Spiegel JS, Paulus HE. THE JOINT ALIGNMENT AND MOTION SCALE: A SIMPLE MEASURE OF JOINT DEFORMITY IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS. J Rheumatol. octubre de 1987;14(5):887-92.
23. Egger MJ, Huth DA, Ward JR, Reading JC, Williams HJ. REDUCED JOINT COUNT INDICES IN THE EVALUATION OF RHEUMATOID ARTHRITIS. ARTHRITIS RHEUM. 1 de junio de 1985;28(6):613-9.
24. Fuchs HA, Pincus T. REDUCED JOINT COUNTS IN CONTROLLED CLINICAL TRIALS IN RHEUMATOID ARTHRITIS. Arthritis Rheum. 1 de diciembre de 1994;37(4):470-5.
25. Myasoedova E, Crowson CS, Kremers HM, Therneau TM, Gabriel SE. IS THE INCIDENCE OF RHEUMATOID ARTHRITIS RISING?: RESULTS FROM OLMSTED COUNTY, Minnesota, 1955-2007. Arthritis Rheum. junio de 2010;62(6):1576-82.
26. Bruce B, Fries JF. THE STANFORD HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE: A REVIEW OF ITS HISTORY, ISSUES, PROGRESS, AND DOCUMENTATION. J Rheumatol. enero de 2003;30(1):167-78.
27. Strand V, Scot DL, Simon LS. NOVEL THERAPEUTIC AGENTS FOR THE TREATMENT OF AUTOIMMUNE DISEASES. CRC Press; 1996. 342 p.
28. Swinkels HL, Laan RF, van 't Hof MA, van der Heijde DM, de Vries N, van Riel PL. MODIFIED SHARP METHOD: FACTORS INFLUENCING REPRODUCIBILITY AND VARIABILITY. Semin Arthritis Rheum. diciembre de 2001;31(3):176-90.
29. van der Heijde DM. RADIOGRAPHIC IMAGING: THE «GOLD STANDARD» FOR ASSESSMENT OF DISEASE PROGRESSION IN RHEUMATOID ARTHRITIS. Rheumatol Oxf Engl. junio de 2000;39 Suppl 1:9-16.
30. Sharp JT, Lidsky MD, Collins LC, Moreland J. METHODS OF SCORING THE PROGRESSION OF RADIOLOGIC CHANGES IN RHEUMATOID ARTHRITIS. CORRELATION OF RADIOLOGIC, CLINICAL AND

LABORATORY ABNORMALITIES. *Arthritis Rheum.* diciembre de 1971;14(6):706-20.

31. Sharp JT, Young DY, Bluhm GB, Brook A, Brower AC, Corbett M, et al. HOW MANY JOINTS IN THE HANDS AND WRISTS SHOULD BE INCLUDED IN A SCORE OF RADIOLOGIC ABNORMALITIES USED TO ASSESS RHEUMATOID ARTHRITIS? *Arthritis Rheum.* diciembre de 1985;28(12):1326-35.
32. van der Heijde DM, van Riel PL, Nuvér-Zwart IH, Gribnau FW, van de Putte LB. EFFECTS OF HYDROXYCHLOROQUINE AND SULPHASALAZINE ON PROGRESSION OF JOINT DAMAGE IN RHEUMATOID ARTHRITIS. *Lancet Lond Engl.* 13 de mayo de 1989;1(8646):1036-8.
33. van der Heijde DM. JOINT EROSIONS AND PATIENTS WITH EARLY RHEUMATOID ARTHRITIS. *Br J Rheumatol.* noviembre de 1995;34 Suppl 2:74-8.

GLOSARIO

AR: Artritis Reumatoidea

HAQ-DI: Índice de discapacidad de cuestionario de evaluación de salud

DAS28: Escala para valorar actividad en artritis

VAS: Escala visual análoga

ANEXOS

TABLAS

Evaluación de la actividad de la enfermedad
<ul style="list-style-type: none">➤ Recuento de articulaciones dolorosas y tumefactas➤ Evaluación de la intensidad del dolor (EVA)➤ Evaluación del estado global de la enfermedad (médico y paciente)➤ Reactantes de fase aguda (ERS, PCR)➤ Cuestionarios de autoevaluación de actividad (RADAR, RADAI)➤ Índices compuestos (DAS, DAS28, SDAI, CDAI, IAS)➤ Criterios de respuesta (ACR, EULAR)
Evaluación de la capacidad funcional
<ul style="list-style-type: none">➤ Health Assessment Questionnaire (HAQ) y sus variantes➤ Arthritis Impact Measurement Scale (AIMS)➤ Test de capacidades específicas (fuerza de puño, test del botón, etc.)
Evaluación del daño estructural
<ul style="list-style-type: none">➤ Índices radiológicos (Larsen, Sharp, Sharp/ van der Heijde, SENS)➤ Ecografía➤ Resonancia magnética
Evaluación de la calidad de vida
<ul style="list-style-type: none">➤ Genéricas➤ Específicas

Tabla 1: Medidas de evaluación en artritis reumatoide. Tomada de Clinimetría en AR. Sociedad Argentina de Reumatología 19, año 19.

RESULTADOS HAQ - VARIABLES

Summary statistics: N, mean, sd

GRADO: HAQ	DAS28	PCR	No Art. Dolorosas	No Art. Tumefact as	Edad Actual	Edad de Inicio	Duración Enfermedad	TOTAL
Leve– Moderad a	22 2.54 1.10	22 6.24 5.11	22 3.09 3.85	22 1.81 2.55	22 51.40 15.28	22 43.31 15.79	22 7.86 4.31	22
Moderada –Grave	1 4.74	1 20	1 14	1 8	1 31	1 29	1 2	1
Grave– Muy Grave	3 3.60 1.44	3 8.45 2.94	3 9 7.21	3 4.66 5.03	3 62 5.56	3 49.66 9.50	3 12.33 4.04	3
TOTAL	2.75 1.21	7.03 5.49	4.19 4.93	2.38 3.11	51.84 15.12	43.5 15.15	8.15 4.54	26

TABLA 2: Pacientes según Grado de discapacidad acorde a puntaje HAQ, media y desviación estándar de cada variable

SEXO	porcentaje
Masculino	80.76%
Femenino	19.24%

TABLA 3: Porcentaje de pacientes con AR según sexo

CORRELACION SPEARMAN

PUNTAJE HAQ	1					
PCR	0.114 1	1				
VAS	0.357	0.4751	1			
No. Art dolorosas	0.214 2	0.7665	0.6867	1		
No. Art tumefactas	0.153 1	0.7822	0.5581	0.8245	1	
PCR	0.114 1	1	0.4751	0.7665	0.7822	1
DAS 28	0.154 8	0.7664	0.7591	0.9019	0.8747	0.7864

TABLA 4: Índices de correlación de Spearman entre variables utilizadas

REMISION (DAS28)	PORCENTAJE
SI (<2.34)	53,84%
NO	46,15%

TABLA 5: Porcentajes de pacientes con remisión y sin remisión según DAS28

GRAFICOS

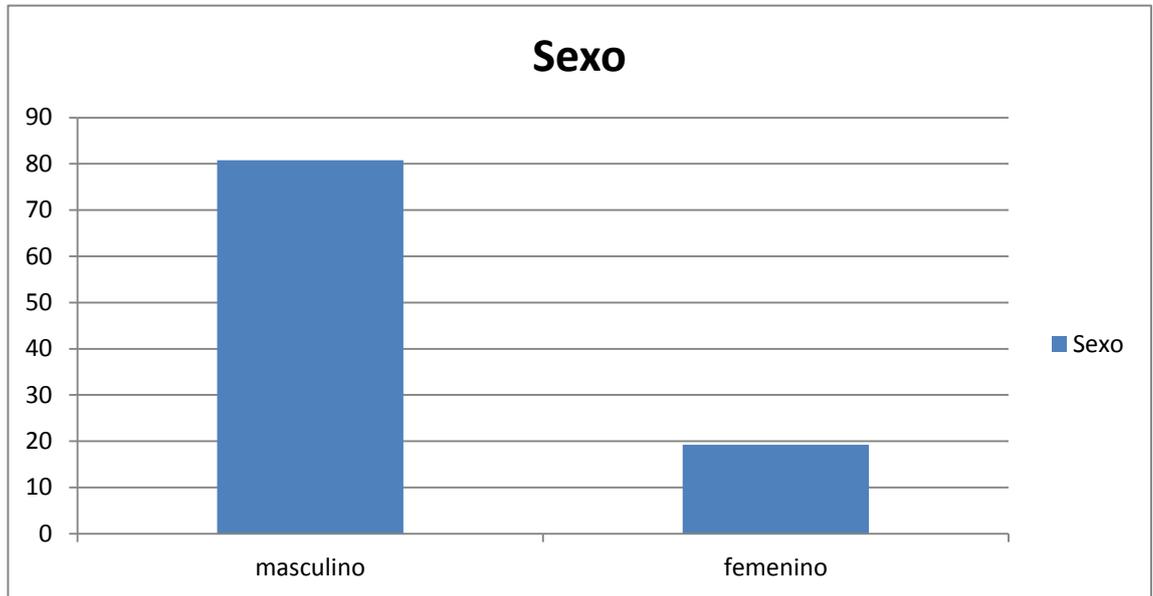


GRAFICO 1: Porcentajes de pacientes con AR según sexo

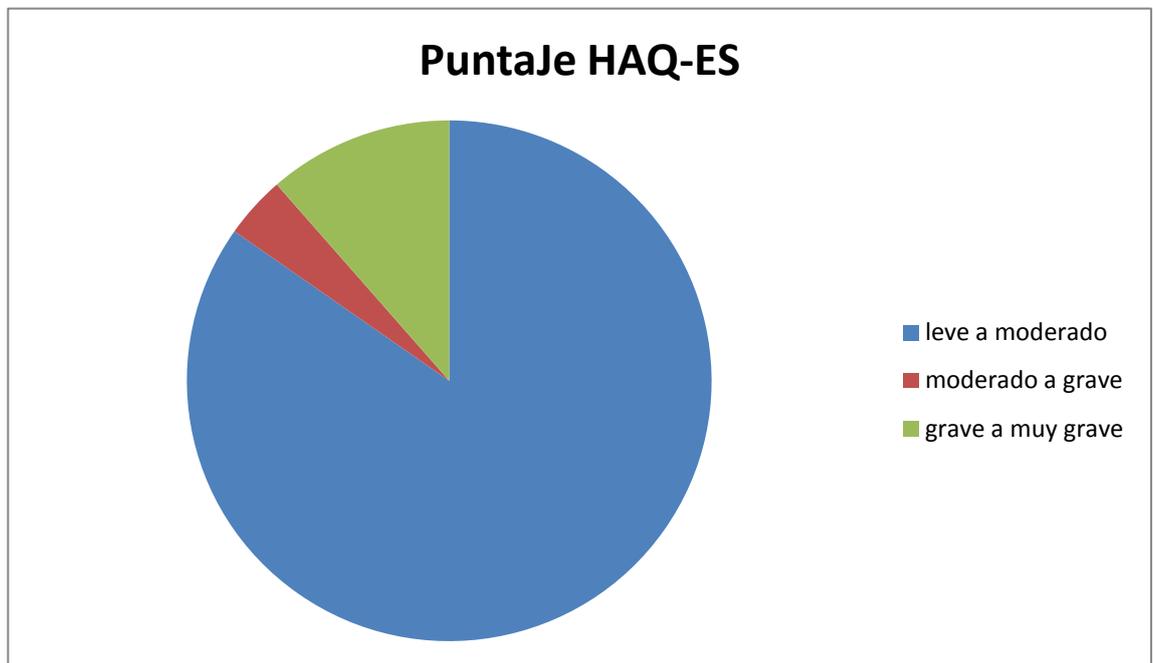


GRAFICO 2: Porcentaje de pacientes según grado de severidad en base a puntaje HAQ-ES

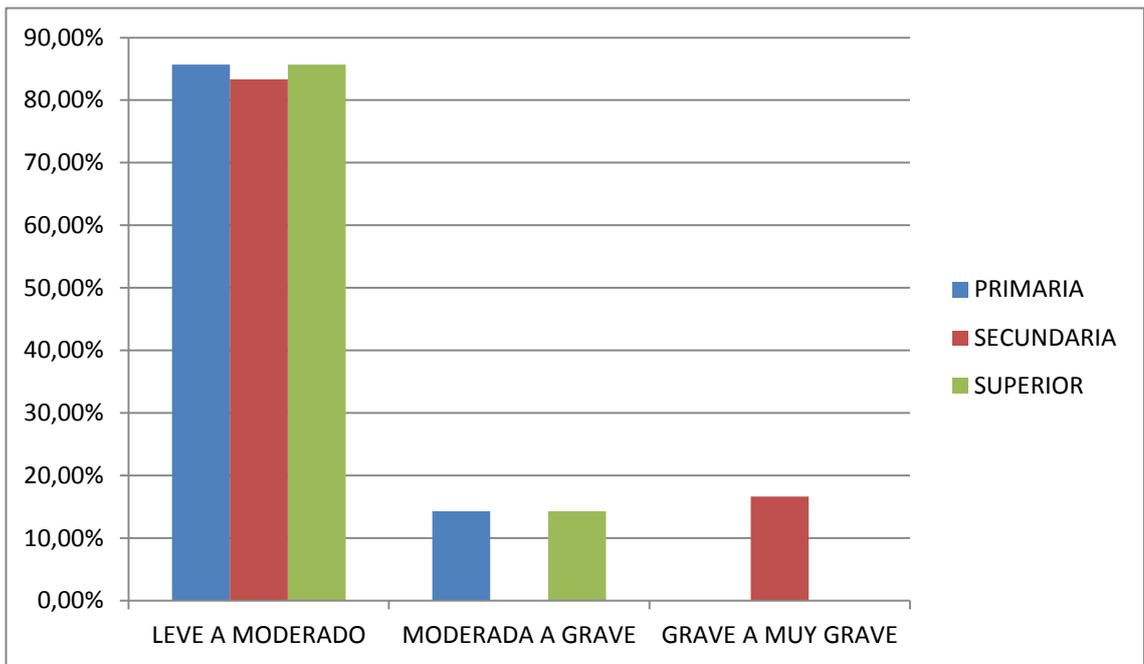


GRAFICO 3: Porcentajes de pacientes según grado de severidad y según nivel de instrucción académica



**Presidencia
de la República
del Ecuador**



**Plan Nacional
de Ciencia, Tecnología,
Innovación y Saberes**



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Andramuño Tapia Luis Eduardo**, con C.C: # 0922854781 autor/a del trabajo de titulación: **Estudio Piloto para adaptación cultural y validación de Health Assessment Questionnaire (HAQ) en Ecuador** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **26 de Septiembre de 2016**

EL AUTOR (A)

f. _____
ANDRAMUÑO TAPIA LUIS EDUARDO

092285478-1



DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Diaz Suarez Gabriel Esteban**, con C.C: # 0925741886 autor/a del trabajo de titulación: **Estudio Piloto para adaptación cultural y validación de Health Assessment Questionnaire (HAQ) en Ecuador** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, **26 de Septiembre** de **2016**

EL AUTOR (A)

f. _____
DIAZ SUAREZ GABRIEL ESTEBAN
092574188-6



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Estudio Piloto para adaptación cultural y validación de Health Assessment Questionnaire (HAQ) en Ecuador		
AUTOR(ES)	Andramuño Tapia Luis Eduardo Diaz Suarez Gabriel Esteban		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Andres Zuñiga Vera		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Medicas		
CARRERA:	Medicina		
TITULO OBTENIDO:	Medico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	26 Septiembre 2016	No. PÁGINAS:	52 paginas
ÁREAS TEMÁTICAS:	Medicina Interna, Problemas crónicos degenerativos, Enfermedades reumatológicas, discapacidad		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Artritis reumatoide , discapacidad, actividad de la enfermedad, cuestionario HAQ-DI, DAS28		
RESUMEN/ABSTRACT	<p><i>La evaluación de pacientes con artritis reumatoide (AR) es compleja porque se debe valorar actividad, daño y función. El Health Assessment Questionnaire (HAQ); es el instrumento de elección para objetivar la capacidad funcional de los pacientes con AR.</i></p> <p>MÉTODOS: <i>Es un estudio piloto, observacional, transversal, analítico y explicativo. Dividido en dos fases, la primera fase incluye a cualquier persona ecuatoriana que acuda a los servicios de salud como el Centro de Salud #8, CS Pascuales y Consulta Externa del Hospital Teodoro Maldonado y la segunda fase incluye a los pacientes que acudan a la consulta externa de reumatología en el Hospital Luis Vernaza en el periodo de abril del 2016 hasta agosto del 2016. La recolección de datos fue por entrevista directa.</i></p> <p>RESULTADOS: <i>Durante la primera fase del estudio piloto se obtuvo que el 85% de las personas comprendieron muy bien el HAQ-ES, mientras que solo el 15% lo comprendieron bien.</i></p> <p><i>Posteriormente se analizaron 26 pacientes que acudieron a la consulta externa de reumatología del Hospital Luis Vernaza. Se analizó la puntuación obtenida del cuestionario HAQ-ES donde se obtuvo que el 84.62% (n=22) tuvo una puntuación entre 0 - 0.99 indicando una discapacidad leve a moderada, el 3.85% (n=1) una puntuación entre 1-1.99 indicando una discapacidad moderada a grave y el 11.54% (n=3) una puntuación entre 2-3 indicando una discapacidad entre grave a muy grave. Se relacionó a los pacientes con AR con la actividad de la enfermedad mediante el DAS28 donde se obtuvo que un 53.84% (n=14) de los pacientes se encontraban en</i></p>		



remisión, un 46.15% (n=12) se encontraban con actividad de la enfermedad. y se estableció la relación entre la actividad de la enfermedad y el puntaje de HAQ-ES demostrando que el DAS28 aumenta un 15% mientras mayor sea el puntaje del HAQ-ES. **CONCLUSIONES:** La versión española del HAQ puede ser un instrumento útil para medir la discapacidad en pacientes ecuatorianos con AR.

ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +59342071276	E-mail: luisandratapia@hotmail.com
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Zuñiga Vera, Andres Eduardo	
	Teléfono:	
	E-mail: andreszunigavera@gmail.com	
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA		
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):		
Nº. DE CLASIFICACIÓN:		
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):		