INDICE DE MASA CORPORAL Y CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

AUTORA:

PRIMERA RODRIGUEZ, MARIELA KRISTINA

RESUMEN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica que afecta principalmente tejidos sinoviales. La obesidad se ha implicado como un factor de riesgo para el desarrollo de la AR y está asociado con una disminución de la calidad de vida, siendo interesante está relación en esta investigación. Objetivo: Correlacionar el diagnóstico antropométrico según el índice de masa corporal (IMC) con la calidad de vida a través de la escala de incapacidad funcional HAQ (IDFHAQ) de los pacientes con artritis reumatoide. Metodología: Investigación de tipo analítico, correlacional, prospectivo, corte transversal, de campo. Muestra: Representada por 97 pacientes, adultos con Artritis Reumatoide que acudieron a la consulta de Reumatología y cumplieron con los criterios de inclusión para la realización del trabajo de investigación. Resultados: El diagnóstico antropométrico según IMC mostro que el 61.93% obtuvo un IMC anormal. En cuanto a la calidad de vida a través del IDFHAQ el 64.96% presentaba algún tipo de incapacidad para realizar sus actividades cotidianas, de los cuales 20.58% estaban severamente afectado. El diagnóstico antropométrico según IMC se relaciona significativamente con la afectación de la calidad de vida a través del IDFHAQ, ya que el valor de Chi2: 26.916 correspondiente al cruce de estas variables produjo una significación de .008 ($p < 0.05$) lo que indica que hay una relación dependiente entre las variables en estudio. Conclusión: Se demostró la

correlación existente entre mayor índice de masa corporal, mayor será el deterioro de la calidad de vida del paciente con Artritis Reumatoide.

Palabras Claves: Artritis Reumatoide, Obesidad, Calidad de Vida, Índice de Masa Corporal.

INDEX OF BODY MASS AND QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic systemic inflammatory disease that primarily affects synovial tissues. Obesity has been implicated as a risk factor for the development of RA and is associated with a decrease in the quality of life, and this relationship is interesting in this research. Objective: To correlate the anthropometric diagnosis according to the body mass index (BMI) with the quality of life through the HAQ functional disability scale (IDFHAQ) of patients with rheumatoid arthritis. Methodology: Analytical, correlational, prospective, cross-sectional, field type research. Sample: Represented by 97 patients, adults with Rheumatoid Arthritis who attended the Rheumatology clinic and met the inclusion criteria for carrying out the research work. Results: The anthropometric diagnosis according to BMI showed that 61.93% obtained an abnormal BMI. Regarding the quality of life through IDFHAQ, 64.96% had some type of inability to carry out their daily activities, of which 20.58% were severely affected. The anthropometric diagnosis according to BMI is significantly related to the quality of life through the IDFHAQ, since the value of Chi2 26.916 corresponding to the crossing of these variables produced a significance of .008 ($p<0.05$) which indicates that there is a dependent relationship between the variables under study. Conclusion: The correlation between higher body mass index

was demonstrated, the greater the deterioration of the quality of life of the patient with Rheumatoid Arthritis.

Keywords: Rheumatoid Arthritis, Obesity, Quality of life, Body Mass Index.

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica de causa desconocida que afecta sobre todo a los tejidos sinoviales. Es relativamente frecuente, con una prevalencia aproximadamente de 0,8% en los adultos de todo el mundo. Por razones que todavía no están claras, la prevalencia en las mujeres es dos a tres veces mayor que en los varones. Goldman, Ausiello (2009).

No obstante en Venezuela el registro epidemiológico del Centro Nacional de Enfermedades Reumáticas (CNER) en el año 2010 estimo en pacientes atendidos con artritis reumatoide que hay un índice de 16.911 paciente, de ese número de pacientes atendidos el 10.62 % son AR. Cumio G et al (2016).

"Con respecto a la prevalencia de Artritis en Punta Cardón, Paraguaná es de 27.3%. Las enfermedades reumáticas más frecuentemente observadas fueron Osteoartritis (61.5%), Reumatismo de partes blandas (14%), Artritis Reumatoide (2.5%)." Chirinos E et al (2004).

Además de ello, la artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria mediada por el sistema inmunitario caracterizada por la inflamación de las articulaciones sinoviales, que a menudo da como resultado la degradación del cartílago articular y el hueso, que en última instancia conduce a deformidades articulares. Si no se trata, la AR conduce a la discapacidad, la pérdida de la calidad de vida y la pérdida de trabajo. Adam J et al (2005).

De esta manera, el modo estándar para definir la AR está basado en criterios que fueron establecidos por el Colegio Norteamericano de Reumatología (ACR por su sigla en inglés) en 1987, que permiten estratificar a los grupos de individuos para estandarizar su incorporación a los trabajos de investigación, brindar

las bases para un abordaje común, y poder establecer comparaciones entre los estudios y los países. Aletaha D et al (2010).

1. Rigidez Matinal: Rigidez en alrededor de las articulaciones que dura 1 hora antes de que se alcance la mejora funcional máxima.
2. Artritis de tres o más áreas articulares: Al menos tres áreas articulares, observadas simultáneamente por un médico con tumefacción de partes blandas o derrame articular no solamente sobre áreas con hipertrofia ósea.
3. Artritis de las articulaciones de la mano: Artritis de la muñeca, articulación metacarpofalángica o interfalángica proximal.
4. Artritis simétrica: Afectación simultanea de las mismas áreas en ambos lados del cuerpo.
5. Nódulos Reumatoideos: Nódulos subcutáneos sobre las prominencias óseas, superficies extensoras o regiones yuxtaarticulares observadas por un médico.
6. Factor reumatoideo sérico: Demostración de concentraciones séricas anormales de factor reumatoide por cualquier método con el que el resultado haya sido positivo; en menos de 5% de personas controles normales.
7. Alteraciones radiológicas: Alteraciones típicas de AR radiográficas posteroanteriores de manos y muñeca, como erosiones o descalcificación ósea inequívoca, localizadas (o más intensas) en las zonas adyacentes a las articulaciones afectadas.

De estas evidencias es así que se formó un grupo de trabajo entre ACR y la Liga Europea contra el Reumatismo (EULAR por su sigla en inglés) para desarrollar un nuevo enfoque que facilite la identificación de las personas que se hallan en el primer estadio de la AR. Actualmente se maneja para su diagnóstico de acuerdo a los nuevos criterios ACR/EULAR

2010 donde incluye: Aletaha D et al (2010).

TABLA N° 1 Criterios ACR/EULAR 2010

Población blanco (¿quiénes deberían ser incluidos?): pacientes que: 1) Tengan al menos una articulación con clínica de sinovitis (tumefacción), y 2) Cuya sinovitis no pueda explicarse por otra enfermedad.[1] .	
Criterios de clasificación (se requiere un puntaje de 6/10 para que el paciente sea clasificado definitivamente con diagnóstico de AR)	Puntos
a) Articulaciones comprometidas:	
-1 articulación grande	0
-2 a 10 articulaciones grandes	1
-1 a 3 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de articulaciones grandes)	2
-4 a 10 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de grandes articulaciones)	3
- Más de 10 articulaciones (con al menos 1 articulación pequeña)**	5
b) Serología (se requiere al menos de un resultado para realizar la clasificación):	
-FR – y anti ACPA -	0
-FR + a títulos bajos o ACPA + a títulos bajos	2
-FR + a títulos altos o ACPA + a títulos altos	3
c) Reactantes de fase aguda (se requiere al menos de un resultado para realizar la clasificación):	
-VSG o PCR normal	0
-VSG o PCR anormal	1
d) Duración de los síntomas:	
-Menos de seis semanas	0
-Seis semanas o más	1

Fuente: Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. Guía de Práctica Clínica: Nuevos criterios para el diagnóstico temprano de la artritis reumatoide. Ann RheumDis. 2010; 69:1580-1588.

En todo caso los nuevos criterios de clasificación de la artritis reumatoide ACR/EULAR presentan un nuevo enfoque con énfasis en la identificación específica de pacientes con una duración relativamente corta de los síntomas que pueden beneficiarse con la indicación de FARME al comienzo de la enfermedad o participar en ensayos clínicos de nuevos agentes terapéuticos que pueden detener el desarrollo de la enfermedad. Aletaha D et al (2010).

Asimismo, el diagnóstico y tratamiento temprano de AR con drogas antirreumáticas modificadoras de la enfermedad (DMARDs) debe ser utilizado para lograr la meta de la remisión y mantener la misma, esto ha sido mostrado para ayudar a minimizar el daño progresivo articular y mejorar la calidad de vida. Schulman E et al (2018).

Por otra parte la AR acorta la supervivencia e influye significativamente en la calidad de vida en la mayoría de los pacientes. 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. Goldman, Ausiello (2009). 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. Prada DM et al (2015).

"Por su parte la calidad de vida se ha convertido en los últimos años en un objetivo importante a alcanzar en el área de la salud." Prada DM et al (2015).

Llama la atención que la AR induce en los pacientes varios procesos que interactúan entre sí. Por un lado, la inflamación, el dolor, la pérdida del movimiento articular y la deformidad producen discapacidad. La discapacidad se define como cualquier restricción o deficiencia en la habilidad para desarrollar una actividad dentro del rango considerado como normal para un ser humano. Tobón S, et al (2004).

Por otro lado, la enfermedad lleva a la pérdida de un gran número de funciones de la vida diaria, lo cual afecta en mayor o menos grado el desplazamiento, el cuidado personal, el trabajo y otras actividades básicas. Todo ello altera la independencia económica y los roles sociales de la persona. La AR implica, por consiguiente, un cambio importante en la calidad de vida de las personas. Diversos estudios han demostrado que los pacientes que la sufren tienen peor calidad de vida en todas las dimensiones que la población general, y que pueden padecer enfermedades consideradas de mayor gravedad, tales como infarto de miocardio, colitis ulcerativa y el lupus eritematoso sistémico. Giles J et al (2018).

Para tal efecto en los últimos años se han ido desarrollando y popularizando diversos

instrumentos que tratan de cuantificar de una forma más fina y objetiva las discapacidades producidas por la AR, los cuales en su mayoría el paciente los puede contestar de forma autónoma o bien mediante entrevista con el médico o con personal de la investigación. Prada Hernández DM et al (2015).

"De acuerdo a ello estos cuestionarios se clasifican en genéricos (diseñados para la aplicación en estados de salud en general) y específicos de enfermedad (diseñados para utilizarlos en pacientes con una enfermedad determinada, en este caso la AR)." Prada Hernández DM et al (2015).

A este respecto el cuestionario de evaluación de la salud de Stanford (HAQ) es un instrumento para ser llenado por el paciente mismo, aceptado como parte de los criterios de respuesta en pacientes con AR por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) y la Liga Europea Contra la Artritis (EULAR). Prada Hernández DM et al (2015).

Asimismo existen 2 versiones del HAQ original: la escala de capacidad funcional y HAQ completo, que cambia periódicamente y evalúa costos, medicación y sus efectos secundarios, uso de los servicios de los cuidados de salud al igual que la incapacidad funcional, dolor y evaluación global de la enfermedad. Chirinos E et al (2004).

No obstante la escala de incapacidad funcional HAQ (IDFHAQ), consta de preguntas relacionadas con cada una de las 8 áreas de actividades de la vida diaria: vestirse y arreglarse, levantarse, comer, caminar, alcanzar, agarrar y actividades. Para cada área existe un valor 0: no dificultad, 1: alguna dificultar, 2: mucha dificultad o con asistencia, 3: incapaz de realizar actividad. Chirinos E et al (2004).

"En virtud de ello, la más alta puntuación para cada una de las

ocho áreas es sumada (rango=0-24) y dividida por ocho, en una escala continua de 0-3 y permite obtener el índice de incapacidad funcional HAQ (IDFHAQ)". González Virginia M et al (1995).

Por otra parte, la discapacidad es un buen reconocido resultado adverso en AR esto impacta sobre la salud y bienestar de individuos con esta enfermedad y resultado en significancia directa o indirectamente (esto es, incurrido debido al tiempo fuera del trabajo) costo de cuidados médicos. Twigg S et al (2018).

En otras palabras la afectación de la función física (por ejemplo incapacidad) es una característica prominente de AR que puede ocurrir muy temprano en el curso de la enfermedad, frecuentemente resultando en pérdida de productividad en el trabajo y empleo, dificultad con actividades en la vida diaria, afectación de la calidad de vida e incremento de la mortalidad. Giles J et al (2008).

Por su parte el término composición corporal se refiere a la cuantificación de los diversos componentes estructurales del cuerpo humano. Su estimación a nivel orgánico-tisular por métodos como el índice de masa corporal (IMC), la plicometría, la medición de circunferencias de cintura y cadera, la bioimpedancia eléctrica hace posible la valoración del estado de nutrición y la determinación de la cantidad de reserva energética y de masa muscular con que cuenta el organismo. Adicionalmente proporciona una estimación válida del porcentaje de grasa corporal y del riesgo a la salud derivado del exceso de masa grasa. Alvarez-Nemegyei J et al (2015).

Sin duda en las últimas décadas han aparecido una serie de evidencias que demuestran que los estados de exceso en el contenido corporal de masa grasa, como el sobrepeso y la obesidad, además de

incrementar el riesgo para enfermedades metabólicas, neoplásicas y cardiovasculares, se puede considerar estados de activación inflamatoria, ya que los adipocitos hipertróficos de los sujetos con esos tipos de composición corporal están activados y liberan diversos mediadores solubles conocidos como adipocinas. Las adipocinas más importantes por su función proinflamatoria son la leptina, la visfatina, la IL1 y el TNF . Giles J et al (2018). Estas 2 últimas citosinas son de relevancia en la patogenia de la AR, ya que son cruciales para el inicio y la persistencia de la sinovitis destructiva que la caracteriza. La obesidad parece ser por alguna razón asociado con enfermedades reumáticas. Di Minno M et al (2013).

Por último estas evidencias justifican el interés por investigar el diagnostico antropométrico según índice de masa corporal debido a que el exceso de tejido adiposo modula la actividad inflamatoria de la AR y en consecuencia a ello podría con llevar a disminución de la capacidad funcional y así afectación de la calidad de vida, asimismo comprobar la existencia de una relación sinérgica entre sobrepeso u obesidad y actividad inflamatoria podría justificar la inclusión rutinaria de intervenciones para el control y la optimización del diagnóstico antropométrico según índice de masa corporal como medidas auxiliares en el tratamiento de los pacientes con AR. Giles J et al (2018).

En consideración con lo antes expuesto, se plantea la siguiente interrogante: ¿Como el diagnostico antropométrico según índice de masa corporal afecta la calidad de vida a través de la escala de incapacidad funcional HAQ de los pacientes con Artritis Reumatoide¬ que asisten a la consulta de Reumatología del Hospital Dr. Rafael Calles Sierra en el periodo abril-agosto 2019?

Dentro del proceso de recaudación de información documental referente a estudios previos relacionados con las variables en cuestión, se encontraron los siguientes trabajos de investigación:

García-Poma A.et al en el 2007 llevo a cabo un estudio observacional, prospectivo/analítico que tuvo como objetivo asociar de forma independiente la obesidad con menor calidad de vida en pacientes con AR.Se incluyeron 359 pacientes con AR que se sometieron a una entrevista que incluía un examen físico. Basado en el índice de masa (IMC), los pacientes se clasificaron como normales (IMC <25 kg/m2), sobrepeso (IMC = 25-29.9 kg/m2), y obeso (IMC ≥30 kg/m2). La calidad de vida se cuantificó con el formulario (SF-36).

La asociación entre la obesidad y la calidad de vida se examinó con el uso de múltiples modelos de regresión lineal. En total 162 pacientes (47.9%) tenían un IMC normal, 126 (35.1%) exceso de peso, y 61 pacientes (17%) eran obesos. Los pacientes obesos tenían una calidad de vida inferior (30.8 ± 18.1) que el paciente con sobrepeso (43.3 ± 20.1) y pacientes con peso normal (43.8 ± 22.2), P <0.001.

La asociación entre obesidad y deterioro de la calidad de vida se confirmó con un lineal modelo de regresión (Coef = -12.9, P <0.001). La obesidad es asociado de forma independiente con la calidad de vida deteriorada en pacientes con artritis reumatoide.

Nikiphorou. E. et alen el 2017 llevo a cabo un estudio que tuvo como objetivo examinar las asociaciones entre el IMC y la actividad de la enfermedad, la capacidad funcional y la calidad de vida en AR. Analizaron dos cohortes de inicio de AR británicas multicéntricas consecutivas diseñadas de forma similar: el Early AR Study (ERAS) y la Early RA Network (ERAN). Las cifras de

reclutamiento/seguimiento mediano para el ERAS y ERAN fueron 1465/10 años (máximo 25 años) y 1236/6 años (máximo 10 años), respectivamente.

Las variables demográficas y clínicas estándar se registraron al inicio y anualmente. Se usaron modelos longitudinales a trozos con un punto de cambio a los 2 años con el DAS28, ESR, HAQ y (SF-36) físicos (PCS) y componentes mentales (MCS) como variables dependientes. El IMC se examinó en modelos separados como variables continuas y categóricas (según las definiciones de la Organización Mundial de la Salud) y hasta 5 años desde el inicio de la enfermedad.

Los datos obtenidos de IMC de 2386 pacientes con AR recién diagnosticados (11.348 medidas) mostraron un aumento en el IMC de 0.27 U al año (IC del 95%: 0.21-0.33). La obesidad basal se asoció con una reducción significativa en la probabilidades de lograr un DAS28 bajo en el año 2 [OR 0.52 (IC del 95%: 0.41- 0.650)]. En el año 2, HAQ y SF-36 PCS las puntuaciones fueron significativamente peores, pero no en el año 5 en pacientes obesos al inicio del estudio. La obesidad en el año 2 fue asociada con puntajes DAS28 más altos en el año 2, pero no en el año 5, y también asociado con puntajes significativamente puntuaciones HAQ y SF-36 PCS más altas en los años 2 y 5.

La prevalencia de la obesidad está aumentando en la AR temprana y se asocia con una peor actividad de la enfermedad, función y la calidad de vida relacionada con la salud, con un impacto negativo significativo en el logro de un bajo DAS28. Los datos defienden firmemente que el manejo de la obesidad se convierta en el centro de las estrategias de tratamiento en la AR.

Schoffman D.et al en el 2013 realizaron un estudio que tuvo como objetivo examinar si el

índice de masa corporal (IMC) se asoció con la función física y la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) entre los adultos con artritis y otras afecciones reumáticas. Donde se analizó el IMC y el funcionamiento físico (caminata de seis minutos, silla soporte, alcance sentado, velocidad de marcha, agarre de mano) y CVRS auto-reportada (depresión, rigidez, dolor, fatiga, discapacidad, calidad de vida-mental, y calidad de vida, física) fueron evaluados.

El IMC se asoció significativamente con todos los funcionales ($P \leq 0.007$) y las medidas de HRQOL ($P \leq 0.03$) en los modelos sin ajustar. El presente análisis de un rango de CVRS y medidas objetivas de la función física demuestra los efectos debilitantes de la combinación de sobrepeso y artritis y otras afecciones reumáticas.

Chirinos E.et al en el 2006 realizaron un estudio que tuvo como objetivo evaluar el índice de incapacidad, comorbilidad y limitación de las actividades diarias en pacientes con enfermedades reumáticas en Pueblo Nuevo, Falcón, Venezuela. Los individuos fueron sometidos a un cuestionario predeterminado sobre características epidemiológicas y enfermedades reumáticas, y luego colocados bajo evaluación clínica. Aplicaron el cuestionario de evaluación de la salud (HAQ), 110 personas fueron diagnosticadas con artritis. De los 110 individuos la investigación reveló que el 71% de la población mostró algún grado de dificultad, 56% leve dificultad, 11% dificultad moderada y 4% dificultad severa de las actividades físicas- Las más afectadas fueron 45% caminar, 36% alcanzar y levantare de una silla 26%.

OBJETIVOS

Objetivo General: Correlacionar el diagnóstico antropométrico según índice de masa corporal y la calidad de vida a través de la

escala de incapacidad funcional HAQ de los pacientes con artritis reumatoide que asisten a la consulta de reumatología del Hospital Dr. Rafael Calles Sierra en el periodo abril- agosto 2019.

Objetivos Específicos:

1. Determinar el diagnóstico antropométrico según índice de masa corporal de los pacientes con artritis reumatoide.
2. Estimar la calidad de vida a través de la escala de incapacidad funcional HAQ en la población de estudio.
3. Correlacionar el diagnóstico antropométrico según índice de masa corporal y la calidad de vida a través de la escala de incapacidad funcional HAQ en la población de estudio.

METODOLOGIA

Tipo y diseño de investigación:

Se realizó un estudio tipo analítico, correlacional, prospectivo, corte transversal, de campo.

Población y muestra:

La población de estudio estuvo constituida por todos los pacientes con artritis reumatoide que acudieron a la consulta de reumatología del Hospital Dr. Rafael Calles Sierra en un lapso de tiempo comprendido entre abril-agosto 2019. La muestra fue intencional no probabilística, sujeta a los criterios de inclusión y exclusión además del lapso de tiempo del estudio.

Criterios de Inclusión:

- Firma de consentimiento informado para participación en el estudio.
- Edades comprendidas de 18 a 75 años.
- Cualquier sexo.
- Diagnóstico de Artritis Reumatoide de acuerdo a criterios diagnóstico del Consenso ACR1987/ACR/EULAR 2010.

Criterios de exclusión:

- Pacientes con limitaciones funcionales y/o mecánicas derivadas de otras patologías (secuelas de enfermedad

cerebrovascular, traumatismos, fracturas).

- Síndrome de Fragilidad

Técnicas de Recolección de Datos:

Previa autorización de la consulta de reumatología del Hospital Dr. Rafael Calles Sierra y aprobación del comité de bioética de la Universidad Nacional Experimental "Francisco de Miranda" se procedió a seleccionar los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide de la consulta que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión.

Se tomó nota de la información suministrada por el paciente en el instrumento de recolección de datos (tipo encuesta) el cual consto de datos sociodemográficos de la población a estudiar como lo son: edad, sexo, dirección, graffar, estado civil.

Posteriormente se procedió a pesar y talla al paciente con báscula y estadiómetro para luego calcular el índice de masa corporal (Peso (Kg)/talla2 (m2)), se aplicó su clasificación de acuerdo a la clasificación del OMS:

Tabla N° 2: Clasificación de Índice de Masa Corporal

IMC	Clasificación
< 18,5 Kg/m²	Bajo Peso
18,5-24,9 Kg/m²	Normal
25-29,9 Kg/m²	Sobrepeso
30-34,9 Kg/m²	Obesidad I
35-39,9 Kg/m²	Obesidad II
> 40 Kg/m²	Obesidad III

Fuente: OMS, 1995, El estado Físico, Uso e Interpretación de la Antropometría, Comité Expertos de la OMS, Ginebre. (Serie de informes técnicos 854).

Se aplicó la escala de incapacidad funcional HAQ, en cada una de las 8 áreas (vestirse y asearse, levantarse, comer,…) de la escala se escogió la puntuación más alta de los 2 ó 3 ítems que la componen, por lo que se obtuvieron 8 puntuaciones. Así, de los 20 ítems iniciales quedaron reducidos a 8.

Para hallar 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 de la escala de incapacidad funcional HAQ. La puntuación de IDFHAQ puede oscilar entre 0 (no incapacidad) y 3 (máxima incapacidad).

Procesamiento de los datos:

Los datos obtenidos fueron organizados para su análisis mediante el uso de paquete estadístico SPSS versión 20.0. Se calcularon los estadístico descriptivos, correspondientes (promedios, derivación estándar, frecuencias absolutas y relativas) y se presentaron en tablas y figuras. La asociación entre las variables categóricas/cuantitativas consideradas se realizó mediante la aplicación de pruebas no paramétricas (Chi2 de Pearson/Valor de Pearson) considerando una significancia de $P < 0.05$.

RESULTADOS Y DISCUSION

Este estudio incluyo 97 pacientes de los cuales 89,65% pertenece al sexo femenino, con un promedio de edad general de 54,25 años + 10.07 años, para una edad mínima de 23 años y una máxima de 75 años. Estos resultados fueron igual al estudio de Nikiphorou E, et al. en el 2017, Schoffman D, et al. en el 2013 y García-Poma A, et al. en el 2007 donde obtuvieron mayor representación del sexo femenino y la mayoría de la población en estudio tenía una edad promedio en la V década de la vida.

En cuanto a los rangos de edades de esta muestra se obtuvo el siguiente resultado: la mayoría de los pacientes de la muestra de este estudio (61.8%) es decir 61 pacientes tienen edades comprendidas entre 49-63 años, mientras que 24 pacientes quienes representan el 24.73% tienen edades comprendidas entre 18 a 48 años y 13 pacientes (13.39%) tienen edades comprendidas entre 64 a 75 años.

Tabla N° 3 Pacientes con Artritis Reumatoide según sexo y edad. Consulta de Reumatología del Hospital Dr. Rafael Calles Sierra en el periodo abril-agosto 2019.

Edad/Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
18-23 años	1	1.03	0	0	1	1.03
24-28 años	1	1.03	0	0	1	1.03
29-33 años	2	2.06	0	0	2	2.06
34-38 años	2	2.06	0	0	2	2.06
39-43 años	6	6.18	0	0	6	6.18
44-48 años	11	11.34	1	1.03	12	12.37
49-53 años	13	13.40	2	2.06	15	15.46
54-58 años	20	20.61	4	4.17	24	24.78
59-63 años	20	20.61	1	1.03	21	21.64
64-68 años	7	7.21	0	0	7	7.21
69-73 años	3	3.09	2	2.06	5	5.15
74-75 años	1	1.03	0	0	1	1.03
Total	**87**	**89.65**	**10**	**10.35**	**97**	**100.00**

Fuente: Datos procesados por el autor (2019).

Fuente: Datos procesados por el autor (2019).

En cuanto al diagnóstico antropométrico según IMC de acuerdo a los criterios de la OMS se obtuvo el siguiente resultado: fueron que el 38.07% de los pacientes se ubican en un rango normal; el 61.93% de la muestra obtuvo un IMC anormal, dado por: 4 pacientes (4.17%) bajo peso, 34 pacientes (35.09%) sobrepeso, mientras que un total de 22 pacientes (22.67%) obesos con mayor predominio en el sexo femenino (21.64%). Siendo este resultado similar al estudio de *Nikiphorou E, et al. en el 2017* donde se evidencio que el IMC promedio fue de 26.5 Kg/mts^2, representada por una muestra con sobrepeso. *Schoffman D, et al. en el 2013 y García-Poma A, et al. en el 2007* difieren debido a que sus muestras eran muy grandes y obtienen un IMC de 56.9% y 52.1% de obesidad respectivamente.

Tabla N° 4 Pacientes con Artritis Reumatoide según diagnóstico antropométrico de acuerdo a índice de masa corporal y sexo. Consulta de Reumatología del Hospital Dr. Rafael Calles Sierra en el periodo abril-agosto 2019.

IMC/Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	N	%
Bajo Peso	4	4.17	0	0.00	4	4.17
Normal	32	32.92	5	5.15	37	38.07
Sobrepeso	30	30.92	4	4.17	34	35.09
Obesidad I	20	20.61	1	1.03	21	21.64
Obesidad II	0	0.00	0	0.00	0	0.00
Obesidad III	1	1.03	0	0.00	1	1.03
Total	**87**	**89.65**	**10**	**10.35**	**97**	**100.00**

Fuente: Datos procesados por el autor (2019).

Conviene significar, que estos valores de las medidas

antropométricas (talla/peso), determinados en todos y cada uno de los pacientes participantes, sirvieron para calcular el índice de masa corporal (IMC) y se pudo determinar un IMC promedio de 25.95 Kg/mts^2, con una desviación estándar de $\pm$ 4.48 Kg/mts^2, para un valor mínimo de 15.62 y un máximo de 43.94 Kg/mts^2, para una amplitud de 28.32 Kg/mts^2.

Es importante señalar, que a todos los participantes en el estudio se les estimo la calidad de vida de acuerdo a la escala de incapacidad funcional HAQ se pudo determinar un HAQ promedio de 1.26, con una desviación estándar de $\pm$ 0.75.

Los hallazgos obtenidos fueron los siguientes: Se pudo determinar que el 64.96% de la muestra analizada presentaba algún tipo de incapacidad para realizar sus actividades de la vida diaria (AVD), de los cuales el 20.58% estaban severamente incapacitados. 43 pacientes (44.38%) presentaba alguna dificultad al momento de realizar sus AVD, 19 pacientes (19.58%) mucha dificultad o que ameritaban asistencia para la realización de sus AVD y 1 pacientes (1.00%) fue incapaz de realizar su AVD. De acuerdo al genero se pudo observar que el sexo femenino estuvo limitado en 60.79% mientras que el masculino 4.17%.

Estos resultados fueron similares al estudio realizado por *Chirinos E, et al en el 2007* donde obtuvo como resultado que el 71% de la población mostró algún grado de dificultad, de los cuales 56% leve dificultad, 11% dificultad moderada y 4% dificultad severa de las actividades físicas, al igual que el estudio realizado por *Nikiphorou E, et al. en el 2017* que reveló como promedio de acuerdo a la escala de incapacidad funcional HAQ 1.1 puntos es decir alguna dificultad para realizar las actividades de la vida diaria.

Tabla N° 5 Pacientes con Artritis Reumatoide según calidad de vida a través de la escala de incapacidad funcional HAQ y sexo. Consulta de Reumatología del Hospital Dr. Rafael Calles Sierra en el periodo abril-agosto 2019.

HAQ/Sexo	Femenino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	N	%
Sin dificultad	28	28.86	6	6.18	34	35.04
Alguna Dificultad	39	40.21	4	4.17	43	44.38
Mucha dificultad o con asistencia	19	19.58	0	0	19	19.58
Incapaz de realizar actividades	1	1.00	0	0	1	1.00
Total	**87**	**89.65**	**10**	**10.35**	**97**	**100.00**

Fuente: Datos procesados por el autor (2019).

De acuerdo al diagnóstico antropométrico según índice de masa corporal y la calidad de vida a través de la escala de incapacidad funcional HAQ se obtuvo el siguiente resultado: 4 pacientes con bajo peso, de ellos 2 (2%) fueron incapaces de realizar sus actividades de la vida diaria; 34 pacientes con sobrepeso de ellos 23 (19.69%) presentaron alguna dificultad y mucha dificultad (4.10%) para realizar sus actividades de la vida diaria; 22 pacientes con obesidad presentaron alguna dificultad (10.30%) y mucha dificultad (5.10%) para realizar sus actividades de la vida diaria.

Tabla N° 6 Pacientes con Artritis Reumatoide según diagnóstico antropométrico según índice de masa corporal y calidad de vida a través de la escala de incapacidad funcional HAQ. Consulta de Reumatología del Hospital Dr. Rafael Calles Sierra en el periodo abril-agosto 2019.

IMC/HAQ	Sin Dificultad		Alguna Dificultad		Mucha dificultad o con asistencia		Incapaz de realizar actividades		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Bajo Peso	2	2.10	0	0.00	1	1.00	1	1.00	4	4.10
Normal	14	14.60	14	14.40	9	9.30	0	0.00	37	38.10
Sobrepeso	11	11.30	19	19.60	4	4.10	0	0.00	34	35.10
Obesidad I	7	7.30	10	10.30	4	4.10	0	0.00	21	21.60
Obesidad III	0	0.00	0	0.00	1	1.00	0	0.00	1	1.00
Total	**34**	**35.10**	**43**	**44.30**	**19**	**19.60**	**1**	**1.00**	**97**	**100.00**

Fuente: Datos procesados por el autor (2019).

El diagnostico antropométrico según índice de masa corporal en relación con la

edad y la duración de la enfermedad, se obtuvo un valor de Pearson de -.143; -.015, con una significación de .161 y .884, que resulto mayor de 0.05 (p > 0.05), esto indica que no hay una relación directa entre las variables en estudio. Por lo que no se tomarían en cuenta como factores de riesgo para aumento o pérdida de peso en los pacientes estudiados.

Tabla N° 7 Correlación entre diagnóstico antropométrico según índice de masa corporal y edad y duración de la enfermedad. Consulta de Reumatología del Hospital Dr. Rafael Calles Sierra en el periodo abril-agosto 2019

Variables	Valor de Pearson	Signific.	Valor de P
Indice de Masa Corporal vs Edad	-.143	.161	P > .05
Indice de Masa Corporal vs Duración de la Enfermedad	-.015	.884	P > .05

Fuente: Datos procesados por el autor (2019).

Los resultados obtenidos sobre la estimación de incapacidad funcional HAQ en relación con la edad y la duración de la enfermedad, se obtuvo un valor de Pearson de .077 ; -.201, con una significación de .452 y .048, que resulto mayor de 0.05 (p > 0.05) la variable edad, esto indica que no hay una relación directa entre las variable edad, pero se determinó que fue menor de 0.05 (p < 0.05) en la variable duración de la enfermedad, esto indica que hay una relación directa entre estas variables, y que a mayor duración de la enfermedad, más incapacidad funcional presenta el paciente.

Tabla N° 8 Correlación entre calidad de vida a través de la escala de incapacidad funcional HAQ y edad y duración de la enfermedad. Consulta de Reumatología del Hospital Dr. Rafael Calles Sierra en el periodo abril-agosto 2019

Variables	Valor de Pearson	Signific.	Valor de P
HAQ vs Edad	.077	.452	P > .05
HAQ vs Duración de la Enfermedad	.201	.048	P < .05

Fuente: Datos procesados por el autor (2019).

De acuerdo a la correlación entre el diagnóstico antropométrico según índice de masa corporal y la calidad de vida a través de la escala de incapacidad funcional HAQ se obtuvo el siguiente resultado que indican que el diagnostico antropométrico según índice de masa corporal se relaciona significativamente ya que los valores de Chi^2: 26.916 correspondiente al cruce de estas variables produjo una significación de .008, lo cual resulta menor de 0.05 ($p < 0.05$) lo que indica que hay una relación dependiente entre las variables en estudio.

Tabla N° 9 Correlación entre el diagnóstico antropométrico según índice de masa corporal y la calidad de vida a través de la escala de incapacidad funcional HAQ de los pacientes con Artritis Reumatoide. Consulta de Reumatología del Hospital Dr. Rafael Calles Sierra en el periodo abril-agosto 2019

Variables	Valor de Chi^2	Grados de Libertad	Signific.	Valor de P
Indice de Masa Corporal vs HAQ	26.916	12	.008	P <.05

Fuente: Datos procesados por el autor (2019).

CONCLUSIONES

El diagnóstico antropométrico según el índice de masa corporal de acuerdo a los criterios de la OMS y los hallazgos obtenidos, fueron: 38.07% de los pacientes poseen rango normal y 61.93% de la muestra fueron anormales, de ellos: 4 (4.17%) pacientes bajo peso, 34 (35.09%) pacientes con sobrepeso, 22 (22.67%) obesos, con un predominio del sexo femenino (21.64%).

La calidad de vida a través de la escala de incapacidad funcional HAQ de los pacientes se obtuvo que 15 (35.04%) no poseían ninguna dificultad para la realización de sus actividades diarias. De igual manera se pudo determinar que el 64.96% de la muestra analizada

presentaban algún tipo de incapacidad para realizar sus actividades cotidianas, y de ellos el 20.58% estaban severamente incapacitados. El 44.38% de los pacientes presentaron alguna dificultad al momento de realizar sus actividades diarias, 19 (19.58%) se clasificaron como que presentaban mucha dificultad o que ameritaban asistencia para la realización de su actividad cotidiana y 1 (1,00%) paciente incapaz de realizar actividades de la vida diaria.

De acuerdo al diagnóstico antropométrico según índice de masa corporal y la calidad de vida a través de la escala de incapacidad funcional HAQ en 4 pacientes con bajo peso, 2 de ellos (2.00%) presentaron mucha dificultad o fueron incapaces de realizar sus actividades diarias; 34 pacientes con sobrepeso solo 23 pacientes presentaron alguna dificultad (19.60%) o mucha dificultad (4.10%) para realizar sus actividades diarias; mientras que 22 pacientes con obesidad presentaron alguna dificultad (10.30%) o mucha dificultad (5.10%) para realizar sus actividades diarias.

El diagnóstico antropométrico según índice de masa corporal en relación con la edad y la duración de la enfermedad, se obtuvo un valor de Pearson de -.143; -.015, con una significación de .161 y .884, que resulto mayor de 0.05 ($p > 0.05$), esto indica que no hay una relación directa entre las variables en estudio.

Los resultados obtenidos sobre la estimación de incapacidad funcional HAQ en relación con la edad y la duración de la enfermedad, se obtuvo un valor de Pearson de .077 ; -.201, con una significación de .452 y .048, que resulto mayor de 0.05 ($p > 0.05$) la variable edad, esto indica que no hay una relación directa entre las variable edad, pero se determinó que fue menor de 0.05 ($p < 0.05$) en la variable

duración de la enfermedad, esto indica que hay una relación directa entre estas variables, y que a mayor duración de la enfermedad, más incapacidad funcional presenta el paciente.

En relación a la correlación entre el diagnóstico antropométrico según índice de masa corporal y la calidad de vida a través de la escala de incapacidad funcional HAQ se obtuvo que el diagnostico antropométrico según índice de masa corporal se relaciona significativamente ya que los valores de Chi2: 26.916 correspondiente al cruce de estas variables produjo una significación de .008, lo cual resulta menor de 0.05 ($p < 0.05$) lo que indica que hay una relación dependiente entre las variables en estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Adam Rindfleisch J, Muller D. Diagnosis and Management of Rheumatoid Arthritis. Am Fam Physician. 2005;72(6):1037-1047.

2. Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, et al. Guía de Práctica Clínica: Nuevos criterios para el diagnóstico temprano de la artritis reumatoide. Ann RheumDis. 2010; 69:1580-1588.

3. Alvarez-Nemegyei J, et al. Asociación entre composición corporal y actividad inflamatoria en artritis reumatoide. Una revisión sistemática. ReumatolClin. 2015. http://dx.doi.org/10.1016/j.reuma. 2015.09.001

4. Chirinos E, García, E, González, N. Estimación del impacto de las manifestaciones clínicas de las enfermedades reumáticas en la capacidad funcional para la realización de las actividades de la vida diaria en los habitantes de la península de paraguaná, un estudio poblacional. Universidad del Zulia. Facultad de Medicina. División de estudios para graduados. Diciembre 2004.

5. Chirinos, E, et al. Impacto de las enfermedades reumáticas en la limitación de actividades de la

vida diaria en Pueblo Nuevo, Falcón. Venezuela. Journal of Clinical Rheumatology 2006; 12 (4): 2.

6. Cumio G, Morgado L, Ortega R. Propuesta de un programa educativo para el manejo de las emociones manifestadas por los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide que asisten a la consulta del centro nacional de enfermedades reumáticas ubicado en el clínico universitario de caracas, entre Julio y Agosto del año 2012. Universidad Central de Venezuela. Facultad de Medicina. Escuela de Enfermería. Septiembre 2016.

7. Di Minno M, et al. Obesity and the Prediction of Minimal Disease Activity: A Prospective Study in Psoriatic Arthritis. Arthritis Care & Research 2013; 65: 141-147.

8. García-Poma A, et al. Obesity is independently associated with impaired quality of life in patients with rheumatoid arthritis. ClinRheumatol 2007; 26:1831–1835. DOI 10.1007/s10067-007-0583-4.

9. Giles J, et al. Association of Body Composition With Disability in Rheumatoid Arthritis: Impact of Appendicular Fat and Lean Tissue Mass. Arthitis & Rheumatism 2008; 59: 1407-1415. DOI 10.1002/art.24109

10. Giles J, et al. Adipose Tissue Macrophages in Rheumatoid Arthritis: Prevalence, Disease-Related Indicators, and Associations With Cardiometabolic Risk Factors. Arthritis Care & Research 2018; 0: 1-10. DOI 10.1002/acr.23253

11. Goldman L, Ausiello D. Cecil Tratado de Medicina Interna. Volumen II. 23° edición. Elsevier Saunders. 2009.

12. Gonzalez Virginia, M, Stewart Anita, Ritter Philip L, and Lorig Kate.1995. Translation and Validation of Arthritis Outcome Measures Into Spanish. Arthritis Rheum 10:1429-1446.

13. Nikiphorou E, et al. The association of obesity with disease

activity, functional ability and quality of life in early rheumatoid arthritis: data from the Early Rheumatoid Arthritis Study/Early Rheumatoid Arthritis Network UK prospective cohorts. Rheumatology 2018 doi:10.1093/rheumatology/key066.

14. Prada Hernández DM, 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.

15. Schoffman DE, et al. Association of Body Mass Index with Physical Function and Health-Related Quality of Life in Adults with Arthritis.Hindawi Publishing Corporation Arthritis Volume 2013, Article ID 190868, 10 pages http://dx.doi.org/10.1155/2013/190868.

16. Schulman E, et al. Overweight, Obesity, and the Likelihood of Achieving Sustained Remission in Early Rheumatoid Arthritis: Results From a Multicenter Prospective Cohort Study. Arthritis Care & Research 2018; 70: 1185-1191. DOI 10.1002/acr.23457.

17. Tobón S, et al. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide a partir del Cuestonario de Calidad de Vida en la Artritis (QoL-RA).Psicología y Salud, 2004;14 (1) :25-30.

18. Twigg S, et al. Effect of Fatigue, Older Age, Higher Body Mass Index, and Female Sex on Disability in Early Rheumatoid Arthritis in the Treatment-to-Target Era. Arthritis Care & Research 2018; 0: 1-8. DO