

Funcionalidad y calidad de vida del paciente adulto mayor con artritis reumatoide en la consulta externa

Functionality and Quality of Life of the Elderly Patient with Rheumatoid Arthritis in the Outpatient Clinic

**Karina Cardoso Santiago¹, Verónica Durán Gómez^{1, 2},
Guillermo Cordero Sánchez³.**

1. Departamento de Geriátría, Hospital General de Zona No. 27, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México.
2. Área Académica de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México. Ciudad de México, México.
3. Departamento de Reumatología, Hospital General de Zona No. 27, Instituto Mexicano del Seguro Social. Ciudad de México, México.



Recibido: 14 de mayo de 2024.
Aceptado: 8 de octubre de 2024.

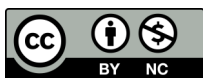
ART-AO-81-e080101
DOI: 10.5281/zenodo.15751108

Autor(a) responsable de la correspondencia

Karina Cardoso Santiago

kcardoso2001@gmail.com

Prolongación Lerdo 311, Col. Tlatelolco, Alcaldía Cuauhtémoc,
C.P. 06900. Ciudad de México, México.



Este artículo se distribuye bajo una licencia *Creative Commons* Atribución-NoComercial 4.0 Internacional.

© Cardoso K, Durán V, Cordero G. Funcionalidad y calidad de vida del paciente adulto mayor con artritis reumatoide en la consulta externa. Rev Cadena Cereb. 2024; 8(1): e080101.
<https://www.cadenadecerebros.com/articulo/2024-e080101>

RESUMEN

Introducción: La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune sistémica que afecta principalmente al tejido sinovial y conduce a la destrucción y pérdida de la función de las articulaciones. Los pacientes con artritis reumatoide presentan un deterioro funcional significativo con una consecuente reducción de la calidad de vida, conocer las características físicas, mentales y sociales del paciente adulto mayor con artritis reumatoide puede marcar pautas de intervenciones futuras.

Objetivo: Identificar la correlación entre la funcionalidad y la calidad de vida en pacientes mayores de 60 años con diagnóstico de artritis reumatoide de la consulta externa del HGZ 27.

Material y métodos: estudio transversal con aplicación de entrevistas y las escalas SF-36, HAQ-DI, Lawton-Brody y Barthel. La población objetivo se tomó de los pacientes que acudieron a la consulta externa de reumatología.

Resultados: Se evaluaron 55 pacientes, el sexo femenino representó el 92.7%, la mediana de edad 67 años. La mediana de tiempo de evolución de enfermedad fue 14 años. La actividad de la enfermedad medida por CDAI fue de 9, con predominio de actividad baja (41.8%). Se encontró una correlación negativa ($r=-0.66$, $p<0.00$) entre la calidad de vida y la funcionalidad por HAQ-DI. Escala Barthel se encontró una correlación con SF-36 positiva ($r=0.70$, $p<0.00$).

Conclusión: Este sector de la población tiene un grado mayor de vulnerabilidad, amerita atención en la esfera social, psicológica y biológica, para poder generar un impacto en la funcionalidad, conservación, recuperación, y por ende mejorar la calidad de vida.

Palabras clave: artritis reumatoide; estado funcional; anciano; calidad vida.

ABSTRACT

Introduction: Rheumatoid arthritis is a systemic autoimmune disease that primarily affects synovial tissue and leads to the destruction and loss of function of the joints. Patients with rheumatoid arthritis present a significant functional deterioration with a consequent reduction in quality of life. Knowing the physical, mental and social characteristics of the elderly patient with rheumatoid arthritis can set guidelines for future interventions.

Objective: To identify the correlation between functionality and quality of life in patients >60 years of age with a diagnosis of rheumatoid arthritis in the outpatient clinic of HGZ 27.

Material and methods: cross-sectional study with application of interviews and the SF-36, HAQ-DI, Lawton-Brody and Barthel scales. The target population was taken from patients attending the rheumatology outpatient clinic.

Results: 55 patients were evaluated, 92.7% female, median age 67 years. The median time of disease evolution was 14 years. Disease activity measured by CDAI was 9, with a predominance of low activity (41.8%). A negative correlation ($r=-0.66$, $p<0.00$) was found between quality of life and functionality by HAQ-DI. A positive correlation with SF-36 was found ($r=0.70$, $p<0.00$).

Conclusion: This sector of the population has a higher degree of vulnerability and requires attention in the social, psychological, and biological spheres in order to have an impact on functionality, conservation, recovery and thus improve the quality of life.

Keywords: rheumatoid arthritis, functionality, elderly, quality of life.

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica que afecta principalmente al tejido sinovial y conduce a la destrucción y pérdida de la función de las articulaciones¹. La AR afecta principalmente el revestimiento de las articulaciones sinoviales y puede causar discapacidad progresiva, muerte prematura y cargas socioeconómicas².

Aproximadamente el 70% de los pacientes con AR experimentan destrucción articular irreversible en el primer año de la aparición de la enfermedad, y el 80% de los adultos en edad laboral experimentan dolor incapacitante, rigidez y disminución de la capacidad funcional, dando lugar a limitaciones en las actividades y restricciones en el desempeño de roles sociales. Entre el 30 y 40% de los pacientes presenta incapacidad laboral a los cinco años de diagnóstico y más del 50% sufre discapacidad grave a los 10 años de vivir con la enfermedad³.

En un 2% se presenta en la población geriátrica, la enfermedad que comienza después de los 65 años se conoce como AR de inicio en la vejez. Esta se caracteriza por una distribución de sexo más equilibrada y afectación más frecuente de las articulaciones grandes⁴.

Los pacientes con AR presentan un deterioro funcional significativo con una consecuente reducción de la calidad de vida, esta última es un concepto multidimensional que incorpora todos los aspectos de la vida humana, incluidas las dimensiones física, funcional, emocional, social y espiritual⁵. Los indicadores de calidad de vida son: capacidad de adaptación, capacidad para desempeñar los roles de la vida, bienestar mental y funcionamiento social normal. El dolor que acompaña a las enfermedades reumáticas contribuye a que los pacientes se sientan ansiosos, irritados y agotados, lo que, a su vez, provoca malestar en el funcionamiento de su vida diaria⁶.

Los síndromes geriátricos como el deterioro cognitivo, la depresión, las caídas, la incontinencia, sarcopenia y la desnutrición son comunes en las personas mayores con artritis reumatoide y se asocian con una mayor actividad de la enfermedad, niveles más bajos de hemoglobina y reducción de la actividad física e independencia⁷.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio transversal con la recopilación de datos en un solo momento por medio de entrevistas y aplicación de cues-

tionarios con enfoque a calidad de vida por medio de SF-36⁸, y de funcionalidad con las escalas de HAQ-DI⁹, Lawton y Brody¹⁰ y Bart-hel¹¹. Se reclutaron pacientes que acudieron a la consulta externa de reumatología del Hospital General de Zona No. 27 del Instituto Mexicano del Seguro Social en la Ciudad de México (México), adultos mayores de 60 años que cumplieron con los criterios de inclusión, durante el periodo de julio a septiembre de 2023. El contraste de hipótesis fue bilateral t diferente de 0, se estableció una correlación hipotética de 0.7, por lo que el tamaño de muestra calculada fue de 48 pacientes, y al concluir las entrevistas, fue un total de 55 pacientes.

Criterios de selección

Se incluyeron adultos mayores de 60 años, que contaran con el diagnóstico de AR según los criterios de ACR/EULAR 2010 y que aceptaron participar. No se consideró a aquellos pacientes tuvieran alguna condición que dificultara realizar la medición de calidad de vida como déficit de comprensión por discapacidad auditiva o visual, deterioro cognitivo mayor y que el paciente tuviese otra enfermedad que afectara la calidad de vida, como enfermedad pulmonar crónica Gold 3 y 4, insuficiencia cardíaca congestiva clase funcional III y IV.

Análisis estadístico

Se realizó estadística descriptiva: Las variables cualitativas se realizaron mediante la determinación de frecuencia y porcentaje y se presentó el resultado con gráficos de barras. Las variables cuantitativas continuas se determinaron si su distribución fue normal, mediante pruebas de normalidad, y se calculó media con DS en caso de distribución normal y si es no normal mediana con rangos máximos y mínimos. Las variables cuantitativas discretas, se calculó mediana con rangos máximos y mínimos. Se realizó la correlación que es un tipo de asociación entre dos variables numéricas, específicamente evalúa la tendencia (creciente o decreciente) en los datos, sin especificar causalidad. El cálculo se realizó con coeficiente de correlación de Pearson por variables de distribución no normal, resultando en correlaciones no paramétricas. Para su representación gráfica se realizaron diagramas de dispersión. Se consideró significancia estadística una $p < 0.05$.

RESULTADOS

Se evaluaron un total de 55 pacientes con diagnóstico de AR, se descartaron 3 pacientes que cumplían el diagnóstico pero se encontraban con enfermedad pulmonar intersticial que eran usuarios de oxígeno suplementario. La gran mayoría pacientes mujeres 92.7% y únicamente 7.3% hombres. La mediana de edad de los participantes fue de 67 años, el 87.28% pertenecían al grupo viejo-joven y el 12.72% fueron del grupo viejo-viejo.

La mediana de escolaridad fue de 12 años, con pacientes que tenían como mínimo 1 año y máximo hasta 30 años. En cuanto a estado civil el 41.8% de los pacientes se encontraban solteros, como se expone en la **Tabla 1**.

Tabla 1. Características de la población

Características	Frecuencia	Porcentaje
Edad (años)	Med. 67.7 (Min. 60; Max. 83)	-
Sexo		
Femenino	51	92.7
Masculino	4	7.3
Estado civil		
Viudo	9	16.4
Casado	21	38.2
Soltero	23	41.8
Unión libre	2	3.6
Escolaridad (años)	Med. 12 (Min: 1; Max 30)	-
Comorbilidades		
DM2	8	14.5
HAS	22	40
EPOC	3	5.5
Asma	2	3.6
Ins. Venosa	4	7.3
ERGE	4	7.3
Canal lumbar estrecho	2	3.6
Glaucoma	4	7.3
Otras	4	7.3
Osteoartritis	7	12.7
Osteoporosis	14	25.9
Sx. Sjögren	5	9.1
Fibromialgia	4	7.3
Esclerosis sistémica limitante	3	5.5
Ansiedad/Depresión	2	3.6
Comorbilidades por paciente	Med.1 (Min. 0; Max. 7)	-
Sin comorbilidades	9	16.4
1 comorbilidad	20	36.5
2 comorbilidades	12	21.8
3 comorbilidades	10	18.2
4 o más	4	7.3

Abreviaturas: DM, Diabetes mellitus; HAS, Hipertensión arterial sistémica; EPOC, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica; ERGE, Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico

En el número de comorbilidades por paciente se destacó que el 36.5% de los pacientes tenían una enfermedad agregada a la artritis reumatoide. De las comorbilidades identificadas en la pobla-

ción estudiada la de mayor frecuencia fue la hipertensión arterial sistémica 40%. En lo que respecta a patologías reumatológicas asociadas, en orden descendente, fueron: osteoporosis 25.9%, síndrome de Sjögren 9.1%, fibromialgia 7.3%, y esclerosis sistémica 5.5%, datos que se describen en la **Tabla 1**. Del total de la población evaluada se encontró que el 3.6% tenían antecedente de depresión.

En lo que respecta al análisis del tratamiento empleado, **Tabla 2**, se observó que el FARME más utilizado fue el metotrexato con 63.6%, seguido de leflunomida con 40% y Sulfasalazina con 25.5%. En cuanto al número de FARMES por paciente, se observó que el 47.3% usaba únicamente uno, el 43.6% usaba dos, el 5.5% ocupaba 3, y el 3.6% no usaba ningún fármaco modificador de la enfermedad.

En cuanto a control de dolor, el fármaco más usado fue el paracetamol con 54.5% seguido de Celecoxib usado por el 50.9% de los pacientes. El 20% usaba opioide, y el 38.1% de los pacientes tenían tratamiento concomitante con esteroide, mientras que en la combinación de uso de medicamentos para control de dolor se observó que el 43.6% de los pacientes requería el uso de 2 fármacos, el 21.8% usaba hasta 3 fármacos.

La mediana del tiempo de diagnóstico de la enfermedad fue de 14 años, (rango de 1 mes a 39 años). en lo que respecta al nivel de actividad, evaluado por CDAI, se obtuvo una mediana de puntaje de 9, el 41.8% estaba en actividad baja, 32.7% moderada, 10.9% alta. Mientras el 14.5% estaba en remisión, **Tabla 3**. El 12.7% tenía diagnóstico de artritis reumatoide de inicio en la edad adulta, el resto tuvieron inicio en la juventud.

La funcionalidad por HAQ-DI que evalúa directamente sobre la artritis reumatoide, con una media de 1.36 (DS±0.76) puntos; el 40% de los pacientes mantenía una discapacidad leve, 38.2% moderada, 20% severa y el 1.8% sin discapacidad, medida por este instrumento.

Con respecto a escala de Barthel se encontró una mediana de 80 puntos; el 96.4% presento una dependencia leve y 3.6% moderada; un gran porcentaje de la población presentaba una dependencia leve, en el análisis de las actividades básicas evaluadas en la escala, el 72.7% de los pacientes requiere ayuda para usar escalones, **Figura 1**.

En cuanto a escala de Lawton y Brody, el 52.7% de los pacientes tuvieron dependencia leve, 10.9% moderada, y el 36.4% mantenía todas sus actividades instrumentadas, sin embargo, más de la mitad de la población tenía dependencia leve, y en el análisis de las actividades instrumentadas que contempla la escala, se encontró que la actividad con más afectación fue la de lavado de ropa, ya que el 36.4% requería ayuda y el 36.4% no realizaba la actividad, **Figura 2**. Por último, en la **Tabla 4**, se detalla el número de fármacos modificadores que se utilizaba por paciente dependiendo el grado de actividad en el que se encontraban.

Tabla 2. Descripción del tratamiento (n=55)

Características	Frecuencia	Porcentaje
FARMES		
Metotrexato	35	63.6
Leflunomida	22	40
Sulfasalacina	14	25.5
Cloroquina	6	10.9
Biológicos	6	10.9
Mediana de numero de FARMES	Med. 1 (Min. 0; Max. 3)	-
Uso de FARMES por paciente		
Ninguno	2	3.6
1 FARME	26	47.3
2 FARMES	24	43.6
3 FARMES	3	5.5
Analgésicos no esteroideos		
Paracetamol	30	54.5
Sulindaco	7	12.7
Celecoxib	28	50.9
Diclofenaco	6	10.9
Indometacina	1	1.3
Tramadol	11	20
Esteroides		
Prednisona	13	23.6
Daflazacort	8	14.5
Esteroides (grado de actividad)		
Inactivo	4	7.3
Leve	6	10.9
Moderado	6	10.9
Alta	5	9.1
Mediana de analgésico	Med. 2 (Min. 0; Max. 3)	-
Uso de analgésico por paciente		
Ninguno	1	1.8
1 analgésico	18	32.7
2 analgésicos	24	43.6
3 analgésicos	12	21.8

Abreviaturas: FARME, Fármaco modificador de enfermedad; DS, desviación estándar.

Se observó que la media de la calidad de vida de forma global evaluada con el SF-36 fue de 55.46 (DS ± 22.76), lo que refleja que de forma general se encuentra disminuida la calidad de vida en estos pacientes; los puntajes más bajos fueron en el rubro de salud general con 43.18 (DS ± 20.94), seguido de energía/fatiga con 47.91 (DS ± 25.31) y dolor con 49.41 (DS ± 33.43); también se encontró que dentro de la dimensión social fue de 81.24 (DS 26.57).

Tabla 3. Evaluación de la enfermedad y funcionalidad (n=55).

Características	Frecuencia	Porcentaje
Tiempo de evolución de enfermedad (años)	Med. 14 (Min. 0.8; Max. 39)	-
Puntaje CDAI	Med. 9 (Min. 2; Max. 33)	-
Actividad de la enfermedad		
Remisión	8	14.5
Actividad baja	23	41.8
Actividad moderada	18	32.7
Actividad alta	6	10.9
Funcionalidad por HAQ-DI		
	Media 1.36 (DS ±0.76)	-
Discapacidad Leve	22	40
Discapacidad moderada	21	38.2
Discapacidad severa	11	20
Sin discapacidad	1	1.8
Funcionalidad por Barthel		
	Med. 80 (Min. 50; Max. 95)	-
Dependencia leve	53	96.4
Dependencia moderada	2	3.6
Funcionalidad por Lawton y Brody		
	Med. 7 (Min. 2; Max. 8)	-
Independiente	20	36.4
Dependiente leve	29	52.7
Dependencia moderada	6	10.9
SF-36 total media DS		
	55.46 (±22.76)	-
Funcionamiento físico	52.45 (±26.69)	-
Limitación de la salud física	53.82 (±40.37)	-
Limitación por problemas emocionales	56.97 (±42.87)	-
Energía/Fatiga	47.91 (±25.31)	-
Bienestar emocional	64.29 (±23.59)	-
Funcionamiento social	81.24 (±26.57)	-
Dolor	49.41 (±33.43)	-
Salud general	43.18 (±20.94)	-

Abreviaturas: CDAI, Clinical Disease Activity Index; HAQ-DI, Health Assessment Disability index Questionnaire; SF-36, Short Form 36.

Tabla 4. Modificadores de enfermedad en relación con la actividad de la enfermedad.

Grado de actividad	1 FARME		2 FARMEs		3 FARMEs	
	(n)	%	(n)	%	(n)	%
Leve	15	27.2	7	12.7	1	1.8
Moderada	5	9.1	12	21.8	1	1.8
Alta	2	3.6	3	5.5	1	1.8
Remisión	4	7.3	2	3.6	0	0

La correlación entre el puntaje HAQ-DI y el índice global de Short-F 36 fue de $r=-0.66$ ($p<0.001$) con una asociación moderada indirecta, lo que implica que al aumentar el puntaje de la escala HAQ-DI, hay deterioro de funcionalidad, y menor será el puntaje SF-36 lo cual implicó una menor de calidad de vida.

La correlación entre el puntaje HAQ-DI y el funcionamiento salud física fue de $r=-0.79$ ($p<0.001$), **Tabla 5**; puntaje HAQ-DI y la limitación salud física fue de $r=-0.55$ ($p<0.001$); puntaje HAQ-DI y limitación por problemas emocionales fue de $r=-0.40$ ($p=0.02$); puntaje HAQ-DI y energía/fatiga fue de $r=-0.48$ ($p<0.001$); puntaje HAQ-DI y bienestar emocional fue de $r=-0.42$ ($p=0.01$); puntaje HAQ-DI y funcionamiento social fue de $r=-0.28$ ($p=0.038$); puntaje HAQ-DI y dolor fue de $r=-0.62$ ($p<0.001$), y por último la correlación entre el puntaje HAQ-DI y la salud general fue de $r=-0.55$ ($p<0.001$), lo que refleja que al aumentar el puntaje de HAQ-DI, peor será el puntaje en cada uno de los ítems valorados, lo cual implica que tendrá repercusión en una peor calidad de vida, **Figura 3**.

Correlacionando el puntaje de Barthel, de forma global SF-36 fue de $r=0.70$ ($p<0.001$), con el funcionamiento salud física fue de $r=0.74$; entre el puntaje Barthel y limitación física fue de $r=0.48$; puntaje Barthel y limitación por problemas emocionales fue de $r=0.51$; puntaje Barthel y energía/fatiga fue de $r=0.48$; puntaje Barthel y bienestar emocional fue de $r=0.50$; puntaje Barthel y funcionamiento social fue de $r=0.32$ ($p=0.016$); puntaje Barthel y dolor fue de $r=0.66$ y puntaje Barthel y la salud general fue de $r=0.47$, en general una asociación moderada, indicando que conforme aumente el puntaje de Barthel traduce en una mayor independencia o funcionalidad para actividades básicas de la vida, se incrementaran los puntajes de cada rubro que evalúa la escala SF-36. La correlación entre la funcionalidad para actividades instrumentadas medida por la escala Lawton y Brody fue $r=0.30$ ($p<0.001$), es decir una correlación intermedia moderada positiva, **Figura 4**.

Tabla 5. Correlación de la escala SF36 y HAQ-DI.

Correlación HAQ DI	R Pearson	Interpretación	Valor p
Short F -36	-0.66	Indirecta, moderada	<0.001*
Funcionamiento salud física	-0.79	Indirecta, fuerte	<0.001*
Limitación de la salud física	-0.55	Indirecta, moderada	<0.001*
Limitación por problemas emocionales	-0.40	Indirecta, moderada	0.02*
Energía /Fatiga	-0.48	Indirecta, moderada	<0.001*
Bienestar emocional	-0.42	Indirecta, moderada	0.01*
Funcionamiento social	-0.28	Indirecta, moderada	0.038*
Dolor	-0.62	Indirecta, moderada	<0.001*
Salud General	-0.55	Indirecta, moderada	<0.001*

* Se consideraron los valores $p<0.05$ como estadísticamente significativos

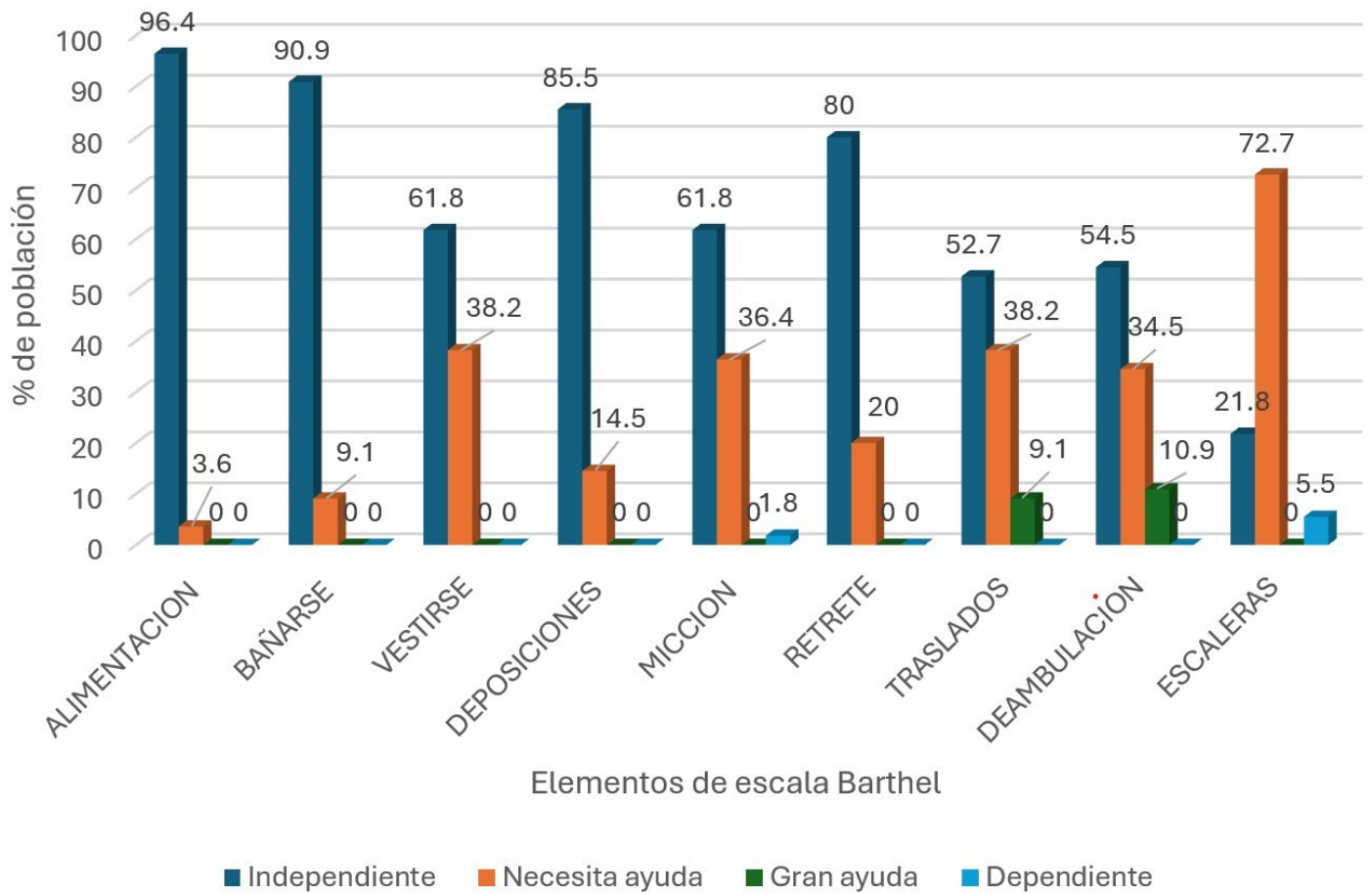


Figura 1. Elementos de la escala Barthel para actividades básicas de la vida diaria. Resultados en porcentajes.

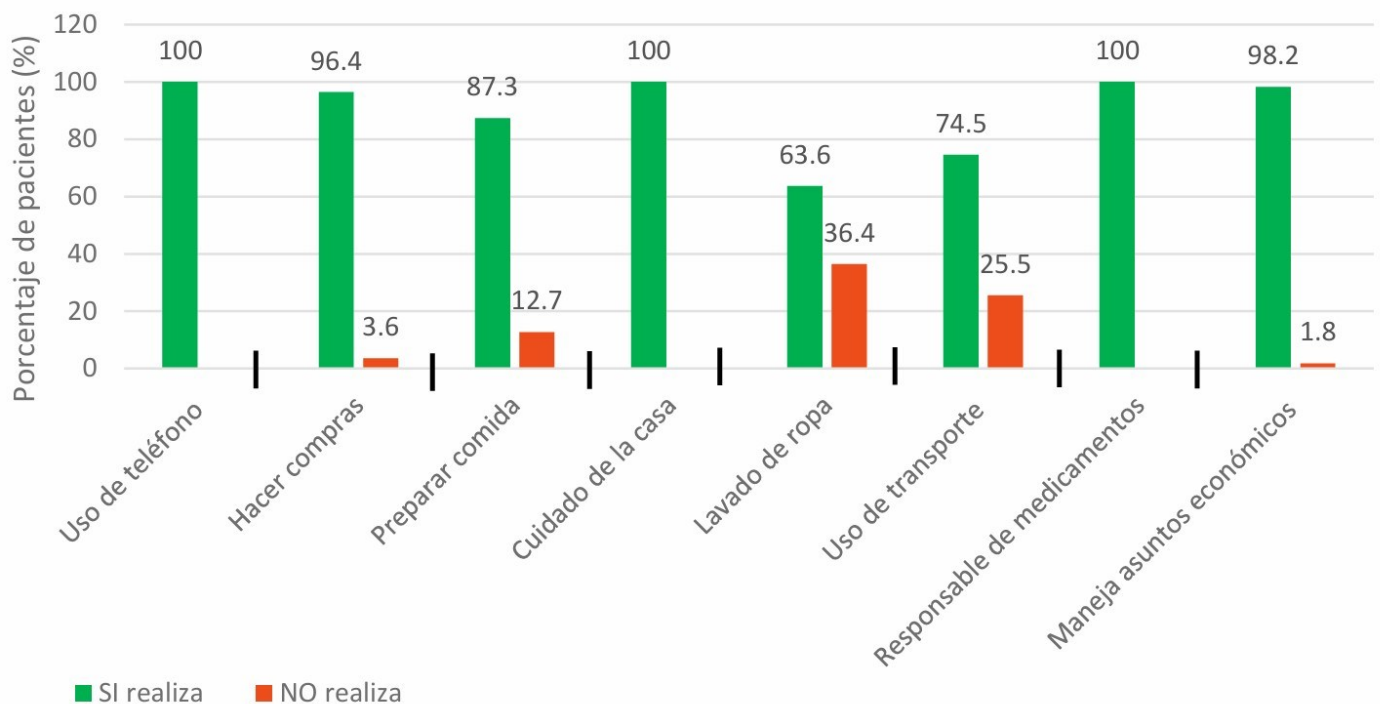


Figura 2. Elementos de la escala Lawton y Brody para actividades instrumentadas de la vida diaria. Siendo el más afectado el lavado de ropa. Resultados en porcentajes.

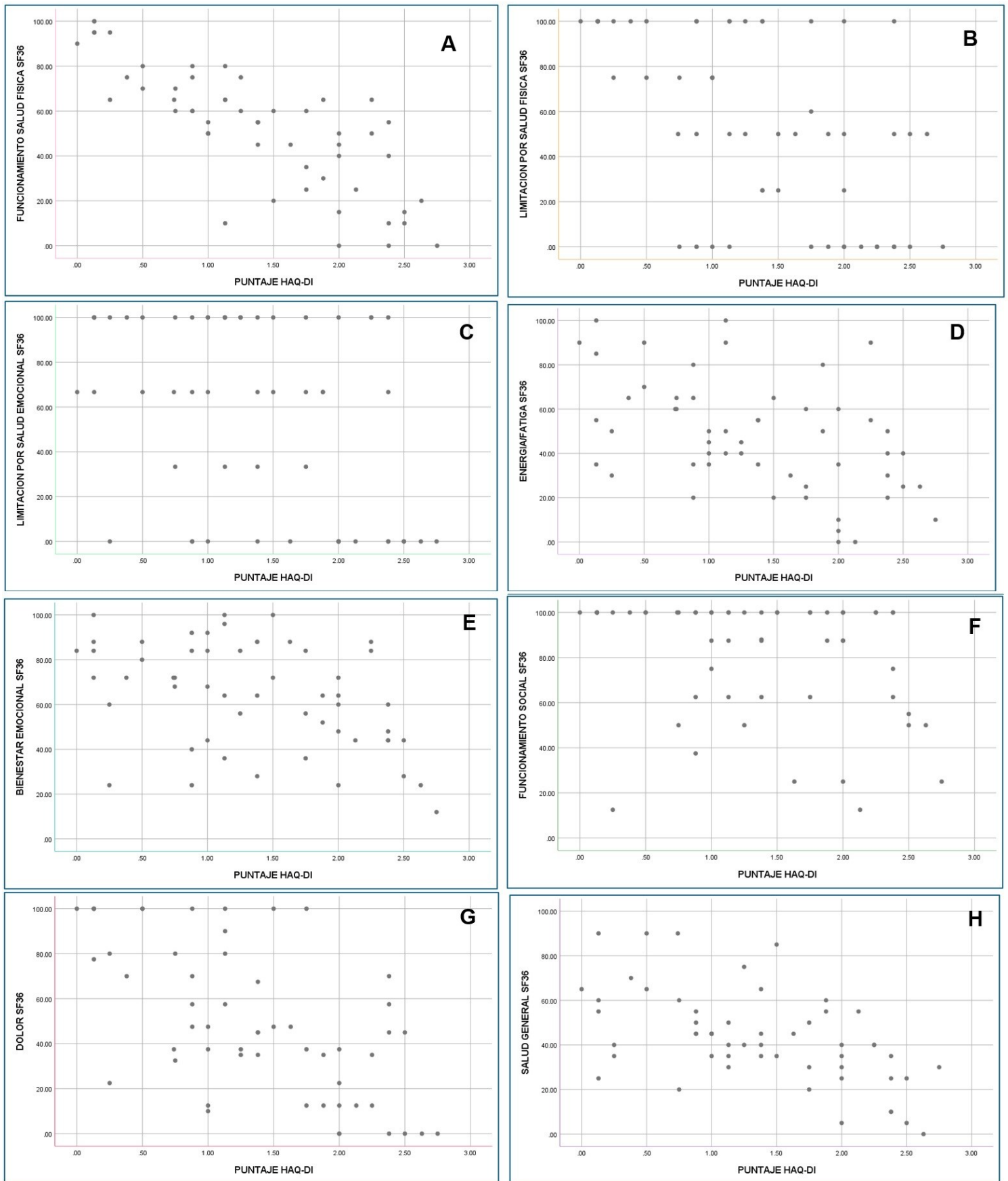


Figura 3. Diagramas de dispersión: **A.** Muestra la correlación existente entre la puntuación por HAQ-DI y el elemento de funcionamiento físico de SF-36; **B.** Muestra la correlación entre HAQ-DI y la limitación por salud física; **C.** Correlación de HAQ-DI y limitación por salud emocional; **D.** HAQ-DI en correlación con energía/fatiga subelemento de SF-36; **E.** HAQ-DI y funcionamiento social; **G.** HAQ-DI y dolor; **H.** HAQ-DI en correlación con salud en general.

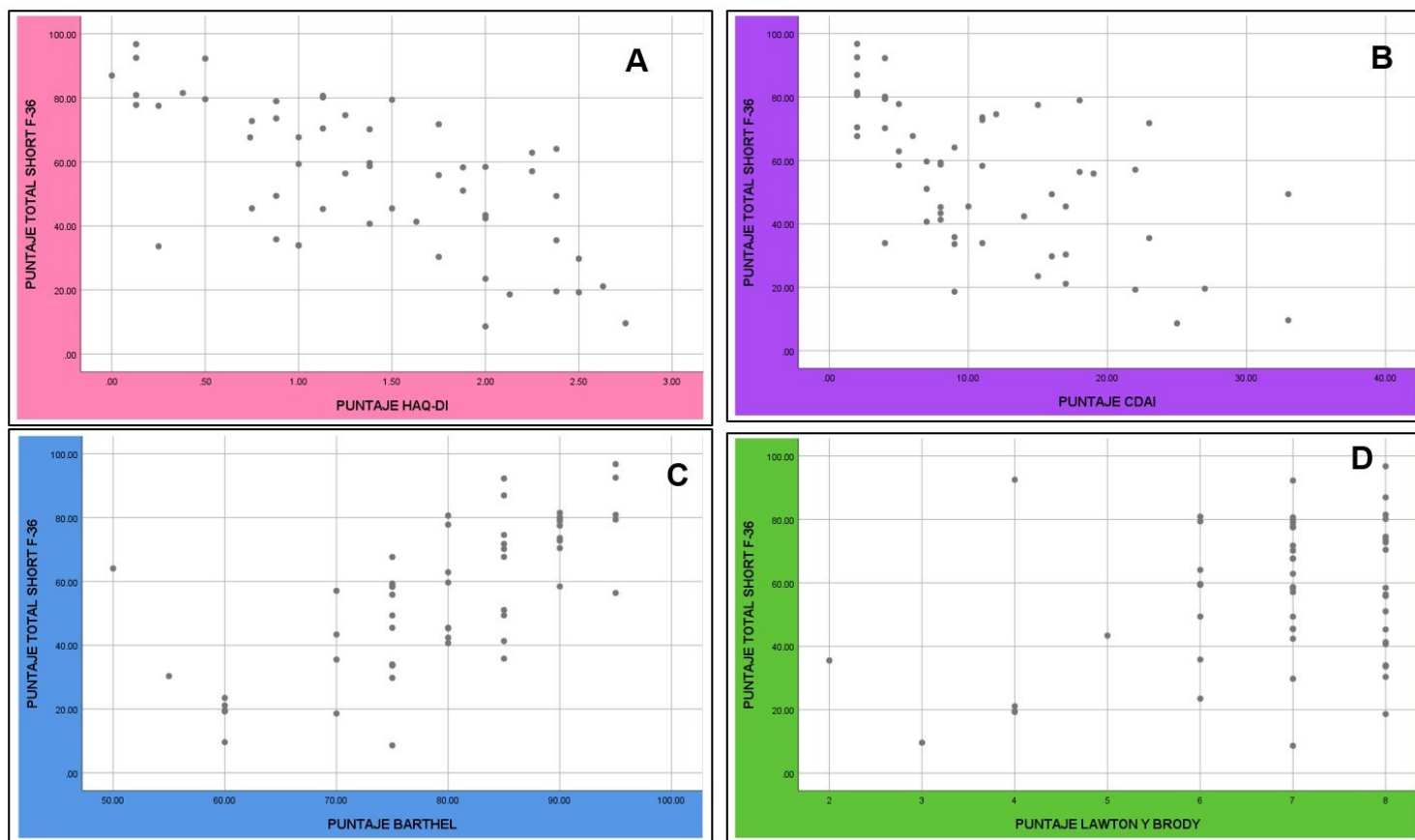


Figura 4. Diagramas de dispersión de la correlación de calidad de vida por SF-36 con: **A.** HAQ-DI; **B** puntaje CDAI de actividad de la enfermedad; **C.** con escala Barthel; **D.** con escala Lawton y Brody para funcionalidad.

Con lo que respecta a la actividad de la enfermedad medido por CDAI y calidad de vida se encontró $r=-0.59$ ($p<0.001$), lo que indica que con un aumento en el puntaje de CDAI, indica un mayor grado de actividad de la enfermedad, y se ve reflejado en un declinamiento en la calidad de vida, **Figura 4.**

DISCUSIÓN

De conformidad con los resultados expuestos, se observó concordancia con otros estudios^{7,12,13}, en los que la calidad de vida se ve directamente afectada con el decremento de la funcionalidad. Los objetivos de tratamiento para este estudio se consideraron que el paciente se mantuviera con remisión o actividad leve de la enfermedad, ya que esto propicia a un aumento de la calidad de vida debido a la mejoría de la función y desempeño físico; y como descontrol de la enfermedad a aquellos pacientes que se encontraran con actividad moderada o alta, esto similar al estudio de Predmore, et al.¹⁴, quienes se centraron en recopilar objetivos del tratamiento de la artritis reumatoide con base en la participación y opinión de pacientes.

Se encontró que conforme había un empeoramiento en la funcionalidad medido por HAQ-DI, existía una peor calidad de vida, lo que coincide con el estudio Goma, et al.¹⁵. Nuestro estudio encon-

tró que aquellos pacientes que se encontraban con actividad moderada o alta, también se veía reflejado en una peor funcionalidad por la escala HAQ-DI, lo que implicaba una menor calidad de vida, concordante con estudios previos^{7,15,16}.

Con lo que respecta a escala de Barthel y Lawton-Brodie, los pacientes tuvieron una mayor concentración en discapacidad leve, y se descubrió que, analizando los componentes de cada una de estas escalas, los pacientes manifestaron la dificultad para bajar o subir escaleras, como limitante de las actividades básicas, es primordial considerar que, aunque clínicamente la artritis reumatoide de inicio en el adulto mayor, puede tener afección a grandes articulaciones, en este estudio no se justifica debido a que únicamente el 12.7% de la población estudiada tuvieron este diagnóstico, lo que sugiere también una posible asociación con sarcopenia, debido a que la literatura reporta la asociación con este síndrome y la artritis reumatoide en un 20 % a 30%¹⁷, la cual se caracteriza por un menor rendimiento físico, sin embargo, queda como una limitante de este estudio ya que los pacientes tienen asociado otros factores como el consumo de corticoesteroides en algunos casos, relación que se vio asociada en el estudio Than dao, et al.¹⁸, de igual forma no se realizó tamizaje para sarcopenia en nuestro abordaje. Mientras que, en las actividades instrumentadas, el dominio con peor referencia fue el de lavado de ropa, lo cual puede orientar a la afección articular que es

consecuencia de la enfermedad y que causa limitación para el desarrollo de este tipo de actividades, atribuido a la deformación articular o a los brotes de la enfermedad que generan dolor e inflamación principalmente de las articulaciones metacarpofalángicas.

Respecto al paciente geriátrico, que tuvo diagnóstico en la juventud y que llegó a la edad adulta con la enfermedad, frente a aquellos que recibieron el diagnóstico en la edad adulta, se encontró que el tiempo de evolución de la enfermedad, implicaba poca influencia en la funcionalidad y por consecuencia, solo representó una correlación débil para la calidad de vida, lo que difiere de otros estudios^{6,19}.

Los adultos mayores en nuestro estudio únicamente el 16%, no cursaban con comorbilidades, mientras que el resto de la población valorada tenía al menos una patología agregada, sin embargo, no se encontró correlación para pacientes con tres o más enfermedades, para que se manifestara en una peor calidad de vida. El 10.9% de los pacientes con más de tres comorbilidades se encontraron con una calidad de vida severamente afectada, sin embargo, no se puede asociar únicamente al número de comorbilidades ya que se tiene que tomar en consideración otros factores, como el control de estas, lo cual tampoco concordó con estudio previo¹⁹.

Otro factor para considerar dentro de la funcionalidad es el control de la artritis reumatoide, evaluado por el grado de actividad y el número de fármacos modificadores de la enfermedad que consumían los pacientes; se encontró que el 47.3% requería de al menos un fármaco y 43.6% de dos, lo que difiere del estudio Zhang, et al.¹³. El 46.3% se encontraba con descontrol de la enfermedad, es decir con actividad moderada o alta, al momento de la valoración; de estos pacientes, el 3.2%² requerían del uso de un FARME, contraste con el 27.2%¹⁵ quienes requerían de dos fármacos modificadores, por tanto, fue más la población que únicamente requería de un fármaco para control de la enfermedad, lo que implica menores costos institucionales y en el caso del adulto mayor menor riesgo de generar polifarmacia.

En pacientes que se encontraban con manejo analgésico aunado a un esteroide (38.2%), se encontraban con estados heterogéneos de la actividad de la enfermedad, es decir, aunque las nuevas pautas del tratamiento según las guías, indican el uso de esteroides de forma inicial frente a una actividad moderada/alta o frente a un brote de la enfermedad y con una reducción gradual a 6 meses si la enfermedad se mantiene controlada, esto de acuerdo Doyt L. Conn²⁰, el 18.2% de los pacientes de nuestro estudio ya presentaban una enfermedad controlada y aun continuaban con dosis bajas de esteroide, sin embargo no se realizó el cuestionamiento del tiempo de consumo y la aparición de brotes de la enfermedad anteriores al momento de la valoración por lo cual queda la interrogante si su uso mantiene el control de la enfermedad al menos en esta población de estudio y por ende la mejoría en los puntajes de funcionalidad.

Otros dominios del SF-36 que mostraron un mejor rendimiento, debido a que se encontraron por arriba del puntaje 50, fueron el funcionamiento social y el bienestar emocional; el estado socioeconómico de los pacientes puede influir en la calidad de vida global, debido al acceso a recursos para la salud, aunque la población estudiada contaba con aseguramiento social en salud, no excluye la falta de otros recursos.

CONCLUSIONES

La calidad de vida medida por SF-36 y funcionalidad por HAQ-DI se correlacionan negativamente, lo cual implica el deterioro de la calidad de vida en tanto exista un deterioro de la funcionalidad, resultados similares con la evaluación por escala de Barthel y escala de Lawton y Brody.

Resulta importante considerar que los pacientes geriátricos, no solo se definen por la edad, si no por la integración de algún síndrome geriátrico, los pacientes considerados en este estudio tenían en gran medida comprometida su funcionalidad y a su vez también se consideraban pacientes frágiles o frágiles, debido al compromiso de las esferas funcional y biológica primordialmente.

La evaluación de la correlación entre calidad de vida y funcionalidad de los adultos mayores que cursan con enfermedad reumatológica, ayuda a la intervención en este sector de la población para que se pueda dar enfoque tanto en la esfera social y psicológica de quienes lo requieran y no únicamente centrarse en la cuestión biológica, ya que en el adulto mayor resulta tener un grado superior de vulnerabilidad por lo cual su atención amerita una importante consideración para poder tener impacto en la funcionalidad, tanto en su conservación como recuperación y por ende una mejor calidad de vida.

REFERENCIAS

- Serhal L, Lwin MN, Holroyd C, Edwards CJ. Rheumatoid arthritis in the elderly: Characteristics and treatment considerations. *Autoimmun Rev.* 2020; 19(6): 102528. DOI: [10.1016/j.autrev.2020.102528](https://doi.org/10.1016/j.autrev.2020.102528)
- Pino PE, Moya KS, Ramos WY, Guevara AL. Patogenia de la artritis reumatoide, manejo terapéutico actual y perspectivas futuras. *Rev Cuba Reumatol.* 2021; 23(3): e181. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962021000300010&lng=es
- Reporte sobre artritis reumatoide en México. Central ciudadano y consumidor AC. 2020 (acceso: 20 de junio de 2023). Disponible en: https://issuu.com/centralcyc/docs/reporte_artritis_2019-5-20
- Kobak S, Bes C. An autumn tale: geriatric rheumatoid Arthritis. *Ther Adv Musculoskel Dis.* 2018; 10(1): 3-11. DOI: [10.1177/1759720X17740075](https://doi.org/10.1177/1759720X17740075)
- Roma I, Lourenço M, Da Silva N, Arruda G, Renato M, Karan PM. Qualidade de vida de pacientes adultos e idosos com artrite reumatoide. *Rev Bras Reumatol.* 2014; 54(4): 279-86. DOI: [10.1016/j.rbr.2014.03.025](https://doi.org/10.1016/j.rbr.2014.03.025)
- Wysocka-Skurska I, Sierakowska M, Kulak W. Evaluation of quality of life in chronic, progressing rheumatic diseases based on the example of osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Clin Interv Aging.* 2016; 2016 (11): 1741-50. DOI: [10.2147/CIAS.S116185](https://doi.org/10.2147/CIAS.S116185)

7. Katchamart W, Narongroeknawin P, Chanapai W, Thaweeratthakul P. Health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *BMC Rheumatol.* 2019; 3: 34. DOI: [10.1186/s41927-019-0080-9](https://doi.org/10.1186/s41927-019-0080-9)
8. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care.* 1992; 30(6): 473-783. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/3765916>
9. Allanore Y, Bozzi S, Terlinden A, Huscher D, Amand C, Soubrane C, et al. Health Assessment Questionnaire-Disability Index (HAQ-DI) use in modelling disease progression in diffuse cutaneous systemic sclerosis: an analysis from the EUSTAR database. *Arthritis Res Ther.* 2020; 22(1): 257. DOI: [10.1186/s13075-020-02329-2](https://doi.org/10.1186/s13075-020-02329-2)
10. Vergara I, Bilbao A., Orive M, García-Gutiérrez S, Navarro G, Quintana JM. Validación de la versión española de la Escala AIVD de Lawton para su aplicación en personas mayores. *Health Quality Life Outcomes.* 2012; 2012 (10): 10. DOI: [10.1186/1477-7525-10-130](https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-130)
11. Cabañero-Martínez MJ, Cabrero-García J, Richart-Martínez M, Muñoz-Mendoza CL. The Spanish versions of the Barthel index (BI) and the Katz index (KI) of activities of daily living (ADL): A structure dreview. *Arch Gerontol Geriatr.* 2009; 49(1): e77-e84. DOI: [10.1016/j.archger.2008.09.006](https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.09.006)
12. Rahman MM, Khasru MR, Rahman MA, Mohajan K, Fuad SM, Haque F, et al. Quality of Life Assessment by SF-36 among the Patients with Rheumatoid Arthritis. *Mymensingh Med J.* 2022; 31(3): 586-591.
13. Zhang JF, Jin YJ, Wei H, Yao ZQ, Zhao JX. Cross-sectional study on quality of life and disease activity of rheumatoid arthritis patients. *Beijing Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban.* 2022; 54(6): 1086-1093. DOI: [10.19723/j.issn.1671-167X.2022.06.005](https://doi.org/10.19723/j.issn.1671-167X.2022.06.005)
14. Predmore Z, Chen EK, Concannon TW, Schrandt S, Bartlett SJ, Bingham CO, Xie R, et al. Treatment goals for rheumatoid arthritis: patient engagement and goal collection. *J Comp Eff Res.* 2023; 12(5): e220097. DOI: [10.57264/ceer-2022-0097](https://doi.org/10.57264/ceer-2022-0097)
15. Goma SH, Razeq MRA, Abdelbary NM. Impact of rheumatoid arthritis on the quality of life and its relation to disease activity. *Egypt Rheumatol Rehabil.* 2019; 46(2019): 304-312. DOI: [10.4103/err.err_39_19](https://doi.org/10.4103/err.err_39_19)
16. Rosa-Gonçalves D, Bernardes M, Costa L. Quality of life and functional capacity in patients with rheumatoid arthritis - Cross-sectional study. *Reumatol Clin (Engl Ed).* 2018; 14(6): 360-366. DOI: [10.1016/j.reuma.2017.03.002](https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.03.002)
17. Tournadre A, Vial G, Capel F, Soubrier M, Boirie Y. Sarcopenia. *Joint Bone Spine.* 2019; 86(3): 309-314. DOI: [10.1016/j.jbspin.2018.08.001](https://doi.org/10.1016/j.jbspin.2018.08.001)
18. Dao T, Kirk B, Phu S, Vogrin S, Duque G. Prevalence of Sarcopenia and its Association with Antirheumatic Drugs in Middle-Aged and Older Adults with Rheumatoid Arthritis: A Systematic Review and Meta-analysis. *Calcif Tissue Int.* 2021; 109(5): 475-489. DOI: [10.1007/s00223-021-00873-w](https://doi.org/10.1007/s00223-021-00873-w)
19. Ambriz Y, Menor R, Campos-González ID, Cardiel MH. Health related quality of life in rheumatoid arthritis, osteoarthritis, diabetes mellitus, end stage renal disease and geriatric subjects. Experience from a General Hospital in Mexico. *Reumatol Clin.* 2015; 11(2): 68-72. DOI: [10.1016/j.reuma.2014.03.006](https://doi.org/10.1016/j.reuma.2014.03.006)
20. Conn DL. The Story Behind the Use of Glucocorticoids in the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *Semin Arthritis Rheum.* 2021; 51(1): 15-19. DOI: [10.1016/j.semarthrit.2020.09.016](https://doi.org/10.1016/j.semarthrit.2020.09.016)

CONFLICTOS DE INTERESES

Los autores declararon que no tienen conflictos de intereses.

FINANCIAMIENTO

Los autores declararon que no existieron fuentes de financiamiento provenientes de personas físicas o morales para la planeación, desarrollo, redacción y/o publicación del presente trabajo.

PRESENTACIONES PREVIAS

Ninguna.