



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

TRABAJO DE TITULACIÓN

PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE:

MEDICO CIRUJANO

TEMA:

ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDEA SEROPOSITIVA Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO DE
EVOLUCIÓN Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES DEL
AREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS
SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014.

Autores:

MOREIRA BRAVO VICENTA ARACELY

ZAMBRANO ARCENTALES HUMBERTO ENRIQUE

Director

DR. CARLOS MACÍAS GARCÍA

PORTOVIEJO – MANABÍ – ECUADOR
2014

TEMA

“ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON
ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA Y SU RELACIÓN CON
EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD
EN PACIENTES DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA DEL
HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA SEPTIEMBRE 2013
FEBRERO 2014.”

DEDICATORIA

A esas personas importantes en mi vida, que siempre estuvieron listas para brindarme toda su ayuda, ahora me toca regresar un poquito de todo lo inmenso que me han otorgado. Con todo mi cariño y respeto este trabajo se los dedico a ustedes mamá y papá; las personas que hicieron todo cuanto les fue posible para que yo pudiera realizar mis metas. A mis hermanos las mejores personas que conozco, por todo su apoyo consejos y buen ejemplo, por estar en todo momento brindándome todo su amor, siento mucho orgullo de tenerlos como hermanos.

Mi compañero de tesis, mejor amigo, hermano, con quien he compartido tantas experiencias, felicidad, tristeza, aprendizaje, peligro, viajes, emoción, nostalgia, cariño, aprendiendo cosas muy valiosas de él, por ser mi apoyo durante muchos años, por estar siempre allí conmigo.

A las familias Gómez Macías, Zambrano Vélez, Zambrano Moreira, Cedeño Menéndez por el apoyo, confianza y cariño brindado en todo momento.

Deseo extender esta dedicatoria también a demás familiares y amigos, junto a los que compartí momentos que quedarán grabados en mi memoria, y que directa o indirectamente estuvieron acompañándome en los diversos caminos que he recorrido hasta el presente

Vicenta Moreira Bravo

DEDICATORIA

A Dios, por estar presente cada día de mi vida, por brindarme las capacidades y oportunidades para seguir adelante.

A mis padres que en todo momento me han ayudado y brindado su apoyo en cada aspecto de mi vida, siendo siempre mis ejemplos a seguir.

A mi amiga y compañera de tesis a quien admiro y aprecio mucho, y con la cual he compartido muchas experiencias durante nuestros años de estudio.

Humberto Zambrano Arcentales

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento sincero a Dios por permitirnos finalizar esta etapa de nuestras vidas de la mejor manera posible, dotándonos de sabiduría y fortaleza para poder superar las adversidades presentadas en el camino, que fueron solucionadas con éxito.

A la Universidad Técnica de Manabí, y en especial a los catedráticos de la Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera de Medicina, quienes aportaron con conocimientos y moldearon nuestro perfil profesional.

A nuestro tribunal de tesis, por dedicarnos el tiempo y la guía para que nuestra investigación avance de acuerdo a las normas exigidas.

Al Hospital Verdi Cevallos Balda, al Dr. Gabriel Zambrano médico cardiólogo y ecocardiografista, Dr. Álvaro Ponce miembro del comité de docencia quienes participaron de forma directa e indirecta en la realización de nuestro proyecto.

Queremos agradecer de manera especial y ferviente al Dr. Kelvin Mendoza G. médico reumatólogo, nuestro mentor y amigo, por su colaboración desinteresada, apoyo incondicional, por sus apreciados y relevantes aportes, críticas, comentarios, sugerencias, tiempo compartido, conocimientos impartidos que hicieron posible la realización de nuestro proyecto, y los cuales nos permitieron aprender mucho más que lo mencionado en este estudio.

Un agradecimiento especial también a los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoidea objetos de estudio, por su colaboración durante la ejecución de nuestro trabajo.

Y a todas personas que de una forma u otra nos prestaron su colaboración y nos permitieron cristalizar esta meta tan anhelada.

Vicenta Aracely Moreira Bravo

Humberto Enrique Zambrano Arcentales

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Dr. Carlos Macías García tengo a bien certificar que el trabajo de titulación “ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014.”, ZAMBRANO ARCENTALES HUMBERTO ENRIQUE Y MOREIRA BRAVO VICENTA ARACELY se encuentra concluida en su totalidad.

El presente trabajo es original de los autores y ha sido realizado bajo mi dirección y supervisión, habiendo cumplido con los requisitos reglamentarios exigidos para la elaboración de una tesis de grado previo a la obtención del título de Médico Cirujano. Es todo lo que puedo certificar en honor a la verdad.

DR. CARLOS MACÍAS GARCÍA

DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN

CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE DE TRABAJO DE TITULACIÓN

Certifico que el presente trabajo de investigación titulado “ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014” ha sido estructurado bajo mi dirección y seguimiento, alcanzado mediante el esfuerzo, dedicación y perseverancia de los autores ZAMBRANO ARCENTALES HUMBERTO ENRIQUE y MOREIRA BRAVO VICENTA ARACELY.

Considero que dicho informe investigativo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del jurado examinador del Honorable Consejo Directivo para continuar con el trámite correspondiente de ley.

DR. HUGO LOOR LINO

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE TRABAJO DE TITULACIÓN

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE MANABÍ
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR
TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA:

“ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014”

Trabajo de titulación sometido a consideración del Honorable Consejo Directivo, requisito previo a la obtención del Título de:

MÉDICO- CIRUJANO
APROBADO

Dra. Yira Vásquez Giler, MN.
DECANA

Dr. Jhon Ponce Alencastro, M.D. I.
PRESIDENTE DE LA COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN FCS

Ab. Abner Bello Molina
ASESOR JURIDICO

Dr. Carlos Macías García
DIRECTOR DEL TRABAJO DE TITULACION

Dr. Hugo Lino Loor
PRESIDENTE DE TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACION

Dr. Nelson Campos Vera
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

Lcda. Marjorie Saltos Rivas Mg
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN

Nosotros los miembros del tribunal de Revisión y Evaluación indicamos y certificamos que el trabajo de titulación “ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014”; de los egresados ZAMBRANO ARCENTALES HUMBERTO ENRIQUE y MOREIRA BRAVO VICENTA ARACELY, se estudió y analizó la presente investigación con el fin de continuar los trámites siguientes para los requisitos estipulados por el Reglamento General de Graduación de la Universidad Técnica de Manabí.

DR. HUGO LOOR LINO
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL

DR. NELSON CAMPOS VERA
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

LCDA. MARJORIE SALTOS RIVAS MG
MIEMBRO DEL TRIBUNAL

DECLARACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE AUTOR

ZAMBRANO ARCENTALES HUMBERTO ENRIQUE Y MOREIRA

BRAVO VICENTA ARACELY, egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud,

Escuela de Medicina de la Universidad Técnica de Manabí, declaramos que:

El presente trabajo de investigación titulado “ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES DEL AREA DE CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014” es de nuestra completa autoría y ha sido realizado bajo absoluta responsabilidad, y con la supervisión del Director de Tesis, Dr. Carlos Macías.

Toda responsabilidad con respecto a las investigaciones con sus respectivos resultados, conclusiones y recomendaciones presentadas en esta Tesis, pertenecen exclusivamente a los autores.

HUMBERTO ZAMBRANO ARCENTALES
AUTOR

VICENTA MOREIRA BRAVO
AUTORA

INDICE GENERAL

TEMA..... III

DEDICATORIA II

AGRADECIMIENTO IV

CERTIFICACIÓN DEL DIRECTOR DE TRABAJO DE TITULACIÓN VI

CERTIFICACIÓN DEL PRESIDENTE DE TRABAJO DE TITULACIÓN VII

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL EXAMINADOR..... VIII

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE REVISIÓN Y EVALUACIÓN..... IX

DECLARACIÓN SOBRE LOS DERECHOS DE AUTOR X

INDICE GENERAL XI

RESUMEN XV

SUMMARY XVII

CAPITULO I 1

 INTRODUCCIÓN..... 1

 JUSTIFICACIÓN 3

 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 5

 OBJETIVOS 7

 OBJETIVO GENERAL:..... 7

 OBJETIVOS ESPECÍFICOS: 7

 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA 8

CAPITULO II 9

 MARCO REFERENCIAL Y TEÓRICO 9

 VARIABLES 29

 VARIABLE DEPENDIENTE 29

 VARIABLE INDEPENDIENTE 29

 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES 30

CAPITULO III 32

 DISEÑO METODOLÓGICO. 32

 TIPO DE ESTUDIO: 32

 LINEA DE INVESTIGACIÓN 32

 POBLACIÓN Y UNIVERSO..... 32

MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN	33
MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS.....	33
INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACIÓN	34
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	36
TABLA N° 1	37
EDAD Y GÉNERO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014...	37
TABLA N° 2.	39
LUGAR DE PROCEDENCIA E INSTRUCCIÓN ACADÉMICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014.....	39
TABLA N° 3.	41
ESTADO CIVIL Y GÉNERO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014...	41
TABLA N° 4	43
NIVEL DE COLESTEROL TOTAL EN SAGRE Y CONSUMO DE TABACO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014.....	43
TABLA N° 5.	45
NIVEL DE HDL-COLESTEROL EN SANGRE Y GÉNERO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014	45
TABLA N° 6.	47
PRESION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014.....	47
TABLA N° 7	49
RIESGO CARDIOVASCULAR Y ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014.....	49
TABLA N° 8.	51
RELACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y ALTERACIONES ECOCARDIOGRAFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014...	51

TABLA N° 9.	53
RELACION ENTRE TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD Y ALTERACIONES ECOCARDIOGRAFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014....	53
TABLA N° 10.	55
RELACION ENTRE EL TIEMPO DE EVOLUCION Y LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD CON LAS ALTERACIONES ECOCARDIOGRAFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014.....	55
TABLA N° 11.	57
TIPOS DE ALTERACIONES ECOCARDIOGRAFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014	57
CAPITULO IV.....	60
CONCLUSIONES.....	60
RECOMENDACIONES	63
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES VALORADO (2013).....	65
PRESUPUESTO DE GASTOS.....	66
CAPITULO V.....	67
PROPUESTA.	67
TÍTULO.....	67
JUSTIFICACIÓN.....	68
OBJETIVOS.....	70
OBJETIVO GENERAL.....	70
OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	70
BENEFICIARIOS	71
RESPONSABLES.....	71
UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA.	71
FACTIBILIDAD.	72
ACTIVIDADES.	72
RECURSOS.	72
HUMANOS:.....	72
MATERIALES:.....	72
INFRAESTRUCTURA.....	73

IMPACTO	73
EVALUACIÓN	73
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LA REALIZACION DE LA PROPUESTA PLANTEADA	74
PRESUPUESTO DE GASTOS DE PROPUESTA	75
REFERENCIAS	76
ANEXOS	79
Fig. 1:	81
Fig. 2	82
Fig. 3	82
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	83
Fig. 4:	84
Fig. 5	84
Fig. 6-7	84
Fig. 8	84
Fig. 9	84
Fig. 10 y 11	84
Fig. 12:	84
Fig. 13	84
Fig. 14 - 15:	84
Fig 16:	84
Fig 17	84
Fig 18:	84
Fig. 19:	84
Fig 20	84
Fig 20	84
Fig:21	84
Fig: 22	84

RESUMEN

El objetivo de esta investigación fue determinar la prevalencia de alteraciones cardiovasculares en pacientes con Artritis Reumatoidea Seropositiva y relacionar las alteraciones con el tiempo de evolución y actividad de la enfermedad; se realizó un estudio Prospectivo, se escogieron aleatoriamente a 30 Pacientes con Artritis Reumatoidea Seropositiva atendidos en la consulta externa de Reumatología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, donde se recogieron datos demográficos, clínico-laboratorio e imagenológicos. Se utilizó la escala Framingham por categorías para valorar riesgo cardiovascular, la escala DAS 28 para la actividad de la enfermedad y todos los pacientes fueron sometidos voluntariamente a un estudio ecocardiográfico.

Los resultados determinaron que este tipo de patología se presenta con mayor frecuencia en el género femenino con un 86,67%, la edad de mayor predominio fue entre 57 a 66 años (30%). la prevalencia de las alteraciones ecocardiográficas en los pacientes con Artritis Reumatoidea Seropositiva fue del 80%.

Se demostró que tanto el Tiempo de Evolución de la Enfermedad como la Actividad de la enfermedad influían en la presencia o no de alteraciones Ecocardiográficas, de manera que el 100% de los pacientes con Artritis Reumatoidea seropositiva entre 11 a 15 años y >15 años con la enfermedad que se encontraban con alta actividad de la misma presentaron alteraciones ecocardiográficas. Por último se encontró que la afectación más frecuente fue el compromiso de la Válvula Mitral (28,84%).

PALABRAS CLAVES: Alteraciones Ecocardiográficas, Artritis Reumatoidea Seropositiva, Tiempo de evolución, DAS 28.

SUMMARY

The objective of this research was to determine the prevalence of cardiovascular abnormalities patients with seropositive rheumatoid arthritis and related disorders with time evolution and disease activity; an observational study was conducted, were chosen randomly to 30 patients seropositive rheumatoid arthritis treated in the outpatient Rheumatology Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Portoviejo where demographics, clinical laboratory and imaging were collected. The Framingham categorical scale was used to assess cardiovascular risk, 28 DAS scale for disease activity and all patients were voluntarily undergoing echocardiography.

The results determined that this type of disease occurs more frequently in females with 86.67%, the most predominant age was between 57-66 years (30%). the prevalence of echocardiographic abnormalities in patients with seropositive rheumatoid arthritis rheumatoid was 80%.

It was shown that both the time evolution of the disease and the activity of the disease influenced the presence and absence of Echocardiographic alterations, so that 100% of patients with seropositive rheumatoid arthritis between 11 to 15 years and > 15 years disease who were high activity thereof presented echocardiographic changes. Finally it was found that the most commonly affected was the commitment of the Mitral Valve (28.84%).

KEYWORDS: Echocardiographic abnormalities, seropositive rheumatoid arthritis, Time evolution, DAS 28.

CAPITULO I

INTRODUCCIÓN

La Artritis reumatoide es la artropatía autoinmune con mayores tasas de prevalencia en todo el mundo. La incidencia global en los países desarrollados varía de 0,8 a 2,1%. Obviando la afectación en las articulaciones diartrodiales, esta patología puede perjudicar cualquier otro órgano conduciendo a múltiples manifestaciones extra-articulares, siendo predictores importantes de severidad y mal pronóstico.

La enfermedad cardiovascular, es considerada una manifestación extra-articular, y la principal causa de muerte en esta población. Sin embargo, la concienciación pública que existe sobre la artritis reumatoidea es relativamente baja. Por lo cual, es importante que tanto los pacientes, los médicos facultativos, los encargados de llevar a cabo las políticas sanitarias y el público en general tengan un amplio conocimiento sobre esta enfermedad y sus consecuencias

Varios estudios realizados por Sarmiento J, et al;(2012) han evaluado los factores de riesgo tradicionales para desarrollar alteraciones cardiovasculares en la población con artritis reumatoidea. Sin embargo, el aumento de la prevalencia de eventos cardiovasculares en la Artritis Reumatoidea no se explica completamente por estos factores de riesgo clásicos. Los factores de riesgo no tradicionales han sido también identificados y clasificados en tres grupos: Genéticos, relacionados a la artritis reumatoidea (por ejemplo, anticuerpos, marcadores inflamatorios, alta actividad de la enfermedad, enfermedad de larga data, y ciertos medicamentos), y otros (por ejemplo,

hipotiroidismo, los factores trombogénicos, y otros biomarcadores). (Sarmiento Monrroe, 2012)

Por citar algunos ejemplos de la publicación realizada por Cárdenas J, et al; (2012), la seropositividad, en especial para el anticuerpo anti-péptido citrulinado (anti-CCP), actúa como un factor de riesgo independiente para enfermedad cardiovascular. Por tanto, se requiere que se tome de manera más seria y acuciosa la evaluación de los pacientes con Artritis Reumatoidea. Tal vez es un llamado de atención al personal y al sistema de salud, acerca de que la AR no se trata solo del compromiso articular, sino que se debe realizar una adecuada estimación de la actividad y progresión de la enfermedad, en la evaluación objetiva de los factores de riesgo tradicionales y no tradicionales, se espera que desde los estadios tempranos, aportando manejos agresivos, al igual que promoviendo adecuados estilos de vida en orden de disminuir las tasas de morbi-mortalidad en estos pacientes.

A pesar de estas aseveraciones, pocos son los estudios realizados o datos disponibles en la actualidad, que permitan establecer una real la prevalencia de alteraciones cardiovasculares en pacientes con Artritis Reumatoidea Seropositiva y su relación con el tiempo de evolución y actividad de la enfermedad, razón por la cual la investigación contemplo a los pacientes atendidos en la consulta externa subsecuente del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo Septiembre 2013 Febrero 2014, permitiendo describir la prevalencia de alteraciones cardiovasculares acorde al tiempo de evolución y actividad de la Artritis Reumatoidea de la población en estudio.

JUSTIFICACIÓN

La Artritis Reumatoidea es una de las patologías reumáticas con elevada frecuencia y su prevalencia se encuentra entre 0.8% a 2,1 % según cifras mundiales. En informes sobre pesquisajes en diferentes poblaciones de América Latina, la frecuencia es del 0.5%; Mestanza, Zurita y Armijos(2006) indicaron que en el Ecuador la prevalencia de Artritis Reumatoidea es del 0,9% similar a lo reportado para otros países.

En los últimos años diversos estudios epidemiológicos han sugerido una mayor tasa de mortalidad por enfermedad cardíaca intrínseca en pacientes con Artritis Reumatoidea, en comparación con la población general de igual edad y sexo. (Lillacorta Acosta R, 2010)

La importancia del presente estudio es que fijará un antecedente, permitirá a la comunidad médica conocer las alteraciones cardiacas en pacientes con Artritis Reumatoidea. Esto, a largo plazo, tendrá beneficio a nivel científico y social, al exponer resultados confiables que permitan a futuros investigadores continuar con proyectos de esta índole.

Es necesario conocer el impacto que tiene esta asociación de patologías en nuestro medio para determinar conductas o normas a seguir en prevención de complicaciones de nuestros pacientes, mejorando la calidad de vida y sobrevida a largo plazo. Este proyecto beneficiará a la comunidad en general ya que los pacientes diagnosticados con artritis reumatoidea serán más cautelosos en el seguimiento de su

tratamiento lo cual ayudará a evitar la aparición de alteraciones cardiacas y extraarticulares en general.

El proyecto es sustentable ya que numerosos estudios enfatizan que los pacientes con Artritis Reumatoidea tienen un elevado riesgo de enfermedad cardiaca, por lo tanto con la realización de nuestro estudio lograremos confirmar o descartar esta y otras teorías y emitir estadísticas confiables referentes a nuestra población, es viable porque se cuenta con el apoyo del servicio de Reumatología del Hospital Verdi Cevallos Balda y se cuentan con los recursos humanos, físicos e institucionales necesarios.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La Artritis Reumatoidea determina un gran impacto en la calidad de vida del paciente, originando un costo económico y social importante.

La Artritis Reumatoidea puede implicar un compromiso más allá de las articulaciones, perjudicando muchos órganos y sistemas, siendo las alteraciones cardíacas las más importantes. La frecuencia de la alteración cardiovascular varía según el método diagnóstico usado y además varía si el paciente presenta o no sintomatología. Determinados estudios indican una baja frecuencia del compromiso cardíaco, entre 3,5% y 10%, esto debido al uso solo de radiografía de tórax y electrocardiograma como método diagnóstico; en la actualidad con el uso de ecocardiografía y eco-doppler se incrementan los hallazgos hasta 80%, al igual que los informes de necropsia, que tienen una sensibilidad 65% y 85%. (Lillacorta Acosta R, 2010)

Es por ello que conocer la prevalencia y las principales alteraciones cardiovasculares demostradas por ecocardiografía en Artritis Reumatoidea es de gran utilidad para poder aplicar terapias oportunas, actualizar consensos y mejorar la sobrevida y calidad de vida de los pacientes.

De acuerdo a lo antes expuesto surge la siguiente interrogante, ¿Cuál es la prevalencia de alteraciones ecocardiográficas en pacientes con Artritis Reumatoidea seropositiva y su relación con el tiempo de evolución y actividad de la enfermedad en pacientes del área de consulta externa del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Septiembre 2013 Febrero 2014?.

Los subproblemas a investigar son los citados a continuación:

¿Cuáles son las características demográficas de la población en estudio?

¿Qué factores de riesgo cardiovasculares presentan la población en estudio de acuerdo a la escala Framingham por categorías?

¿Cuál es la frecuencia de alteraciones cardiovasculares acorde al tiempo de evolución y actividad de la Artritis Reumatoidea de la población en estudio?

¿Es necesaria la formación de un grupo multifuncional (informativo-apoyo) para incentivar la adherencia al tratamiento en la población de estudio?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar la prevalencia de alteraciones cardiovasculares en pacientes con artritis reumatoidea seropositiva y su relación con el tiempo de evolución y actividad de la enfermedad en los pacientes del área de consulta externa del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda Septiembre 2013 Febrero 2014.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

Identificar las características demográficas de la población en estudio

Indagar sobre los factores de riesgo cardiovasculares de la población en estudio aplicando la escala Framingham por categorías.

Describir la frecuencia de alteraciones cardiovasculares acorde al tiempo de evolución y actividad de la Artritis Reumatoidea de la población en estudio.

Fomentar la formación de un grupo multifuncional (informativo-apoyo) para incentivar la adherencia al tratamiento en la población de estudio.

DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Unidad de investigación: 30 pacientes con artritis reumatoidea seropositiva escogidos aleatoriamente de los pacientes atendidos en la consulta externa de reumatología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo Septiembre 2013 Febrero 2014

Lugar de investigación: Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL Y TEÓRICO

El Hospital Provincial “Dr. Verdi Cevallos Balda”, es una unidad del sistema nacional de servicios de salud del Ministerio de Salud Pública. Está ubicado en la ciudad de Portoviejo, provincia de Manabí, parroquia 12 de Marzo; limita al norte con la ciudadela Cevallos, al sur con la calle Rocafuerte, al este con la avenida Guayaquil y al oeste con el Río Portoviejo. Creado por decreto legislativo el 9 de Agosto de 1887 como Hospital de la Caridad de Portoviejo, ubicado en los suburbios de la ciudad en el antiguo edificio denominado San José; cuando la población era de 17.311 habitantes.

Su misión “Unidad de salud sin fines de lucro, promueve condiciones de vida saludable a la población manabita, mediante la prevención, promoción, curación, y rehabilitación con acciones conjunta de entidades y actores sociales del sector, garantizando la atención eficiente, oportuna y de calidad, especialmente a los grupos más vulnerables de mayor riesgo”. Su visión “Brindar a la población Manabita atención integral de salud con eficiencia, oportunidad, calidad, y calidez, una organización interna optima con capacidad resolutiva con cada uno de sus servicios, que satisfaga las múltiples necesidades de los usuarios profesionales especializados, con Tecnología de punta, Hospital Provincial y Docente”

El Hospital Provincial “Dr. Verdi Cevallos Balda”, es de estructura de hormigón armada la misma que en su forma original posee dos pisos en forma horizontal, dividida en secciones de atención ambulatoria y hospitalaria. En el área ambulatoria se ubican los Servicios de diagnóstico, Consulta Externa, Fisioterapia y Emergencia. En la de

hospitalización se ubican las salas: Pediatría (Clínica, Cirugía), UCIP (unidad de cuidados intensivos pediátricos), Gineco-Obstetricia, Clínica (Varones y Mujeres.), Cirugía (Varones y Mujeres), Sala de Parto, Neonatología, y UCI adultos, área de quirófanos.

El hospital brinda multitud de servicios a favor de la salud de la población en el área de consulta externa, entre los cuales encontramos: Neonatología, Pediatría (Endocrinología, Neumología, Gastroenterología), Medicina Interna, Gastroenterología, Cardiología, Neurología, Neumología, Endocrinología, Reumatología, Geriatria, Oftalmología, Dermatología, Otorrinolaringología, Cirugía General, Traumatología, Urología, Cirugía Torácica, Cirugía Plástica, Gineco-obstetricia, Fisioterapia. Además de otros servicios como: Laboratorio Clínico, Farmacia, Imagenología, Estadística, Área Financiera, Área administrativa.

El 20 de Diciembre del 2007 se inauguró el área de infectología la cual cuenta con ocho camas, la cual será destinada para atender a pacientes que padezcan de algún mal considerado sumamente infeccioso o contagioso. El 09 de Diciembre del 2011 se crea el Banco de Leche Humana, realiza el proceso de pasteurización de la leche materna, beneficiando diariamente a los niños que están asilados en las áreas de neonatología, obstetricia y la Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos (UCIP). El 12 de abril del 2013 el Hospital Dr. Verdi Cevallos recibió la acreditación como hospital IHAN (iniciativa hospital amigo del niño) a través de la Unidad de Nutrición, órgano de la Subsecretaría de Prevención, Promoción de la Salud e Igualdad del Ministerio de Salud Pública, junto a otras instituciones hospitalarias. Esta certificación tendrá validez mientras se mantengan las prácticas y estándares evaluados por la IHAN y tendrá una

vigencia de dos años, para lo cual se realizará el monitoreo del cumplimiento de esta Iniciativa.

El hospital Verdi Cevallos Balda en la actualidad es intervenido en su totalidad luego del Decreto de Emergencia Sanitaria emitido por el presidente Rafael Correa Delgado en el 2011, cambio que inició con la construcción y remodelación de las áreas administrativas, casa de máquinas, cocina, aparcamiento, cisterna, lavandería y ambientes exteriores, remodelación del área de consulta externa, en equipamiento médico de geriatría, consulta externa especializada, cardiología, neumología, ginecología, dermatología, gastroenterología, otorrinolaringología, neurocirugía, oftalmología y odontología.

El lunes 9 de septiembre del 2013 se pudo hacer uso de la nueva área de consulta externa del hospital Verdi Cevallos Balda de Portoviejo, de manera progresiva para dar continuidad al plan de contingencia que permitió el inicio de la tercera fase que consiste en la reconstrucción del área de emergencia. Se tiene previsto que la remodelación total del hospital concluirá a finales del 2014.

Hasta cierto punto la autoinmunidad puede ser considerada como un proceso o condición necesaria para mantener un equilibrio en la salud, pero este proceso fisiológico puede presentar un grave deterioro que conduce a las conocidas enfermedades autoinmunes que representan por el contrario un agravio para la salud. (Reyes G, et al) (2011) Uno de los problemas más frecuentes y menos comprendidos de salud pública lo constituyen las enfermedades autoinmunes; en numerosas publicaciones, se ofrecen nuevas apreciaciones sobre la diferenciación y desarrollo de

células inmunes que median las enfermedades autoinmunes. No obstante, para desatar la actividad de la enfermedad como tal se requiere mucho más que la presencia de las células autoinmunes. Las enfermedades autoinmunes son el punto clínico final de una cascada secuencial de sucesos inmunológicos iniciada y perpetuada por factores ambientales que ocurren en un individuo genéticamente susceptible. (Kokuina E, 2011)

La Artritis Reumatoidea es una enfermedad inflamatoria crónica, sistémica de tipo autoinmune y de etiología desconocida, afecta principalmente a las articulaciones periféricas, y en especial al cartílago articular, manifestándose como una poliartritis erosiva, cuyas elevadas tasas de morbilidad y mortalidad hacen de ella centro clave en el estudio de las enfermedades autoinmunes. (Smith H, 2009)

La prevalencia es del 0,9% con una variación del 0,7% al 2% de la población de acuerdo a las referencias internacionales. Es más frecuente en mujeres que en hombres, con una relación de 3:1 en EE.UU. Esta diferencia entre sexos disminuye a edades más avanzadas. Se estima que la edad de inicio es a los 40 años \pm 10 años, a pesar de ello no puede descartarse en otras edades. (Reyes G, 2011). Según datos del Grupo Latinoamericano de Estudio de Artritis Reumatoide (GLADAR), la prevalencia es entre 0.8 y 1,5 % en la población de América Latina y en esta región es mucho más común en mujeres que en hombres, con una relación de 6-8: 1. (Pons E, 2009)

El potencial de la inflamación sinovial, generado por sustancias químicas liberadas por las células del sistema inmunológico, constituyen la clave fundamental para producir una destrucción del cartílago con erosiones óseas y deformidades articulares en fases posteriores. (Alvarez L, 2009). El compromiso articular posee una

severidad variable, siendo por lo general progresivo y ocasionando distintos grados de incapacidad, deformidad y destrucción articular. El dolor de intensidad variable y la limitación funcional son las principales manifestaciones de los pacientes, pudiendo presentar de forma simultánea manifestaciones extra-articulares, acortando sustancialmente su expectativa de vida.

Cerca del 50% de los pacientes con un período de tiempo de la enfermedad mayor de 10 años no puede continuar en sus trabajos respectivos debido a la limitación funcional; condicionando una disminución de los ingresos económicos familiares tal como señala Burgos R, Arispe J, Arias A,(2009).A pesar de la naturaleza de su etiología desconocida pueden existir factores genéticos, infecciosos, ambientales y hormonales involucrados. La relación de la Artritis reumatoidea con las hormonas hace énfasis al riesgo aumentado sobre el sexo femenino; el tabaco podría ser tenido en cuenta como otro factor importante, ya que este actuaría, suprimiendo la inmunidad celular y disminuyendo el efecto protector de los estrógenos. (Kokuina E, 2011)

Fernández, J (2008)identificó la asociación de un gen a esta enfermedad en el grupo polimórfico de genes del complejo mayor de histocompatibilidad encontrado en alrededor del 75% de pacientes blancos con la presentación clásica, comparados con solo 25% de pacientes que no presentan esta patología. Estudios sugieren que el HLA – II se asocia con la elaboración de anticuerpos anti péptido cíclico citrulinado, constituyendo de ésta manera riesgo aunado para la susceptibilidad y severidad de la enfermedad. (Van Der Helm V; Verpoort K; Breedveld F)(2007)

Firestein G, (2011) determinó del 13 al 16% de concordancia de la enfermedad, lo cual haría referencia a la importancia de la genética en la susceptibilidad de la Artritis Reumatoidea, mientras que los familiares de primer grado de pacientes tienen un riesgo 3 veces mayor de padecer la enfermedad.

Numerosas teorías aseguran que esta patología es el resultado de la respuesta de un huésped con susceptibilidad genética ante la presencia de un agente infeccioso. El mycoplasma, virus del Epstein Barr, citomegalovirus, parvovirus y virus de la rubéola, son propuestos como microorganismos desencadenantes de la respuesta autoinmune, aunque no existe ninguna prueba concluyente de que estos u otros agentes infecciosos produzcan la artritis reumatoidea expresado por Pons EB (2009). Las diversas hipótesis sobre el comienzo de la artritis reumatoidea se mantienen como simples conjeturas, empero la patogénesis involucra episodios inflamatorios repetidos que inciertamente fragmentan la tolerancia en las personas con susceptibilidad genética.

La neoformación de vasos sanguíneos en la membrana sinovial marcan el inicio del proceso de la artritis reumatoidea, seguido por trasudación de líquidos y migración de linfocitos, liberación de citoquinas, activación de complemento, formación de complejos inmunológicos antígeno anticuerpo en la membrana sinovial y quimiotaxis de polimorfonucleares al líquido articular, a continuación fagocitosis de los complejos inmunológicos, liberación de enzimas lisosomales. Independientemente del factor desencadenante, debido a la acción de la inflamación articular por los linfocitos y la destrucción articular por el tejido de granulación se destruye la unión del cartílago, hueso y sinovial. Así lo indica la Sociedad Española de Reumatología, (2010).

Se pueden distinguir tres patrones de comienzo en esta enfermedad agudo y abrupto, subagudo y gradual e insidioso. Esta última es la forma más frecuente de presentación (50 al 80%). Los síntomas articulares pueden estar precedidos durante semanas o meses por compromiso del estado general, con manifestaciones como mialgias, astenia, anorexia, pérdida de peso e incluso fiebre. El compromiso articular es generalmente simétrico y aditivo, afectando habitualmente pequeñas articulaciones de las manos y los pies. Pueden observarse también, aunque menos frecuentemente, una presentación monoarticular lenta; en general de comienzo en grandes articulaciones como hombros o rodillas (artritis simétrica) que suele extenderse en los días o semanas subsiguientes hacia el resto de las articulaciones en forma simétrica. Es la más rara de todas las formas de presentación. (Maldonado J, 2010)

Las manifestaciones clínicas de la artritis reumatoidea pueden ser divididas en articulares y extraarticulares. Los signos y síntomas característicos del compromiso articular son: dolor, tumefacción y deformidad con la consecuente limitación funcional de la zona comprometida. La rigidez matinal que se presenta en estos pacientes, en general afecta las articulaciones de las manos, aunque también pueden comprometerse los pies. Se debe, en parte, al edema del tejido sinovial y periarticular en forma mecánica con la movilidad articular; es más intensa durante la mañana, al despertar, por la redistribución del líquido en el tejido intersticial que ocurre durante el sueño. Mejora progresivamente con el correr de las horas y con el movimiento. Se asocia con la actividad de la enfermedad.(Maldonado J, 2010)

Se han determinado dos tipos de compromiso articular: signos y síntomas reversibles relacionados con la sinovitis y el daño estructural irreversible que ella

provoca. Esta consideración no solo se utiliza para determinar el estadio en que la enfermedad se encuentra, sino también para precisar el pronóstico y seleccionar el tratamiento médico y/o quirúrgico más conveniente. (Lillacorta Acosta R, 2010)

El desarrollo de la deformidad articular se produce por diferentes mecanismos relacionados con la inflamación y la hiperplasia del tejido sinovial. La inmovilización articular como consecuencia de la tumefacción resulta en un acortamiento de los tendones y en una constricción de la cápsula articular. Los músculos adyacentes a la articulación comprometida desarrollan espasmo y acortamiento. La destrucción ósea causada por la sinovitis crea incongruencias en las superficies articulares y ocasionalmente bloqueo o fusión de las mismas. Los ligamentos que normalmente estabilizan a la articulación se encuentran debilitados, lo que deriva en la inestabilidad y posterior alteración en la alineación por la afectación existente en las líneas de fuerzas que mantienen el eje articular. La inflamación de las vainas tendinosas es muy frecuente en la artritis reumatoidea y colabora en el desarrollo de las deformidades articulares. (Maldonado J, 2010)

Las manifestaciones extraarticulares pueden ser vistas en aproximadamente un 40% los pacientes afectados por esta enfermedad y un 15% de ellos pueden desarrollar manifestaciones extraarticulares severas, en forma simultánea. Estas suelen ocurrir con mayor frecuencia en los pacientes con enfermedad severa y en aquellos con factor reumatoideo (FR) y anticuerpos péptidos cíclicos citrulinados (anti CCP). La presencia de manifestaciones extraarticulares son índice de mal pronóstico, los pacientes con artritis reumatoidea y manifestaciones extraarticulares tienen mayor mortalidad en comparación a los pacientes sin manifestaciones extraarticulares. Entre las más

frecuentes encontramos síndrome de Sjögren, compromiso cardíaco, compromiso parenquimatoso pulmonar, serositis, derrame pleural y pericárdico, compromiso ocular, renal, muscular, trastornos hematológicos y vasculitis. (Maldonado J, 2010).

Los pacientes con artritis reumatoidea tienen mayor incidencia de eventos cardiovasculares como manifestaciones extraarticulares, con respecto a la población general, se presume que esto se debería a una aterosclerosis acelerada debida a disfunción endotelial provocada por la inflamación vascular crónica y sistémica. (Maldonado J, 2010)

La artritis Reumatoidea exhibe una magnitud similar en relación con la diabetes mellitus tipo 2 al ser catalogadas como importantes e independientes factores de riesgo cardiovascular. Dicha patología reumática debe ser vista como un nuevo factor de riesgo cardiovascular, razón por la cual su manejo debe ser dispuesto, el proceso inflamatorio de esta patología aumenta la aterosclerosis. (Pasceri V, 2009)

Se ha tratado de esclarecer por qué el corazón resulta afectado por la artritis reumatoidea, los autores señalan en sus análisis apoyados en organología patológica dos clases de lesiones; una de ellas de tipo específico, determinada por la presencia de granulomas que histológicamente son equivalentes a los nódulos reumatoideos y comprenden entre el 2% y el 10% de los casos. Un segundo tipo de lesiones tiene grados variables de infiltración celular o fibrosis. (Lipsky PE, 2010)

Como ya se ha mencionado a lo largo de este trabajo la expectativa de vida en los pacientes con artritis reumatoidea se encuentra reducida, en relación a la población

general, aún más cuando la enfermedad es severa. ((Mitchell DM, 2007); Esta situación no ha cambiado durante las últimas cuatro décadas a pesar de la aparición de los medicamentos modificadores de la enfermedad (DMARD). Los estudios realizados muestran que, en su mayoría, las muertes en pacientes con Artritis Reumatoidea tienen origen cardiovascular, especialmente por enfermedad isquémica.

Como evidencias directas e indirectas que subrayan la importancia de la enfermedad arteriosclerótica en Artritis Reumatoidea se encuentran la arteriosclerosis carotídea acelerada en estos pacientes y la alta incidencia de eventos isquémicos, no explicada por los factores de riesgo tradicionales, encontrada en cohortes de pacientes con artritis reumatoidea. (Mitchell DM, et al;(2007)

Como lo indican Fex, Jonsson, Jonson, Eberhardt(2009), en los estudios de Banks, se evidenció la presencia de isquemia en más del 50% de pacientes diagnosticados con esta patología, en comparación con el 30% de controles que tenían factores de riesgo asociados. En otros estudios se concluyó que los pacientes con Artritis Reumatoidea tienen cifras altas de ingresos hospitalarios por infarto agudo de miocardio y eventos coronarios sosegados, al compararlos con pacientes sin artritis reumatoidea. (Díaz Petit, R. Camp)(2006)

Se han incluido a la inflamación sistémica, empleo de esteroides y al uso de metotrexate, dentro de los factores de riesgo potenciales para enfermedad coronaria en pacientes con Artritis Reumatoidea. Se han consensado varias teorías para explicar el inicio de la aterogénesis en estos pacientes. (Díaz Petit,et al) (2006)

El primero es un mecanismo directo, en el cual el proceso inflamatorio en la pared del vaso produce una fricción continua de bajo grado que atrae células mononucleares a un ambiente local rico en citocinas que inducen la fagocitosis de depósitos lípidos y restos celulares, de esta manera se forma la base para el desarrollo de cambios progresivos en la pared del vaso, semejante a lo que ocurre en la arteriosclerosis acelerada de los pacientes con trasplante cardíaco. Oponiéndose a esta teoría está el hecho de que la arteritis coronaria es una rara complicación en Artritis Reumatoidea. (Nomeir A, et al) (2006)

Por otro lado un segundo modelo, indirecto, señala que el proceso inflamatorio vascular local induce un efecto a distancia en vasos que no están implicados en la reacción inflamatoria inicial, de manera que la vasculitis primaria es el punto de partida en el comienzo del proceso asociado a disfunción endotelial, que se produciría de manera temprana en los pacientes con Artritis Reumatoidea, generando lesión vascular, la cual es, sin embargo, reversible con un tratamiento adecuado y precoz. (Kelly C, 2010)

Además, de todo lo expuesto otros mecanismos fisiopatológicos que resaltan la importancia del proceso inflamatorio incluyen, aumento de la actividad plaquetaria en pacientes con Artritis Reumatoidea, elevación en los niveles de PCR, factor de necrosis tumoral y alteración en el metabolismo de los esfingolípidos, y la presencia de autoanticuerpos anticardiolipina y LDL oxidada, lo cual se relaciona a mayor severidad de la enfermedad. El tratamiento de la enfermedad coronaria no es diferente del ofrecido a los pacientes sin artritis reumatoidea. (Camilleri JP, Douglas-Jones AG, Pritchard MH.)(2005)

Comúnmente, las arterias con más comprometidas son las de pequeño calibre que ofrecen mínimas manifestaciones clínicas, sin embargo, se han informado casos de infarto agudo de miocardio. Cuando la afectación es de las arterias del mediano y gran calibre, la lesión es frecuentemente en parches, lo que conlleva al engrosamiento de la pared del vaso de manera concéntrica; permitiendo hacer la diferencia con las formas excéntricas, que se observan frecuentemente en los ateromas o calcificaciones de la enfermedad arteriosclerótica. (Hernández E, et al;) (2010)

Desde el punto de vista microscópicamente puede observarse que la inflamación vascular compromete la íntima, media y adventicia. En la mayoría de pacientes afectados, la presencia de fenómenos trombóticos es rara. En casos especiales el tratamiento incluye el uso de esteroides y ciclofosfamida o azatioprina. (Lipsky P, et al) (2010)

Así como se observa en otras enfermedades reumatológicas, casi todas las alteraciones cardiovasculares en artritis reumatoidea presentan una evolución subclínica. Ya que solo entre el 2% y el 10% presentan sintomatología. En estudios de cadáveres de pacientes con artritis reumatoidea se ha encontrado que la incidencia de lesiones cardiovasculares puede ser hasta del 50%. (Lillacorta Acosta R, 2010)

La afectación cardíaca comprende daño pericárdico, miocárdico y endocárdico, valvulopatías, alteraciones de la conducción y enfermedad coronaria. La artritis reumatoidea a diferencia de otros procesos reumatológicos no produce hipertensión pulmonar primaria, pero puede estar asociada a la aparición de hipertensión pulmonar secundaria a compromiso pulmonar reumatoideo. (Riachi D, 2011)

Según estudios con ecocardiografía y necropsia el compromiso pericárdico se presenta en el 50% de los pacientes con artritis reumatoidea. La presencia de derrame pericárdico crónico asintomático es la afectación más encontrada en estos pacientes, muchas veces asociado a derrame pleural, lo cual pone en evidencia la existencia de la serositis reumatoidea. Esta serositis se caracteriza microscópicamente por un proceso inflamatorio inespecífico caracterizado por áreas de fibrosis y agregados perivasculares de células linfoplasmocitarias.(Escalante A, Kaufman RL, Quismorio FP)(2009).

Maldonado José, et al (2010) señalan que ocasionalmente se han observado calcificaciones pericárdicas semejantes a las de la tuberculosis y cuadros de pericarditis constrictiva. Sin embargo, el trastorno sintomático es muy poco común (del 0,5% a 3% de los casos). Se ha observado más en pacientes varones con factor reumatoideo positivo y presencia de nódulos.

De manera que el estudio ecocardiográfico incrementa la posibilidad diagnóstica, debería realizarse en todo paciente con actividad de la enfermedad y presencia de dolor torácico sugestivo de pericarditis o en pacientes que muestren alteraciones radiológicas o electro cardiográficas. (Escalante A, et al)(2009)

Cuando se investiga la afectación pericárdica, surge incertidumbre sobre un posible origen infeccioso y ocasionalmente se utiliza pericardiocentesis. Cuando existe serositis reumatoidea, el estudio de líquido pericárdico muestra una leucocitosis variable a predominio de neutrófilos (frecuentemente $> 30.000/mm^3$), elevación de proteínas, hipocomplementemia, aumento de glucosa, aumento de colesterol, factor reumatoideo positivo y complejos inmunes sin presencia de microorganismo. Cuando existe fracaso

terapéutico y hay una alta actividad de la enfermedad reumatoidea, ya sea por afectación extra articular o compromiso vascular, es necesario iniciar tratamiento inmunosupresor a base de corticoides. Una rara complicación que puede aparecer es la pericarditis constrictiva y el taponamiento cardíaco, que en ocasiones necesitan manejo quirúrgico. (Kelly CA, et al)(2010)

Una de las manifestaciones cardíacas comúnmente observada en pacientes con artritis reumatoide es la miocarditis inespecífica, que se encuentra aproximadamente en un 4% a 30% de los pacientes.(Lipsky PE, 2010). Por otra parte la miocarditis granulomatosa se ha descrito en solo el 5% de los pacientes.

Otra complicación que puede manifestarse tardíamente es la amiloidosis miocárdica. Su cuadro clínico es de insuficiencia cardíaca progresiva en ausencia de cardiomegalia, sin embargo, la mayor parte de los casos cursan de forma asintomática. Así mismo, la miocarditis inespecífica comúnmente es silente y en ocasiones muy raras afecta el tamaño y la función miocárdica. (Alzamora P, Glave C)(2005)

Otra complicación que puede manifestarse tardíamente es la amiloidosis miocárdica. Su cuadro clínico es de insuficiencia cardíaca progresiva en ausencia de cardiomegalia, sin embargo, la mayor parte de los casos cursan de forma asintomática. Así mismo, la miocarditis inespecífica comúnmente es silente y en ocasiones muy raras afecta el tamaño y la función miocárdica. En esta última, el examen físico, y los estudios electrocardiográficos, ecocardiográficos, e incluso ventriculografía generalmente son normales (Alzamora P, Glave C) (2005)

A diferencia de los otros tipos de compromiso miocárdico, la miocarditis necrotizante difusa se acompaña en la mayoría de los casos de dilatación cardíaca, alteraciones de la conducción y alteración de la función miocárdica, que en determinadas ocasiones conlleva a discapacidad e incluso a la muerte, aunque el cuadro clínico de la patología cardíaca puede manifestarse días o semanas posteriores al comienzo de la miocarditis. La presencia de manifestaciones clínicas de falla cardíaca, trastornos de la conducción o embolias deben intervenir de manera urgente. El tratamiento de estas afectaciones incluye el manejo tradicional de la insuficiencia cardíaca recordando que en muchas ocasiones es necesario el uso de esteroides o citotóxicos. (Reyes G, et al) (2011)

Eventualmente la miocarditis granulomatosa puede desencadenar sintomatología y cuando esto sucede, generalmente, es causante de alteraciones en el ritmo y bloqueos, caso en el cual la prueba de Holter además de otros estudios citados anteriormente están indicados, al igual que el uso de marcapasos como tratamiento imperativo. (Riachi D, 2011)

Los resultados encontrados basados en estudios de anatomía patológica indican que los trastornos del ritmo y la conducción se puede conjeturar por compromiso no solo de una sino de varias vías en los sistemas de conducción, o en los vasos que relevan estas vías secundariamente a anomalías tromboticas, ateroscleróticas o vasculíticas, siendo estos poco reportados. También se han descrito granulomas que lesionan independientemente el sistema de conducción, simultáneamente la hipercoagulabilidad puede favorecer la formación de trombos y placas de ateroma, o

fenómenos isquémicos desencadenados por inflamación de pequeños y medianos vasos.
(Escalante A, 2009)

Las arritmias en el caso tanto de las ventriculares como supraventriculares y los bloqueos auriculoventriculares, que van desde monofasciculares hasta bloqueos completos, han sido reportados entre un 17% y un 25% de los pacientes con la ayuda de estudios inespecíficos de acuerdo a los porcentajes de sensibilidad y especificidad para determinar esta clase de patologías cardíacas, como electrocardiograma, la prueba del Holter y estudios eléctricos del haz de His. Una vez presentes en un individuo no responden al manejo antiinflamatorio y deben recibir manejo específico. (Lipsky PE et al) (2010)

Cualquier de las válvula puede resultar expuestas a lesiones, ya sea individualmente o asociada a otra. La media de compromiso valvular es del 45%. Según reportes de autopsia un estimado del 7% de los pacientes puede evidenciar la presencia de nódulos reumatoideos en las estructuras valvulares. Siendo la válvula mitral la más afectada seguida por la aórtica, tricúspide y pulmonar. Es de suma importancia tener presente que los esteroides pueden contribuir agravando la lesión ya que éstos inhiben la producción de colágeno, debido a esto su indicación debe estar plenamente justificada y restringida para casos específicos. (Levine A, Dimitri W, Bonser R)(2009)

Aunque las lesiones de la válvula mitral son las más frecuentes, su disfunción no es común. Si bien la estenosis mitral ha sido reportada la afección más usual es la insuficiencia. Estas alteraciones se pueden desarrollar en pocas semanas o meses y

presentarse desde una forma silente, que se manifiesta solo por un soplo holosistólico, hasta una afección severa con gran regurgitación mitral y falla cardíaca. El proceso patogénico se patogenia representado por una infiltración no especificada causante del engrosamiento de las hojillas valvulares; también se han descrito lesiones granulomatosas en dichas hojas, las cuales son equivalentes a los nódulos reumatoideos desde el punto de vista histológico. La afectación de los músculos papilares, específicamente la ruptura puede ser ocasiona por estas lesiones nodulares, que pueden culminar en falla cardíaca y edema pulmonar requiriendo tratamiento quirúrgico urgente. (Hernández López E, et al) (2010)

Patologías secundarias a la artritis reumatoidea como la Insuficiencia y estenosis de la válvula aórtica han sido reportadas con cifras similares; Generalmente se presentan como o bien como aortitis no especificada o como granulomas con una frecuencia disminuida pudiendo afectar la válvula como tal o limitarse al seno de la valva. A pesar de que la mayoría de los pacientes no presentan sintomatología relevante, o simplemente no presentan, se los debe estudiar exhaustivamente en busca de un soplo diastólico o sistólico, además de otros signos clínicos como pulso saltón, tensión arterial divergente, entre otros. (Alvarez L, 2009)

La valvulitis aórtica inflamatoria progresiva muchas veces progresa hasta hacer imperativa la necesidad de un reemplazo protésico valvular en un período menor a cinco años. La insuficiencia cardíaca y la angina se originan secundariamente a la insuficiencia aórtica severa con disfunción del ventrículo izquierdo; este tipo de lesiones, generalmente, tienen un curso agudo y fulminante, lo que hace que

indudablemente se requiera tratamiento tanto médico como quirúrgico de forma urgentemente. (Levine AJ, et al)(2009)

Las lesiones presentes en las válvulas pulmonar y tricúspide son poco frecuentes, corresponden a lesiones inflamatorias inespecíficas y granulomatosas desde el punto de vista histológico. Las podemos encontrar en ambas válvulas pudiendo provocar estenosis y/o disfunción. En la mayoría el hallazgo se hace en estudios de necropsia ya que su presentación es asintomática. (Hernández López E et al)(2010). La ecocardiografía permite en sus distintas modalidades el estudio de la mayoría de las estructuras cardíacas y de algunas porciones de los grandes vasos. Presentando un Ecocardiograma completo 95% de sensibilidad y 88% de especificidad en el diagnóstico de alteraciones cardíacas según lo reporta Pellikka P, et al en Revista de la Sociedad Americana de Ecocardiografía en uno de sus artículos emitidos en Septiembre (2007).

Las lesiones valvulares quedaran evidenciadas a través de la ecocardiografía y es con el eco transesofágico que logramos hallar una incidencia más elevada de las alteraciones cardiovasculares. Generalmente se puede ver engrosamiento valvular con nódulos valvulares e insuficiencia valvulares casi en 2/3 de los pacientes menores de 65 años. Asiduamente las lesiones afectan más frecuentemente a la válvula mitral y seguida por lesiones en la válvula aórtica, siendo la válvula pulmonar la menos afectada. Tradicionalmente suelen consistir en engrosamientos nodulares de pequeño tamaño, regularmente menores a 1/2 cm, con una característica principal que no están calcificados. El estudio ultrasonográfico con doppler revelará la presencia de jets de regurgitación, en el caso de existencia de regurgitaciones valvulares, que suelen ser insignificantes. Peculiarmente la insuficiencia mitral u aórtica son tan importantes que

pudieran requerir reemplazo protésico, aunque esto es un hallazgo que se puede considerar excepcional. (Reyes G, et al)(2011)

Otra forma eficaz para estudiar las placas de ateroma, considerados como importantes predictores de eventos cardiovasculares, lo constituye el uso de ultrasonografía carotidea como se demuestra en algunos estudios como el de Roman et al MJ (2006), en el cual se detallan los resultados obtenidos de 98 pacientes con Artritis Reumatoide pareados con controles y se hallaron placas en un 50% de los pacientes con Artritis Reumatoide en comparación con 18% de los controles.

Para realizar una valoración oportuna y adecuada de la artritis reumatoidea se requiere emplear varios métodos basados primordialmente en las manifestaciones clínicas, entre los cuales tenemos exámenes radiológicos e inmunológicos. La Sociedad Americana de Reumatología en el año de 1987 elaboró un conjunto de criterios clínicos que son de utilidad para diferenciar a la artritis reumatoidea de otras patologías reumatológicas u otras enfermedades del tejido conectivo, a pesar de que no existan marcadores específicos para ello, caracterizándose por tener una finalidad clasificatoria y no diagnóstica. El diagnóstico se establece si el paciente cumple con al menos 4 criterios presentes durante por lo menos 6 semanas. Estos criterios demuestran una sensibilidad del 91 - 94% y especificidad del 89%. (Maldonado José, et al)(2010)

La verdadera utilidad de los criterios revisados en 1987 ha sido motivo de discrepancia, ya que consensuó que son útiles para detectar pacientes con artritis reumatoidea establecida, pero su utilidad en los casos de artritis reumatoidea temprana aún es discutida, razón por la cual se realizó una nueva revisión y se obtuvieron nuevos

criterios en el 2010. De la misma forma si utilizamos las clinimetrías como el DAS 28 (Disease Activity Score), podemos obtener resultados confiables sobre la severidad de la patología en cuanto a leve, moderada o severa o si se encuentra en remisión. En laboratorio es muy importante obtener anticuerpos como Factor Reumatoideo y Anti CCP (antipéptido cíclico citrulinado) positivos, mostrando estos una tasa elevada de sensibilidad y especificidad según corresponda. (Aletaha D, 2010)

En el caso de artritis reumatoidea temprana los estudios radiológicos no son significativos para su detección, pero en los otros casos representa uno de los pilares fundamentales para su diagnóstico. Sin embargo éstas representarían en etapas posteriores material importante para determinar la progresión de la artritis reumatoidea. En lo que respecta al tratamiento, va dirigido principalmente al manejo del dolor, la inflamación y lograr controlar la actividad de la enfermedad, consiguiendo que el paciente pueda llevar una vida dentro de lo que se reconoce como normal. Con cualquiera de los tratamientos que el Reumatólogo pueda prescribir mientras mayor tiempo se consiga que la enfermedad se encuentre en remisión, mejor será la calidad de vida del paciente. (Imboden J, Hellmann D, Stone J) (2007)

VARIABLES

VARIABLE DEPENDIENTE

Alteraciones Cardiovasculares en Artritis Reumatoidea

VARIABLE INDEPENDIENTE

Tiempo de evolución y actividad de la enfermedad

OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.

Variable dependiente: Alteraciones Cardiovasculares en Artritis Reumatoidea

Concepto	Dimensión o categoría	Indicador	Escala	Subíndice	
<p>La Artritis Reumatoidea es una enfermedad inflamatoria crónica, autoinmune, con manifestaciones sistémicas, que afecta principalmente las articulaciones periféricas, sin embargo afecta múltiples órganos de la economía. El compromiso cardiaco compromete principalmente pericardio, miocardio y estructuras valvulares.</p>	Características demográficas	Edad	17-26 27-36 37-46 47-56 57-66 >66	Revisión bibliográfica, encuesta	
		Genero	Masculino Femenino		
		Lugar de residencia	Urbano Urbano marginal Rural		
		Instrucción	Primer nivel Segundo nivel Tercer nivel Cuarto nivel Ninguno		
		Estado civil	Soltero Casado Viudo Divorciado Unión libre		
	Factores de riesgo cardiovascular	Tabaquismo	Fuma No fuma		
		Colesterol total	<160 160-199 200-239 240-280 >280		
		HDL-colesterol	<35 35-44 45-49 50-59 ≥ 60		
		Presión Arterial	Normal Pre-hipertenso HTA estadio 1 HTA estadio 2		
		Diabetes Mellitus	Sin diabetes Con diabetes		
	Alteraciones ecocardiográficas	Valvulopatías	Mitral Aortica Pulmonar Tricuspidea		Ecocardiografía
		Miocarditis	Disfunción diastólica Disfunción sistólica Dilatación de cavidades derechas Dilatación de cavidades izquierdas		
		Pericarditis	Presencia de pericarditis Ausencia de pericarditis		
Vasculitis		Aortitis Arteritis coronaria			

Variable independiente: Tiempo de evolución y actividad de la enfermedad

Concepto	Dimensión o categoría	Indicador	Escala	Subíndice	
Tiempo que ha transcurrido desde la aparición de una enfermedad determinada y grado de actividad en que esta se encuentra	Tiempo de evolución de la enfermedad	Años de evolución	1-5años () 6-10años () >10 ()	Encuestas DAS28=0.56*√(tender joints) + 0.28* √(swollen joints) + 0.70*Ln(ESR/CRP) + 0.014*VAS	
		DAS28	Numero de articulaciones dolorosas		0-28 ()
			Números de articulaciones tumefactas		0-28 ()
	VSG		mm/h ()		
	Valoración del estado de salud por el propio paciente		0-100 ()		

CAPITULO III

DISEÑO METODOLÓGICO.

TIPO DE ESTUDIO:

Por su finalidad: Descriptivo

Por su secuencia temporal: Transversal

Por el control de asignación del factor de estudio: Observacional

Por el inicio en relación a la cronología de los hechos: Prospectivo

Tipo de estudio: descriptivo, transversal, observacional, prospectivo

LINEA DE INVESTIGACIÓN

Enfermedades orgánicas crónicas

POBLACIÓN Y UNIVERSO

Universo.

La población estuvo constituida por 126 pacientes diagnosticados con artritis reumatoidea seropositiva atendidos en la consulta externa de reumatología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo en el período comprendido entre Septiembre 2013 Febrero 2014.

Formula de muestreo Aleatorio simple

$$n = \frac{Z^2 \cdot P \cdot Q \cdot N}{e^2}$$

$$(Z)^2 \times P \cdot Q + N \cdot e^2$$

$$n = \frac{(1,75)^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 126}{(0,08)^2}$$

$$(1,75)^2 \times 0,25 + 126 \times (0,08)^2$$

n= 96,39

3,23

n: 29,84

n: 30

Muestra.

30 Pacientes con artritis reumatoidea seropositiva escogidos mediante muestreo aleatorio simple, atendidos en la consulta externa de reumatología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda en el período comprendido entre Septiembre 2013 Febrero 2014

MODALIDAD DE INVESTIGACIÓN

Bibliográfica y de campo.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

Pacientes con diagnóstico de artritis reumatoidea seropositiva atendidos de forma subsecuente en la consulta externa de reumatología del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.

Pacientes con artritis reumatoidea juvenil, pacientes con alteraciones cardiovasculares previas, pacientes con artritis reumatoidea seronegativa

MÉTODOS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE DATOS

METODOS

Científico: deductivo

Clínico: Se realizó un trabajo conjunto con las áreas de reumatología para determinar la parte clínica de la Artritis Reumatoidea y con el área de cardiología para determinar las principales alteraciones ecocardiográficas. Se utilizó la escala de DAS28 para valorar la actividad de la enfermedad y relacionar esta y el tiempo de evolución de enfermedad con las alteraciones ecocardiográficas encontradas.

Se empleó, también la escala de Framingham por categorías para valorar el riesgo cardiovascular de la población en estudio y determinar que las alteraciones ecocardiográficas encontradas dependen de la enfermedad y no del riesgo cardiovascular.

Estadístico: cuali-cuantitativo

INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE INFORMACIÓN

FICHA DE ENCUESTAS: Constó de preguntas dirigidas a los pacientes con diagnóstico de artritis Reumatoidea seropositiva, obteniéndose a través de las mismas la información correspondiente, respetando el derecho a la confidencialidad, mediante el consentimiento informado

HISTORIA CLÍNICA PERSONALIZADA: para determinar riesgo cardiovascular y patología cardíaca previa de la población en estudio.

Se utilizó el programa anti-plagio URKUND para corroborar la autenticidad de la investigación.

RECURSOS HUMANOS:

Director de Tesis.

Autoridades de la institución educativa.

Pacientes con artritis reumatoidea seropositiva.

Personal médico y laboral del Hospital.

Tribunal de revisión del proyecto.

Autores del proyecto.

RECURSOS FÍSICOS:

Cámara digital.

Revistas.

Computadoras y material informático.

Cuadernos.

Hojas de papel Bond.

Impresora.

Tinta de impresora.

Scanner.

Libros.

Pen Drive.

Ecocardiógrafo: VIVID 3 PRO 110-120v; modelo 2386465-2, SIN: VIVID 3- 7444,

PIW 3767741605, General Electric medical systems ultra sound; transductor 3S, 7L.

RECURSOS INSTITUCIONALES

Hospital Provincial Verdi Cevallos Balda de la Ciudad de Portoviejo.

Universidad Técnica de Manabí.

Dirección Provincial de Salud.

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

TABLA N° 1

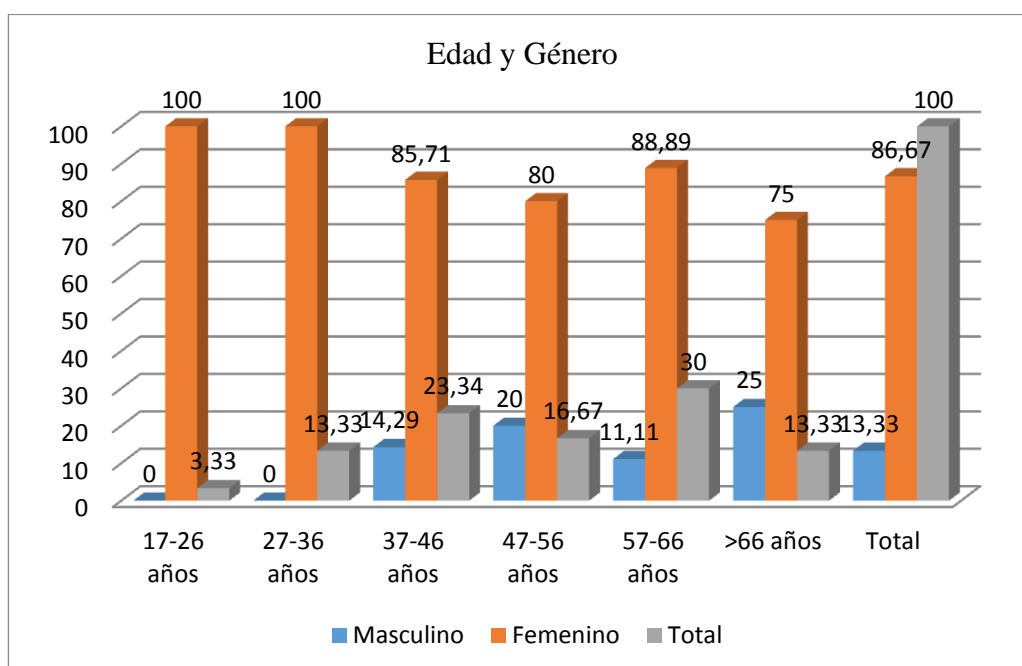
EDAD Y GÉNERO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014

Género \ Edad	Masculino		Femenino		Total	
		%		%		%
17-26 años	0	0,00	1	100,00	1	3,33
27-36 años	0	0,00	4	100,00	4	13,33
37-46 años	1	14,29	6	85,71	7	23,34
47-56 años	1	20,00	4	80,00	5	16,67
57-66 años	1	11,11	8	88,89	9	30,00
>66 años	1	25,00	3	75,00	4	13,33
TOTAL	4	13,33	26	86,67	30	100,00

Fuente: Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Elaboración: Moreira Bravo Vicenta Aracely y Zambrano Arcentales Humberto Enrique

GRÁFICO N° 1



Análisis e interpretación de los resultados.

Las historias clínicas en el período de estudio determinaron que este tipo de patología se presenta con mayor frecuencia en el género femenino que en el masculino con un 86,67% para la población femenina y con una relación mujer/hombre de 6.5:1. La Artritis reumatoidea fue más frecuente en pacientes entre 57 a 66 años con un 30%, predominado así mismo el género femenino con el 88,89%. Lo cual se relaciona con Datos del Grupo Latinoamericano de Estudio de Artritis Reumatoide (GLADAR), en el que se indica que la enfermedad es mucho más común en mujeres que en hombres, con una relación de 6-8:1. (Pons E, 2009)

TABLA N° 2.

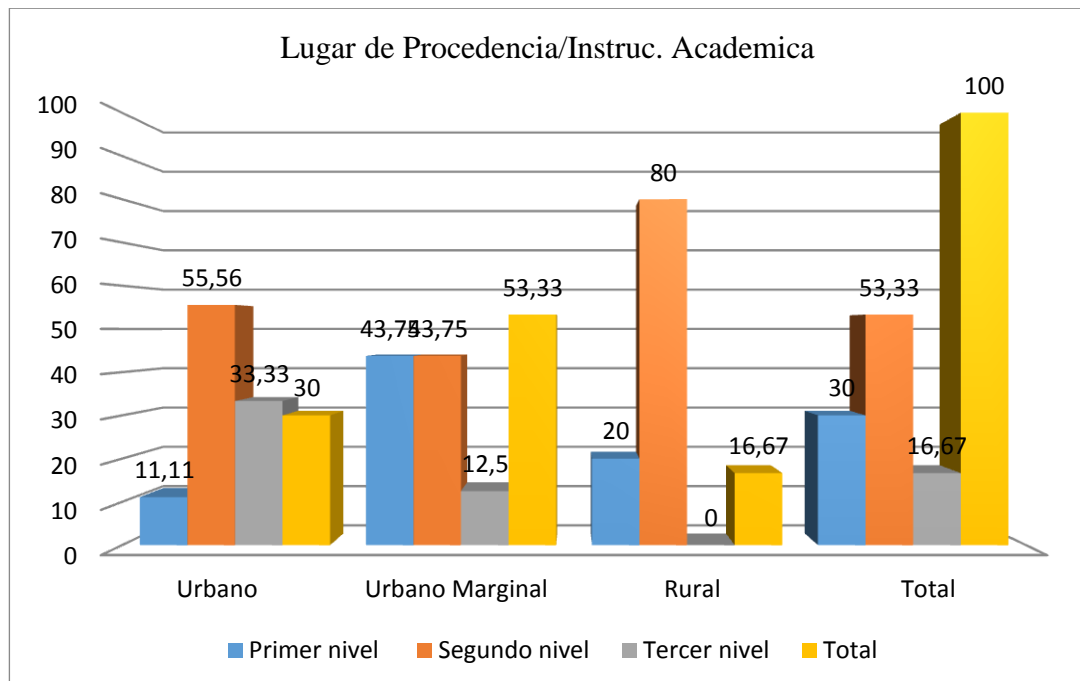
LUGAR DE PROCEDENCIA E INSTRUCCIÓN ACADÉMICA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014

Lugar de procedencia / Instruc. Académica	Urbano		Urbano Marginal		Rural		Total	
		%		%		%		%
Primer nivel	1	11,11	7	43,75	1	20,00	9	30,00
Segundo nivel	5	55,56	7	43,75	4	80,00	16	53,33
Tercer nivel	3	33,33	2	12,50	0	0,00	5	16,67
Total	9	30,00	16	53,33	5	16,67	30	100,00

Fuente: Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Elaboración: Moreira Bravo Vicenta Aracely y Zambrano Arcentales Humberto Enrique

GRÁFICO N° 2.



Análisis e interpretación de los resultados:

Los resultados de las historias clínicas en lo referente a lugar de procedencia e instrucción académica, se verificó que la mayor parte de la población de estudio el 53,33% procedía del sector Urbano Marginal de los cuales el 43,75% habían culminado sus estudios secundarios, otro 43,75% sus estudios primarios y el 12,50% tenían una instrucción superior; por otro lado la menor parte de la población procedía del sector Rural, el 80% habían culminado sus estudios secundarios y el 20% sus estudios primarios. A pesar que no existen estudios estadísticos sobre si la procedencia o instrucción académica influyen en esta patología, en nuestro estudio encontramos los datos antes mencionados.

TABLA N° 3.

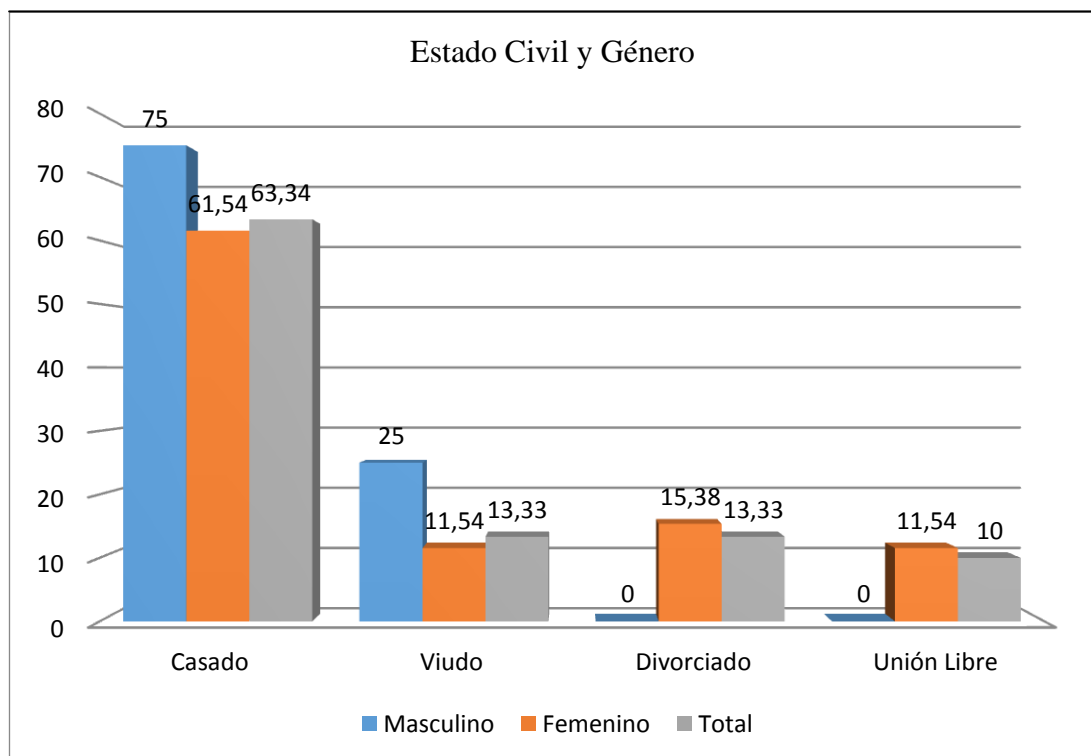
ESTADO CIVIL Y GÉNERO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA
 SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO
 SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014

Género / Estado	Masculino		Femenino		Total	
		%		%		%
Civil						
Casado	3	75,00	16	61,54	19	63,34
Viudo	1	25,00	3	11,54	4	13,33
Divorciado	0	0,00	4	15,38	4	13,33
Unión Libre	0	0,00	3	11,54	3	10,00
TOTAL	4	100,00	26	100,00	30	100,00

Fuente: Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Elaboración: Moreira Bravo Vicenta Aracely y Zambrano Arcentales Humberto Enrique

GRÁFICO N° 3.



Análisis e interpretación de los resultados:

Las historias clínicas, determinaron en lo que respecta al Estado Civil que el mayor porcentaje de la población en estudio el 63,34% son Casados, al distribuirlos por género un 75% de los Hombres y un 61,54% de las Mujeres estaban casados, este dato demográfico es importante ya que la enfermedad condiciona una disminución de los ingresos económicos familiares de al menos el 50%, como lo señala, Burgos, R., Arispe, J., & Arias, A(2009). En su artículo, sobre Artritis Reumatoidea.

TABLA N° 4

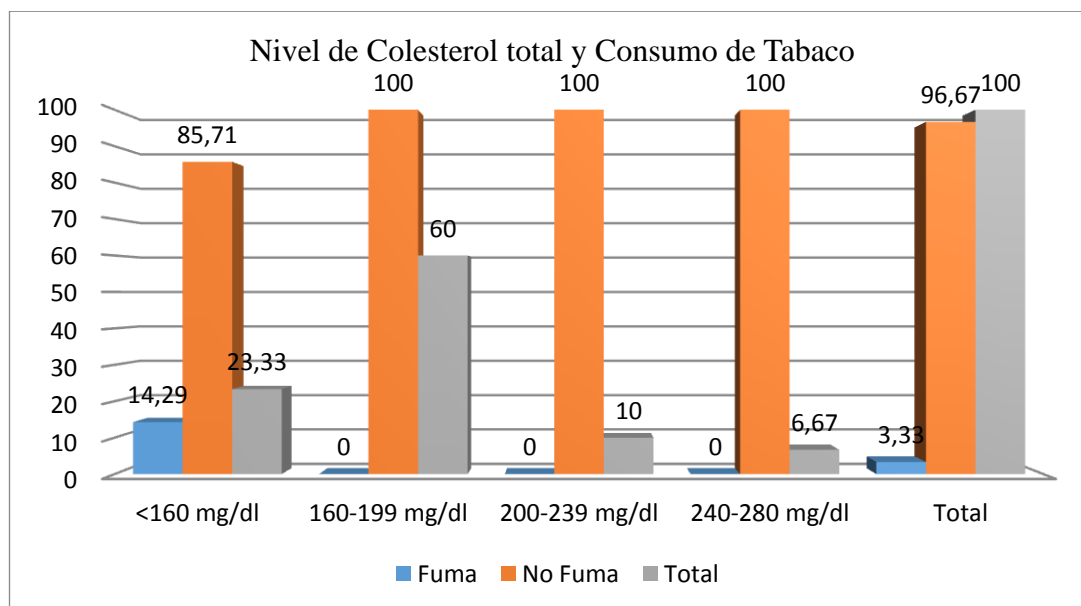
NIVEL DE COLESTEROL TOTAL EN SAGRE Y CONSUMO DE TABACO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014

Tabaco	Fuma		No Fuma		Total	
		%		%		%
Colesterol Total						
<160	1	14,29	6	85,71	7	23,33
160-199	0	0,00	18	100,00	18	60,00
200-239	0	0,00	3	100,00	3	10,00
240-280	0	0,00	2	100,00	2	6,67
Total	1	3,33	29	96,67	30	100,00

Fuente: Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Elaboración: Moreira Bravo Vicenta Aracely y Zambrano Arcentales Humberto Enrique

GRÁFICO N° 4.



Análisis e interpretación de los resultados:

De la población en estudio la gran mayoría presentaba niveles de colesterol total dentro de los parámetros normales ya que el 60% presento valores entre 160-199mg/dl de colesterol total, seguido de un 23% para los que presentaban valores <160mg/dl, el resto de pacientes presento cierto grado de hipercolesterolemia, así tenemos que el 10% presento valores entre 200-239mg/dl y el 7% entre 240-280mg/dl. En cuanto al consumo de tabaco el 97% de los pacientes no consumía tabaco, y solo el 3% lo consumía. Por lo tanto el consumo de tabaco no fue uno de los factores de riesgo cardiovasculares que predomino en nuestra población de estudio. Aunque Aletaha. D. (2010) en su artículo sobre los criterios de clasificación de artritis reumatoidea, encontró un aumento de la morbilidad entre varones fumadores pero no entre las mujeres que padecen la enfermedad, produciendo un acortamiento de la vida de 3 a 10 años.

TABLA N° 5.

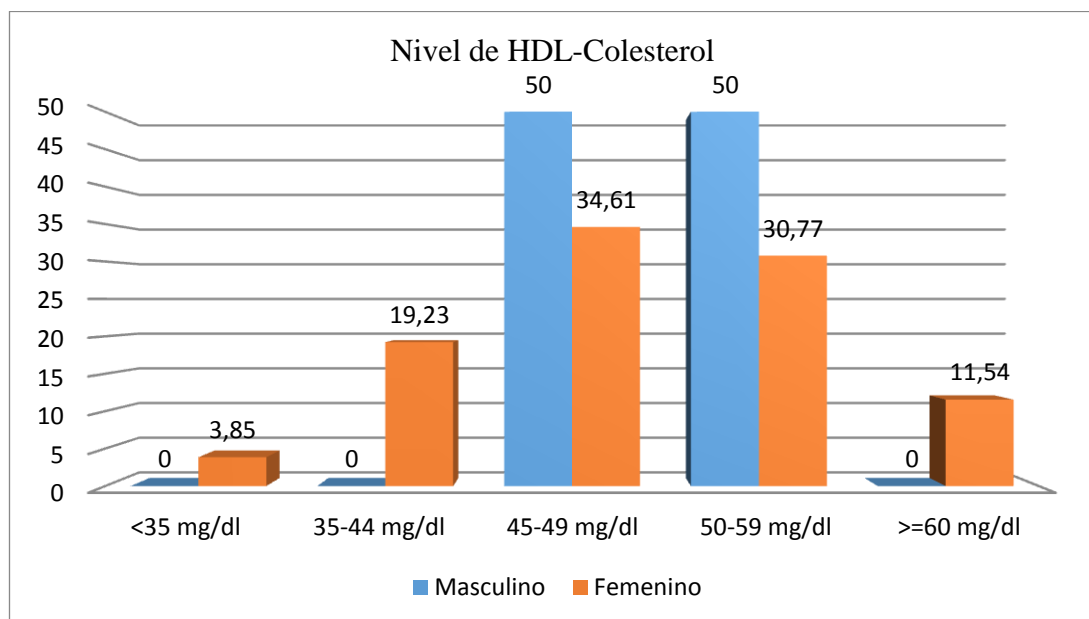
NIVEL DE HDL-COLESTEROL EN SANGRE Y GÉNERO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014

Género	Masculino		Femenino	
	HDL-Colesterol	%	HDL-Colesterol	%
<35 mg/dl	0	0,00	1	3,85
35-44 mg/dl	0	0,00	5	19,23
45-49 mg/dl	2	50,00	9	34,61
50-59 mg/dl	2	50,00	8	30,77
>=60 mg/dl	0	0,00	3	11,54
Total	4	100,00	26	100,00

Fuente: Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Elaboración: Moreira Bravo Vicenta Aracely y Zambrano Arcentales Humberto Enrique

GRÁFICO N° 5.



Análisis e interpretación de los resultados:

En las historias clínicas, se pudo establecer que la mayoría de la población en estudio presento niveles de HDL-Colesterol normales, así tenemos que los hombres presentaron valores entre 45-49mg/dl en un 50% y otro 50% entre 50-59mg/dl; en cuanto a las mujeres un mínimo porcentaje el 3,85% presento niveles de HDL-Colesterol por debajo de los 35mg/dl, mientras que la gran mayoría presento niveles normales siendo los más representativos los valores de HDL-Colesterol entre 45-49 y 50-59 mg/dl con un 34,61% y 30,77% respectivamente; por lo tanto solo un pequeño porcentaje presento cierto grado de dislipidemia. A pesar que no existen estudios estadísticos sobre HDL-Colesterol en Artritis Reumatoidea se encontraron los resultados antes mencionados.

TABLA N° 6.

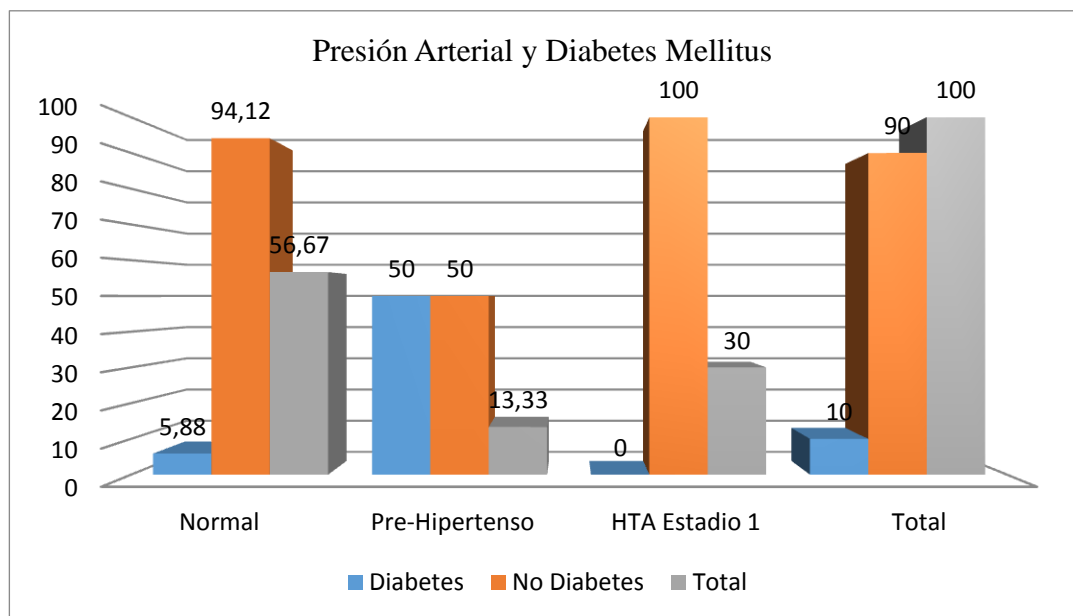
PRESION ARTERIAL Y DIABETES MELLITUS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014

Diabetes Mellitus / Presión Arterial	Diabetes		No Diabetes		Total	
		%		%		%
Normal	1	5,88	16	94,12	17	56,67
Pre-Hipertenso	2	50,00	2	50,00	4	13,33
HTA Estadio 1	0	0,00	9	100,00	9	30,00
Total	3	10,00	27	90,00	30	100,00

Fuente: Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Elaboración: Moreira Bravo Vicenta Aracely y Zambrano Arcentales Humberto Enrique

GRÁFICO N° 6.



Análisis e interpretación de los resultados:

En las historias clínicas, se pudo determinar que el 56,67% de la población estudiada presento una presión arterial dentro de los valores normales, de los cuales un 94,12% no presento Diabetes Mellitus como comorbilidad asociada y solo un 5,88 si la presento; un 13,33% se lo clasifico como pre-hipertenso, de los cuales un 50% eran Diabéticos; el 30% se encontraron en Estadio 1 de Hipertensión Arterial pero ninguno de ellos padecía de Diabetes. Al Analizar la Diabetes Mellitus como factor de Riesgo Cardiovascular aislado solo un 10% de la población de estudio padecía esta enfermedad; Por lo tanto, dentro de los Factores de Riesgo cardiovasculares estudiados en estos pacientes con Artritis Reumatoidea, la Hipertensión Arterial fue uno de los componentes más predominantes al momento de valorar el riesgo cardiovascular.

TABLA N° 7

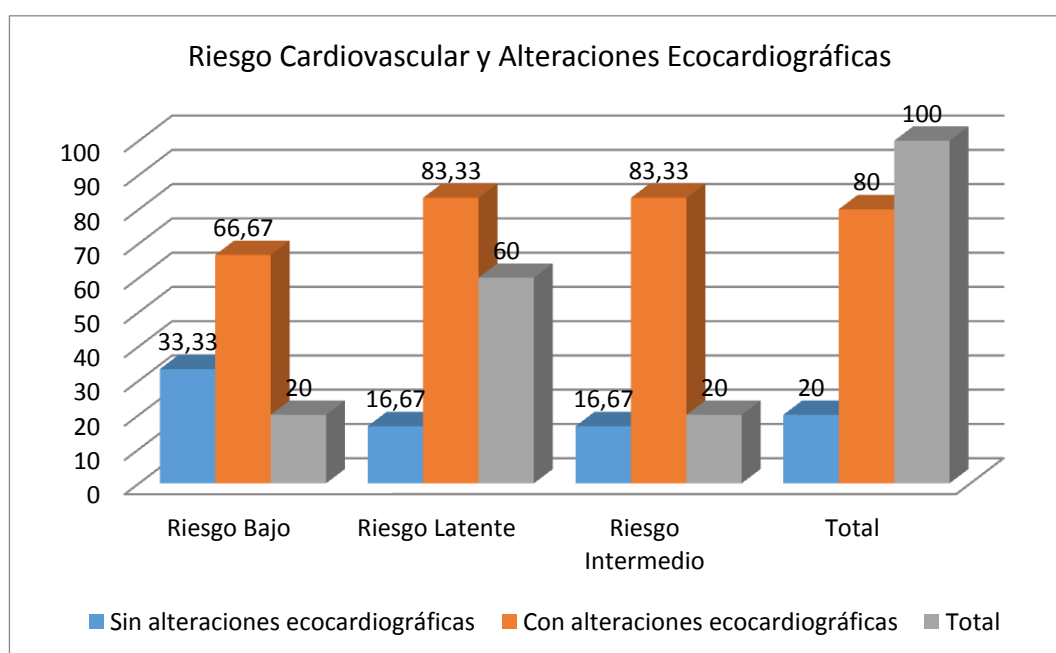
RIESGO CARDIOVASCULAR Y ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014

Alteraciones Ecocardiográficas	Sin alteraciones ecocardiográficas		Con alteraciones ecocardiográficas		Total	
	Riesgo Cardiovascular	%	Riesgo Cardiovascular	%	Riesgo Cardiovascular	%
Riesgo Bajo	2	33,33	4	66,67	6	20,00
Riesgo Latente	3	16,67	15	83,33	18	60,00
Riesgo Intermedio	1	16,67	5	83,33	6	20,00
Total	6	20,00	24	80,00	30	100,00

Fuente: Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Elaboración: Moreira Bravo Vicenta Aracely y Zambrano Arcentales Humberto Enrique

GRÁFICO N° 7.



Análisis e interpretación de los resultados:

Se valoró el riesgo Cardiovascular de la población de estudio mediante la escala de Framingham por categorías mediante las variables de edad, género, presión arterial, diabetes, colesterol total, HDL-colesterol y tabaquismo. A fin de determinar que independientemente del riesgo cardiovascular los pacientes con Artritis reumatoidea tiene mayor predisposición a compromiso cardiovascular. Los resultados revelaron que el 60% de los pacientes se encontraban en riesgo latente, mientras que el riesgo bajo e intermedio fue de un 20% cada uno; ningún paciente se encontró en Riesgo cardiovascular alto; de los pacientes con riesgo cardiovascular latente (<8% de presentar un evento cardiovascular en los próximos 10 años) el 83,33% presento alteraciones ecocardiográficas, el mismo porcentaje se observó en pacientes con riesgo cardiovascular intermedio (8-20% de presentar un evento cardiovascular en los próximos 10 años) por lo tanto los hallazgos encontrados en cuanto a alteraciones ecocardiográficas no dependieron del riesgo cardiovascular de los pacientes; hecho que se refuerza por Nicola PJ y col. (2005) en su estudio poblacional de más de 46 años sobre el riesgo de insuficiencia cardíaca congestiva en Artritis Reumatoide en el que encontró que los pacientes con AR tienen dos veces más riesgo de presentar falla cardíaca que aquellos que no tienen la enfermedad, independiente de la presencia de otros factores de riesgo.

TABLA N° 8.

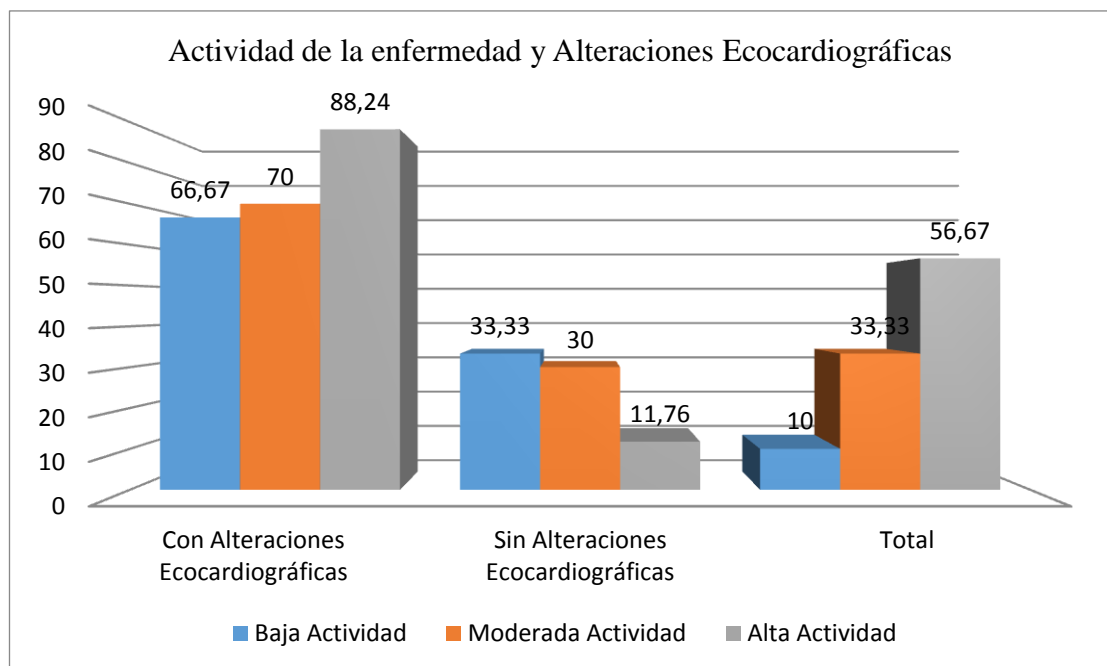
RELACIÓN ENTRE LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD Y ALTERACIONES
ECOCARDIOGRAFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA
SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO
SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014

Alteraciones Ecocardiográficas	Con Alteraciones Ecocardi- gráficas		Sin Alteraciones Ecocardi- gráficas		Total	
	Actividad de la Enfermedad	%	%	%	%	%
Baja	2	66,67	1	33,33	3	10,00
Moderada	7	70,00	3	30,00	10	33,33
Alta	15	88,24	2	11,76	17	56,67
Total	24	80,00	6	20,00	30	100,00

Fuente: Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Elaboración: Moreira Bravo Vicenta Aracely y Zambrano Arcentales Humberto Enrique

GRÁFICO N° 8.



Análisis e interpretación de los resultados:

De la relación entre la Actividad de la enfermedad y la presencia de alteraciones ecocardiográficas se obtuvo que el 56,67% de nuestros pacientes se encontraban en Actividad Alta de la enfermedad, de este porcentaje el 88,24% presento alteraciones ecocardiográficas; el 33,33% de los pacientes se encontraba en actividad Moderada y de estos el 70% presentaron alteraciones ecocardiográficas; por último el 10% restante de los pacientes tenían una Actividad Baja de la enfermedad con un 66,67% de presencia de alteraciones ecocardiográficas. Estos resultados nos demuestran que a mayor de actividad de la enfermedad mayor es la posibilidad de presentar alteraciones cardiovasculares, ya que la actividad al relacionarse directamente al proceso inflamatorio, refuerza la teoría de Maldonado José, et al; 2010 en la que expresa que los pacientes con artritis reumatoidea tienen mayor incidencia de eventos cardiovasculares debido a una aterosclerosis acelerada por una disfunción endotelial provocada por la inflamación vascular crónica y sistémica

TABLA N° 9.

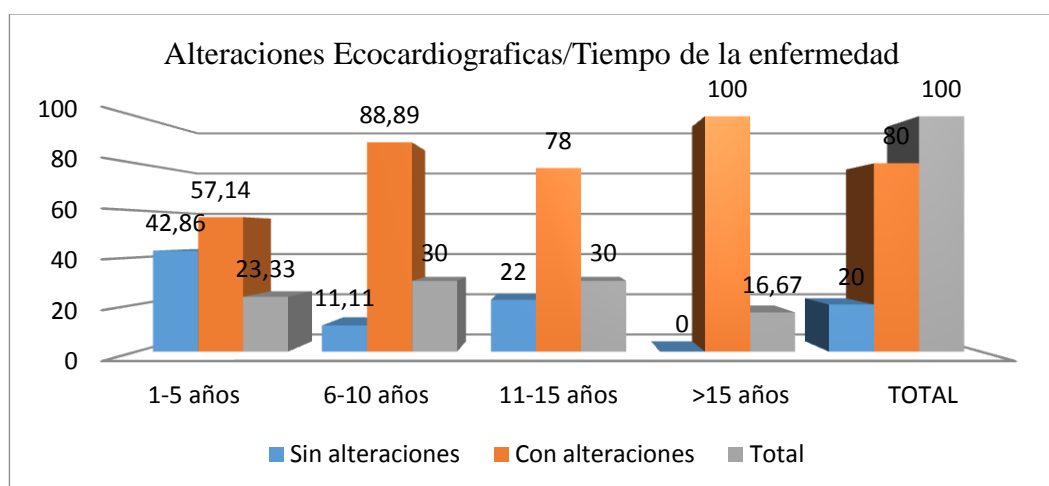
RELACION ENTRE TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD Y ALTERACIONES ECOCARDIOGRAFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014

Alteraciones Ecocardiográficas Tiempo de la enfermedad	Sin alteraciones		Con alteraciones		Total	
		%		%		%
1-5 años	3	42,86	4	57,14	7	23,33
6-10 años	1	11,11	8	88,89	9	30,00
11-15 años	2	22,00	7	78,00	9	30,00
>15 años	0	0,00	5	100,00	5	16,67
Total	6	20,00	24	80,00	30	100,00

Fuente: Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Elaboración: Moreira Bravo Vicenta Aracely y Zambrano Arcentales Humberto Enrique

GRÁFICO N° 9.



Análisis e interpretación de los resultados:

Al relacionar el tiempo de evolución de la enfermedad con las alteraciones ecocardiográficas en los pacientes con artritis reumatoidea con >15 años con la enfermedad el 100% presento alteraciones ecocardiográficas, en los que tenían 11-15 años con la enfermedad el 78% presento alteraciones ecocardiográficas mientras que el 22% no, lo cual demuestra que a mayor tiempo de la enfermedad mayor serán las probabilidades de presentar alteraciones ecocardiográficas. Lo cual pone en evidencia que los pacientes con artritis reumatoidea tienen mayor incidencia de eventos cardiovasculares como infarto agudo de miocardio y accidentes cerebro vasculares fatales y no fatales con respecto a la población en general donde se ha encontrado que la incidencia de lesiones cardiovasculares puede ser hasta del 50%, como lo indica Gustavo E. y Roncancio Villamil. (2012)

TABLA N° 10.

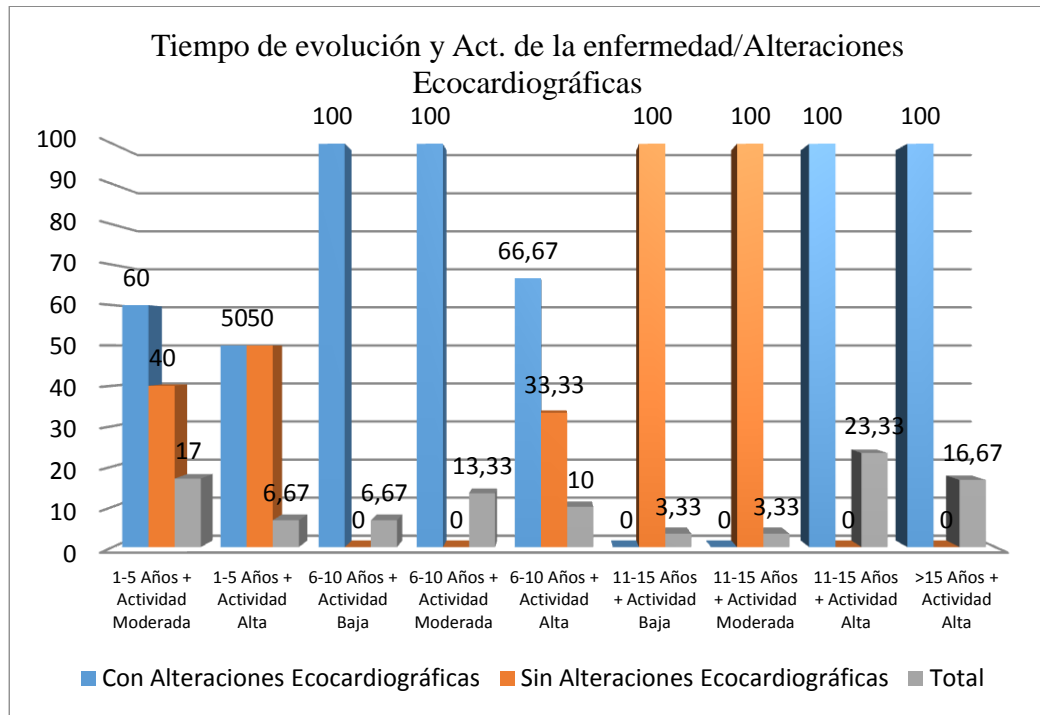
RELACION ENTRE EL TIEMPO DE EVOLUCION Y LA ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD CON LAS ALTERACIONES ECOCARDIOGRAFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014

Alteraciones Ecocardiográficas Tiempo De Evolución Y Act. De La Enfermedad	Con Alteraciones Ecocardiográficas		Sin Alteraciones Ecocardiográficas		Total	
		%		%		%
1-5 Años + Actividad Moderada	3	60,00	2	40,00	5	17
1-5 Años + Actividad Alta	1	50,00	1	50,00	2	6,67
6-10 Años + Actividad Baja	2	100,00	0	0,00	2	6,67
6-10 Años + Actividad Moderada	4	100,00	0	0,00	4	13,33
6-10 Años + Actividad Alta	2	66,67	1	33,33	3	10,00
11-15 Años + Actividad Baja	0	0,00	1	100,00	1	3,33
11-15 Años + Actividad Moderada	0	0,00	1	100,00	1	3,33
11-15 Años + Actividad Alta	7	100,00	0	0,00	7	23,33
>15 Años + Actividad Alta	5	100,00	0	0,00	5	16,67
TOTAL	24	80,00	6	20,00	30	100,00

Fuente: Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Elaboración: Moreira Bravo Vicenta Aracely y Zambrano Arcentales Humberto Enrique

GRÁFICO N° 10.



Análisis e interpretación de los resultados:

Los resultados determinaron que el 100% de los pacientes con artritis reumatoidea seropositiva entre 11 a 15 años y >15 años con la enfermedad que se encontraban con alta actividad de la misma presentaron alteraciones ecocardiográficas evidenciando, que los pacientes con artritis reumatoidea con más de 10 años de evolución y alta actividad de la enfermedad tienen mayor incidencia de compromiso cardiovascular, se presume que esto se debería a una aterosclerosis acelerada debida a disfunción endotelial provocada por la inflamación vascular crónica y sistémica, reportado por Maldonado José, et al,(2010). Por lo tanto es aconsejable hacer una evaluación cardiaca completa a estos pacientes que incluya un examen ecocardiográfico como método de screening en esta patología.

TABLA N° 11.

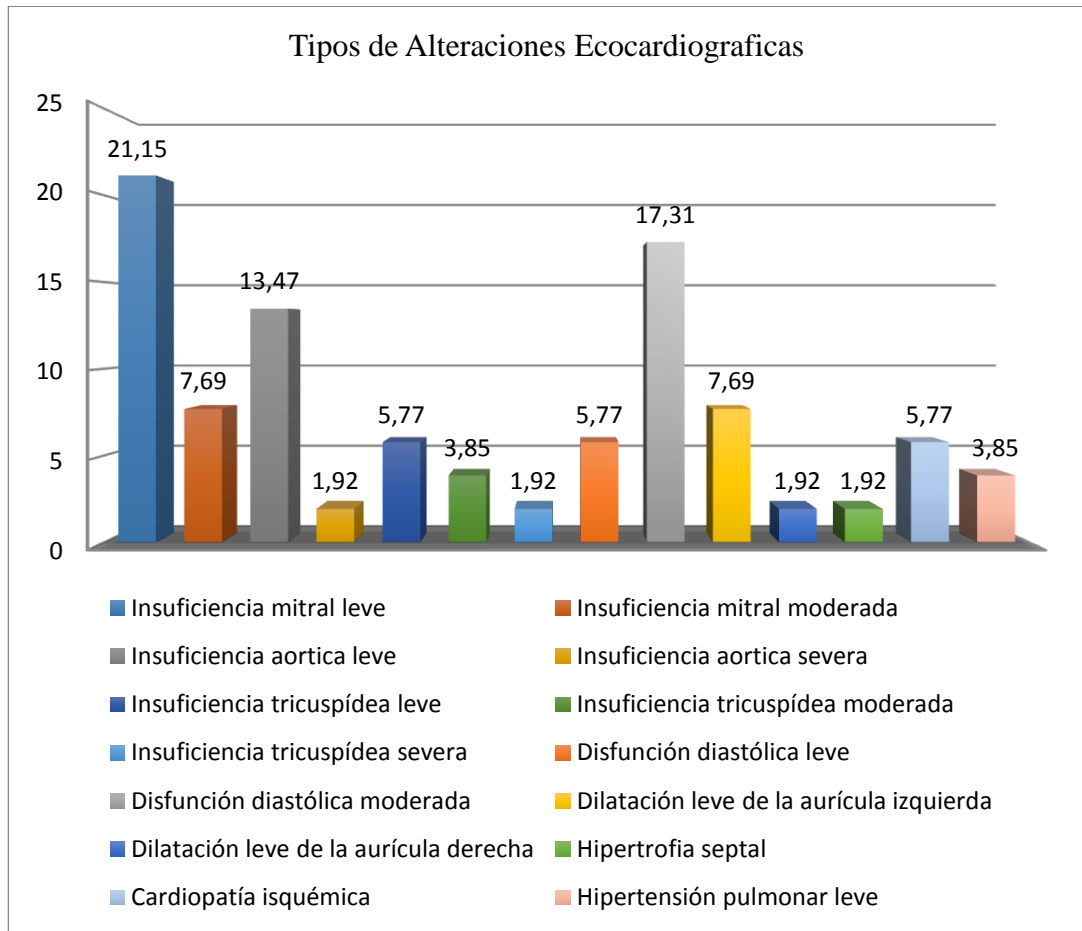
TIPOS DE ALTERACIONES ECOCARDIOGRAFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA DE PORTOVIEJO SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014

Alteraciones Cardiovasculares	Frecuencia	%
Insuficiencia mitral leve	11	21,15
Insuficiencia mitral moderada	4	7,69
Insuficiencia aortica leve	7	13,47
Insuficiencia aortica severa	1	1,92
Insuficiencia tricuspídea leve	3	5,77
Insuficiencia tricuspídea moderada	2	3,85
Insuficiencia tricuspídea severa	1	1,92
Disfunción diastólica leve	3	5,77
Disfunción diastólica moderada	9	17,31
Dilatación leve de la aurícula izquierda	4	7,69
Dilatación leve de la aurícula derecha	1	1,92
Hipertrofia septal	1	1,92
Cardiopatía isquémica	3	5,77
Hipertensión pulmonar leve	2	3,85
Total	52	100,00

Fuente: Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

Elaboración: Moreira Bravo Vicenta Aracely y Zambrano Arcentales Humberto Enrique

GRAFICO N° 11.



Análisis e interpretación de los resultados:

La tabla y grafico expuestos muestran todas las alteraciones ecocardiográficas encontradas en los pacientes con Artritis Reumatoidea seropositiva, teniendo en cuenta que la mayoría de estos pacientes presentaban más de una alteración cardiovascular, pero hemos decidido colocarlas individualmente para poder determinar cuáles fueras las alteraciones ecocardiográficas más frecuentes. La alteración ecocardiográfica más frecuente fue la insuficiencia Mitral leve con un 21,15%, si a este resultado le sumamos el porcentaje de la insuficiencia mitral moderada que fue del 7,69%, tendremos que el compromiso de la Válvula Mitral fue del 28,84% en total; la segunda alteración

ecocardiográfica más frecuente fue la disfunción diastólica moderada con un 17,31%, seguida de la insuficiencia aortica leve 13,47%. Estos resultados demuestran lo indicado en la literatura que la afectación cardiovascular más frecuente en los pacientes con Artritis Reumatoidea implica el compromiso endocárdico como expresa Hernández López E, Chaine RA, Anastassiades P, (2010). En su Estudio ecocardiográfico de la afectación cardíaca en la artritis reumatoide, en el que indica que cualquier válvula puede ser afectada, sola o en combinación de otras, siendo la válvula mitral la más afectada y en su orden siguen la aórtica, tricúspide y pulmonar.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES

Las historias clínicas en el periodo de estudio determinaron que la Artritis reumatoidea se presenta con mayor frecuencia en el género femenino que en el masculino con un 86,67% para la población femenina y con una relación mujer/hombre de 6.5:1. Dicha patología fue más frecuente en pacientes entre 57 a 66 años con un 30%, predominado el género femenino con el 88,89%. La mayor parte de la población de estudio el 53,33% procedía del sector Urbano Marginal con una instrucción académica primaria, secundaria y superior del 43,75%, 43,75% y 12,50% respectivamente. Además el 63,34% de los pacientes eran Casados. Pudiendo determinar el Género y la edad son los factores demográficos de mayor relevancia clínica.

Al relacionar la Actividad de la enfermedad y la presencia de alteraciones ecocardiográficas se obtuvo que el 56,67% de nuestros pacientes se encontraban en Actividad Alta de la enfermedad, de este porcentaje el 88,24% presento alteraciones ecocardiográficas; el 33,33% de los pacientes se encontraba en actividad Moderada y de estos el 70% presentaron alteraciones ecocardiográficas; demostrando que a mayor de actividad de la enfermedad mayor es la posibilidad de presentar alteraciones cardiovasculares.

De la relación del tiempo de evolución de la enfermedad con las alteraciones ecocardiográficas en los pacientes con >15 años con la enfermedad el 100% presento alteraciones ecocardiográficas, en los que tenían 11-15 años con la enfermedad el 78% presento alteraciones ecocardiográficas, lo cual pone en manifiesto que a mayor tiempo

de la enfermedad mayor serán las probabilidades de presentar alteraciones ecocardiográficas.

La alteración ecocardiográfica más frecuente fue la insuficiencia Mitral leve con un 21,15%, sumado el porcentaje de la insuficiencia mitral moderada 7,69%, el compromiso de la Válvula Mitral fue del 28,84%; la segunda alteración ecocardiográfica más frecuente fue la disfunción diastólica moderada con un 17,31%, seguida de la insuficiencia aortica leve 13,47%. Lo cual demuestra que el compromiso Valvular es la afectación cardiovascular más frecuente en la Artritis Reumatoidea seropositiva, siendo la válvula Mitral es la más afectada.

Se valoró el riesgo Cardiovascular de la población de estudio revelando que el 60% de los pacientes se encontraban en riesgo latente, mientras que el riesgo bajo e intermedio fue de un 20% cada uno; ningún paciente se encontró en Riesgo cardiovascular alto; de los pacientes con riesgo cardiovascular latente el 83,33% presento alteraciones ecocardiográficas, el mismo porcentaje se observó en pacientes con riesgo cardiovascular intermedio, demostrando que las alteraciones ecocardiográficas encontradas no dependieron del riesgo cardiovascular de los pacientes.

Se realizó la creación de un grupo formado por los pacientes con artritis reumatoidea, a los cuales se les impartieron charlas educativas y entregó material didáctico incentivando la adherencia al tratamiento por parte de los pacientes. Se concluyó que la mayoría de los pacientes no conocían mucho sobre su enfermedad, y que debido a esto muchos abandonaban el tratamiento, finalmente se comprometió a los

pacientes a asistir a futuras charlas educativas acerca de su enfermedad a fin de mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

RECOMENDACIONES

Al Hospital Verdi Cevallos Balda:

Es necesario mantener la formación del grupo multifuncional (informativo-apoyo) de Artritis Reumatoidea para continuar incentivando la adherencia al tratamiento en los pacientes con artritis reumatoidea atendidos en la consulta externa subsecuente en esta entidad de salud.

Implementar programas de información y capacitación dirigidos a los pacientes con esta patología para mejorar su calidad de vida.

Realizar una valoración cardiológica completa que incluya un examen ecocardiográfico a pacientes con Artritis Reumatoidea con más de 10 años con la enfermedad y que mantengan actividad alta de la misma, como método de screening para la detección de compromiso cardiovascular silente en estos pacientes

A la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Manabí:

Incluir dentro de las líneas prioritarias de investigación, temas relacionados a la artritis reumatoidea, y de ser posible incluir dentro del pensum académico la cátedra de reumatología ya que, no solo la Artritis Reumatoidea sino muchas otras enfermedades autoinmunes son poco conocidas por el médico general

Al Ministerio de Salud Pública:

Sugerir a las autoridades de la salud, que a más del diagnóstico y tratamiento de la Artritis reumatoidea, se conforme un equipo multidisciplinario para la prevención de

futuras complicaciones mediante programas de difusión y charlas sobre las patologías y cuidados de las personas con artritis reumatoidea.

Capacitar al personal de subcentros y centros de salud a nivel nacional sobre el diagnóstico o sospecha temprana sobre esta patología para su pronta referencia a centros de atención especializada.

Orientar a los pacientes sobre la importancia de un adecuado control de su patología, y del cumplimiento del esquema terapéutico, para evitar posteriores complicaciones y mejorar su calidad de vida.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES VALORADO (2013)

ACTIVIDADES	Meses						RECURSOS A UTILIZAR		
	Sep	Oct	Nov	Dic	En	Feb	Humano	Materiales	Otros
Organización y selección de la Información recopilada para la presentación al Director de Tesis							Autores de Investigación	Hojas de papel Fotocopias e Internet	Alimentación y transporte
Elaboración de instrumentos y Recolección de información y presentación al Director de Tesis							Autores de Investigación	Lapiceros, marcadores CDs, cuadernos	Imprevistos y Transporte
Definición de hallazgos y elaboración del informe Preliminar para la presentación del Director de Tesis y Tribunal de Evaluación y Seguimiento							Autores de Investigación	Copias	Transporte e imprevistos
Tabulación de resultados y elaboración del informe final para la presentación al Director de Tesis							Autores de Investigación	Copias	Transporte e imprevistos
Revisión y corrección final de La Tesis de Grado por parte del Director de Tesis y Tribunal de Evaluación y Seguimiento							Autores de Investigación	Impresión Trascripción	Empastado, derechos, otros
Aprobación del Director De Tesis y Miembros del Tribunal.							Autores de Investigación	Especies y valores	Alquiler de Infocus

PRESUPUESTO DE GASTOS

Gastos de transporte	150
Impresión de artículos	200
Gastos de internet	135
Gastos de teléfono	50
Gastos de fotocopias	201
Informes	107
Gastos de encuadernación	98
Propuesta	162
Imprevistos	110
Total	1213

CAPITULO V

PROPUESTA.

TÍTULO.

Incentivar la adherencia al tratamiento en los pacientes con artritis reumatoidea atendidos en el área de consulta externa subsecuente del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda, Septiembre 2013 Febrero 2014

JUSTIFICACIÓN.

Múltiples investigaciones demuestran que quienes padecen de Artritis Reumatoidea, en particular las personas cuya enfermedad no está bien tratada, pueden tener un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares. La morbimortalidad de esta patología es mayor en comparación con la población general y esto se debe en parte a las enfermedades cardiovasculares que se presentan con mayor frecuencia en éstos pacientes; siendo considerada en la actualidad como un factor de riesgo más, sin restarle importancia.

Por lo que mediante la formación de un grupo multifuncional (informativo-apoyo) para incentivar la adherencia al tratamiento en los pacientes con artritis reumatoidea atendidos en la consulta externa con esta dolencia, es un elemento que define, durante un período de tiempo determinado, un modelo de atención para un problema de salud trascendente, de forma que se contemplen todos los aspectos del mismo.

En el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, se dan muchos casos sobre esta patología, por lo que en este sentido, con la formación de un grupo multifuncional para incentivar la adherencia al tratamiento en los pacientes con artritis reumatoidea un instrumento que permitirá un mejor tratamiento de la Artritis Reumatoidea requiere más que tan sólo los medicamentos. La educación del paciente, por ejemplo con respecto a cómo hacer frente a la enfermedad, también es importante, tomando en cuenta las deformaciones y limitaciones físicas q causa.

Por estas y más razones nuestro interés en la formación de un grupo multifuncional creado con pacientes diagnosticados de artritis reumatoidea y así fomentar una mejor calidad de vida para ellos y sus familias.

OBJETIVOS.

OBJETIVO GENERAL.

Formación de un grupo multifuncional (informativo-apoyo) para incentivar la adherencia al tratamiento en los pacientes con artritis reumatoidea atendidos en la consulta externa subsecuente del Hospital Dr. Verdi Cevallos Balda.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

Realizar charlas grupales con el fin de incentivar la adherencia al tratamiento y evitar la progresión de la enfermedad en la población en estudio.

Informar sobre nociones básicas (Actividad física, normas dietéticas) encaminadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes en estudios.

Distribuir material didáctico a la población en estudio y respectivos familiares en la consulta externa del hospital.

BENEFICIARIOS

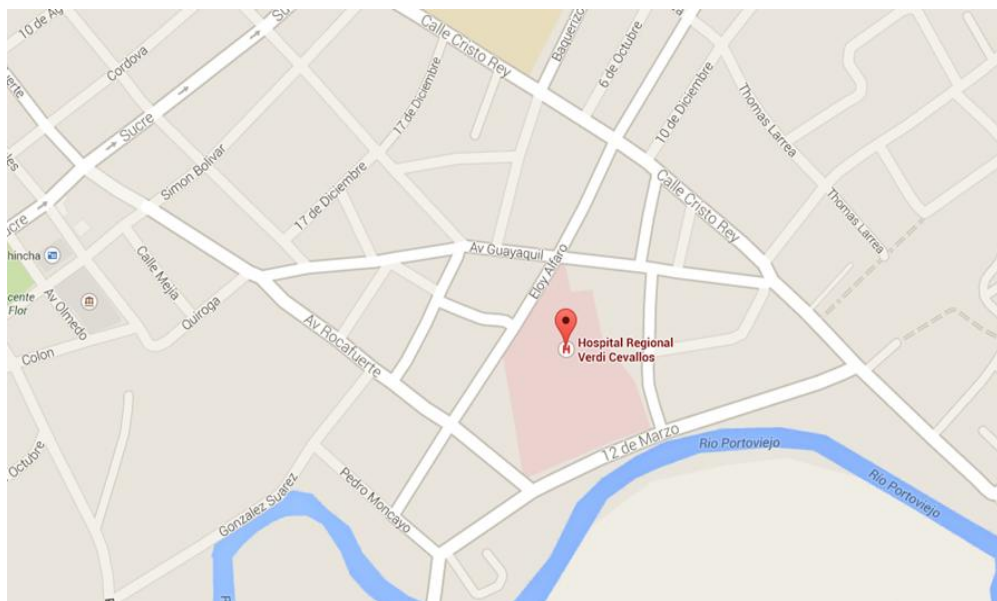
Los beneficiarios de esta propuesta serán las pacientes, los médicos tratantes y residentes del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo

RESPONSABLES

Los responsables de llevar a cabo esta propuesta son los egresados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Carrera de Medicina, Moreira Bravo Vicenta Aracely y Zambrano Arcentales Humberto Enrique.

UBICACIÓN SECTORIAL Y FÍSICA.

La propuesta se llevó a cabo en las instalaciones del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda, con el objetivo de realizar charlas grupales con el fin de incentivar la adherencia al tratamiento y evitar la progresión de la enfermedad en la población en estudio e informar sobre nociones básicas (Actividad física, normas dietéticas) encaminadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes en estudios.



FUENTE: Google Maps(Google)

FACTIBILIDAD.

Esta propuesta es factible ya que se la efectuó en el Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda en donde se realizó el estudio, y se constató la falta de conocimientos sobre esta patología, de ahí la importancia de realizar charlas grupales con el fin de incentivar la adherencia al tratamiento y evitar la progresión de la enfermedad en la población en estudio e informar sobre nociones básicas (Actividad física, normas dietéticas) encaminadas a mejorar la calidad de vida de los pacientes en estudios. Para lo cual se hizo conocer a los directivos de esta entidad sobre el estudio y desarrollo de la posterior propuesta.

ACTIVIDADES.

Entrega de material didáctico a la población en estudio y respectivos familiares en la consulta externa del hospital, que permitan conocer las normas de auto cuidado del paciente con artritis reumatoidea, mediante charlas informativas sobre hábitos y posibles riesgos a pacientes, médicos tratantes y residentes d del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda de Portoviejo.

RECURSOS.

HUMANOS:

Médicos del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda

Pacientes con artritis reumatoidea

Investigadores.

MATERIALES:

Trípticos

Computador

Infocus

Pulseras de identificación para el grupo de artritis reumatoidea

INFRAESTRUCTURA.

Auditorio del Hospital Provincial Dr. Verdi Cevallos Balda.

IMPACTO

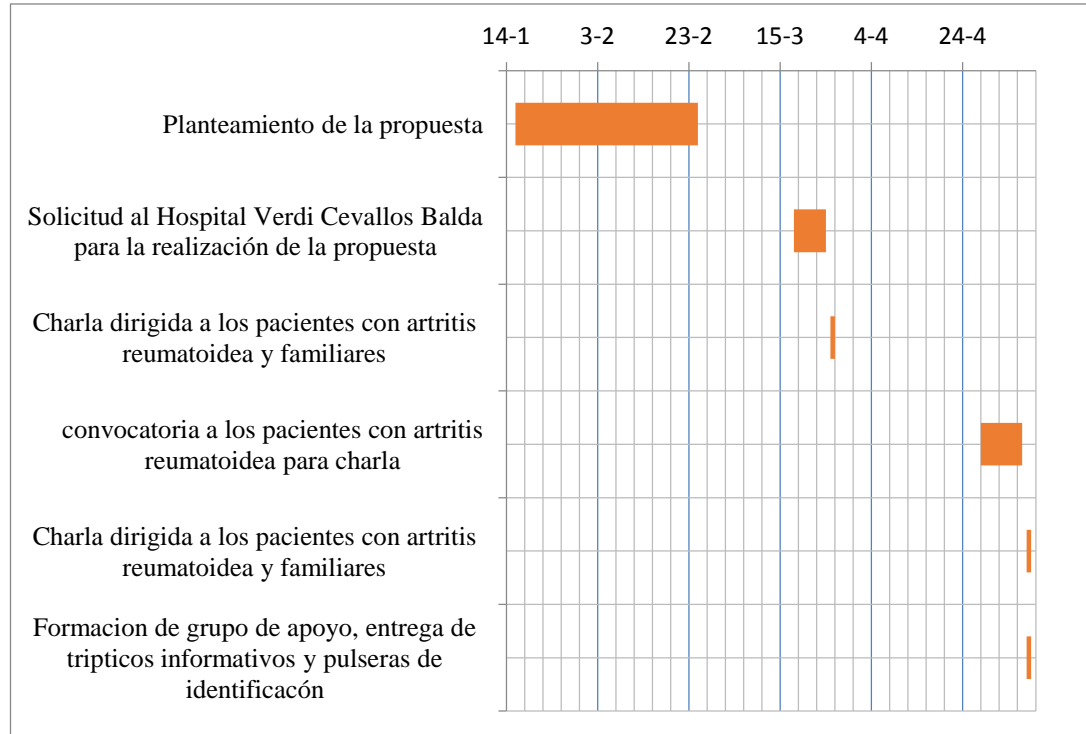
Con esta propuesta se logró sensibilizar al personal médico para que se valore minuciosamente al paciente con artritis reumatoidea, y a la población en estudio junto con sus familiares para adherirse al tratamiento, incentivándolos a seguir acudiendo a futuras charlas informativas con la finalidad de mejorar su calidad de vida y pronóstico a largo y corto plazo.

EVALUACIÓN

La formación del grupo (informativo/apoyo) de artritis reumatoidea se llevó a cabo el 08/05/2014, en las instalaciones del Hospital “Dr. Verdi Cevallos Balda” siendo las 08:00 am, contando con la participación de los pacientes con artritis reumatoidea seropositiva, familiares, presidente del comité de docencia del Hospital, presidente del tribunal del presente trabajo de titulación, médico reumatólogo de esta casa de salud, se realizó la entrega de trípticos informativos, y pulseras de identificación del grupo.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DIRIGIDAS A LA REALIZACION DE LA PROPUESTA PLANTEADA

Actividades	Fecha de inicio	Duración	fecha de finalización
Planteamiento de la propuesta	16/01/2014	40	25/02/2014
Solicitud al Hospital Verdi Cevallos Balda para la realización de la propuesta	18/03/2014	7	25/03/2014
Charla dirigida a los pacientes con artritis reumatoidea y familiares	26/03/2014	1	27/03/2014
Convocatoria a los pacientes con artritis reumatoidea para charla	28/04/2014	9	07/05/2014
Charla dirigida a los pacientes con artritis reumatoidea y familiares	08/05/2014	1	09/05/2014
Formación de grupo de apoyo, entrega de trípticos informativos y pulseras de identificación	08/05/2014	1	09/05/2014



PRESUPUESTO DE GASTOS DE PROPUESTA

Trípticos	50
Pulseras AR	40
Gastos De Teléfono	30
Gastos De Infocus	10
Refrigerios	20
Imprevistos	12
Total	162

REFERENCIAS

- Aletaha D. (2010). Criterios de clasificación de artritis reumatoidea. *Revista del colegio Americano y Europeo de Reumatología*, 52-59.
- Alvarez L. (2009). *Artritis reumatoidea, Generalidades*. Madrid, España: Díaz de Santos.
- Alzamora S, G. C. (2005). Índice de actividad y cronicidad cardiovascular en artritis reumatoidea. *Revista Peruana de Reumatología*, 3-6.
- Burgos R, A. J. (2009). Artritis reumatoidea. *Revista de medicina familiar* , 62-66.
- Camilleri JP, D.-J. A. (2005). Incompetencia rápidamente progresiva de la válvula aórtica en pacientes con artritis reumatoidea. *Revista Americana de Reumatología*, 45-46.
- Cárdenas Roldan J, A. A. (2012). Enfermedad tiroidea autoinmune en artritis reumatoidea, una perspectiva global. *Revista Colombiana de Reumatología*, 2012, 15.
- Díaz Petit, C. R. (2006). *Rehabilitación cardíaca en pacientes con artritis reumatoidea*. Mexico: Masson.
- Escalante A, K. R. (2009). Pericarditis en enfermedades reumáticas; Estudios de artritis reumatoidea en otras enfermedades reumáticas. *Revista Americana de Reumatología*, 33.
- Fernandez J, c. (2008). *Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoidea*. España: AEDOS.
- Fex, J. J. (2009). *Desarrollo del daño radiográfico durante los primeros 5 a 6 años de la artritis reumatoidea; Seguimiento prospectivo de un estudio Sueco*. Estados Unidos de América: Br J .
- Firestein G. (2011). Revisión de criterios para artritis reumatoidea. *Revista Americana de Reumatología*, 31.
- Google. (s.f.). *Google Maps*. Obtenido de Google Maps:
<https://www.google.es/maps/place/Hospital+Regional+Verdi+Cevallos/@-1.0575251,-80.4467951,17z/data=!4m2!3m1!1s0x902b8d48b0e65edf:0x76ce313e65c9b749>
- Gustavo E, R. V. (Agosto de 2012). *Manifestaciones cardíacas en artritis reumatoidea*. Obtenido de <http://scc.org.co/wpcontent/uploads/2012/08/capitulo14.pdf>
- Hernández López E, C. R. (2010). Estudios ecocardiográficos de enfermedad cardíaca en artritis reumatoidea. *Revista Americana de Reumatología*, 52-55.
- Imboden J, H. D. (2007). *Reumatología al día, diagnóstico y tratamiento*. USA: Mc Graw Hill, 2da edición.

- Kelly C, B. J. (2010). Enfermedad pericárdica crónica en pacientes con artritis reumatoidea. *Revista Americana de Reumatología, USA*, 13-15.
- Kokuina E. (2011). De la autoinmunidad a las enfermedades autoinmunes. *Revista Cubana de Reumatología*, 36-44.
- Levine A, D. W. (2009). Regurgitación aórtica en artritis reumatoidea y la necesidad de reemplazo valvular aórtico. *Revista de Cirugía cardiotorácica, USA*, 213-214.
- Lillacorta Acosta R, B. C. (2010). Alteraciones cardiovasculares en pacientes con artritis reumatoidea . *Revista Peruana de Reumatología*, 33.
- Lipsky PE, D. B. (2010). *Principios de Medicina interna Harrison ; Autoinmunidad y enfermedades autoinmunes*. Washington: Mc Graw-Hill 16th edición.
- Maldonado J, C. G. (2010). *Reumatología*. Buenos Aires: Ediciones Azurras.
- Mestanza M, Z. C. (2006). Prevalencia de las enfermedades reumatológicas en la población rural del Ecuador . *Revista de Reumatología clínica*, 16.
- Mitchell DM, S. P. (2007). Supervivencia, pronóstico y causa de muertes en artritis reumatoidea. *Revista Americana de Reumatología*, 23-26.
- Nomeir A, T. R. (2006). Manifestaciones cardíacas en artritis reumatoidea. *Ann Inter Med*, 800-806.
- Pasceri V, Y. E. (2009). *Historia de dos enfermedades, aterosclerosis y artritis reumatoidea*. Los Angeles, California.
- Pellikka P, S. F. (2007). Ejecución, interpretación y aplicación de la ecocardiografía en artritis reumatoidea. *Revista de la Sociedad Americana de Ecocardiografía*, 45.
- Pons E. (2009). *Cohorte latinoamericana de pacientes con artritis reumatología de reciente comienzo*. Mexico: GLADAR.
- Reumatología, S. E. (2010). *Guía de practica clínica para el manejo de artritis reumatoidea en España*. España: GUIPOAR.
- Reyes G, S. L. (2011). Artritis reumatoidea asociada a otras enfermedades autoinmunes. *Revista Cubana de Reumatología*, 6-11.
- Riachi D. (2011). Manifestaciones cardíacas en Artritis Reumatoidea. *Revista Colombiana de Reumatología*, 183-188.
- Román M, M. E. (2006). Aterosclerosis carotídea en patients con artritis reumatoidea. *Revista Americana de Reumatología*, 249.
- Sarmiento Monroe, A. A. (2012). Enfermedad cardiovascular en artritis reumatoidea. *Revista Colombiana de Reumatología*, 1-15.

Smith H, S. J. (2009). Miocarditis asociada a artritis reumatoidea. *Journal medicine USA*, 100-119.

V, V. D., K, V., & F, B. (2007). Polimorfismos genéticos en artritis reumatoidea. *Revista Europea de Reumatología*, 33.

ANEXOS

Criterios Revisados de la ARA para la Clasificación de la Artritis Reumatoide (AR)	
Rigidez matutina	Rigidez matutina en y alrededor de las articulaciones de al menos una hora de duración antes de su mejoría máxima.
Artritis de tres o más áreas articulares:	Al menos tres de ellas tienen que presentar simultáneamente hinchazón de tejidos blandos o líquido sinovial (no sólo crecimiento óseo) observados por un médico; las 14 posibles áreas articulares son las interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF), muñecas, codos, rodillas, tobillos y metatarsfalángicas (MTF).
Artritis de las articulaciones de las manos	Manifestada por hinchazón en al menos una de las siguientes áreas articulares: muñeca, metacarpofalángicas (MCF) o interfalángicas proximales (IFP).
Artritis simétrica	Compromiso simultáneo de las mismas áreas articulares (como se exige en 2) en ambos lados del cuerpo (se acepta la afección bilateral de interfalángicas proximales (IFP), metacarpofalángicas (MCF) o metatarsfalángicas (MTF) aunque la simetría no sea absoluta).
Factor Reumatoideo sérico:	Demostración de "factor reumatoide" sérico positivo por cualquier método.
Alteraciones radiográficas:	Alteraciones típicas de artritis reumatoide en las radiografías posteroanteriores de las manos y de las muñecas, que pueden incluir erosiones o descalcificación ósea indiscutible localizada o más intensa junto a las articulaciones afectas

(Riesgo de enfermedad coronaria total)

PASO 1

EDAD		
	PUNTUACIÓN	
	Hombre	Mujer
30-34	-1	-9
35-39	0	-4
40-44	1	0
45-49	2	3
50-54	3	6
55-59	4	7
60-64	5	8
65-69	6	8
70-74	7	8

PASO 2

DIABETES		
	PUNTUACIÓN	
	Hombre	Mujer
NO	0	0
SÍ	2	4

PASO 3

FUMADOR/A		
	PUNTUACIÓN	
	Hombre	Mujer
NO	0	0
SÍ	2	2

PASO 4

Colesterol total		
	PUNTUACIÓN	
	Hombre	Mujer
<160	-3	-2
160-199	0	0
200-239	1	1
240-279	2	1
>280	3	3

PASO 5

HDL COLESTEROL		
	PUNTUACIÓN	
	Hombre	Mujer
<35	2	5
35-44	1	2
45-49	0	1
50-59	0	0
>60	-2	-3

PASO 6

PRESIÓN ARTERIAL HOMBRES					
Sistólica	Diastólica				
	<80	80-84	85-89	90-99	>100
<120	0 Ptos.				
120-129	0 Ptos.				
130-139		1 Pto.			
140-159			2 Ptos.		
>160				3 Ptos.	

PRESIÓN ARTERIAL MUJERES					
Sistólica	Diastólica				
	<80	80-84	85-89	90-99	>100
<120	-3 Ptos.				
120-129	0 Ptos.				
130-139		0 Ptos.			
140-159			2 Ptos.		
>160				3 Ptos.	

Cuando la P.A. sistólica y diastólica aportan distinta puntuación se utiliza el mayor de los valores.

TABLA PARA LA CUANTIFICACIÓN DEL RIESGO EN FUNCIÓN DE LA PUNTUA-

Riesgo de ECV (10 años)		
PUNTOS	Hombre	Mujer
-2	2%	1%
-1	2%	2%
0	3%	2%
1	3%	2%
2	4%	3%
3	5%	3%
4	7%	4%
5	8%	4%
6	10%	5%
7	13%	6%
8	16%	7%
9	20%	8%
10	25%	10%
11	31%	11%
12	37%	13%
13	45%	15%
14	>53%	18%
15	>53%	20%
16	>53%	24%
>17	>53%	>27%

(Fuente: cita bibliográfica 16)

Fig. 1: Tabla de riesgo de Framingham por categoría, según colesterol total, ECV, enfermedad cardiovascular

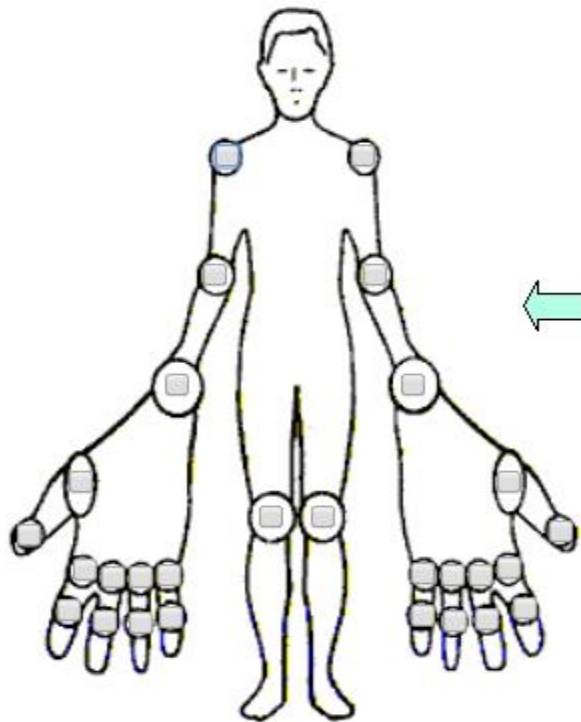


Fig. 2: Articulaciones valoradas con el score Dash 28

Joint Scores	
Tender:	<input type="text" value="0"/>
Swollen:	<input type="text" value="0"/>
To enter joint scores, I prefer to:	
<input checked="" type="radio"/> Use Mannequin <input type="radio"/> Type totals	
Additional Measures	
<input checked="" type="radio"/> ESR:	<input type="text"/> mm/hr
<input type="radio"/> CRP:	<input type="text"/> mg/l
<input checked="" type="checkbox"/> Patient Global Health:	<input type="text" value="0"/> mm
0 - Best Worst - 100	

Fig. 3: Parametros valorados en el Dash 28

CONSENTIMIENTO INFORMADO

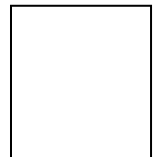
De la manera más respetuosa, nosotros los investigadores, le informamos que estamos realizando una encuesta sobre “ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD” la cual nos permitirá recolectar datos de usted, además se le realizará gratuitamente un estudio ecocardiográfico, que aportará de manera efectiva y directa, en el desarrollo de esta investigación el mismo que se realiza para poder: Obtener estadísticas confiable, sobre la problemática en cuestión Su participación es complemente voluntaria, si su respuesta es negativa no le causará ningún inconveniente con el servicio que actualmente está solicitando.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y conteste todas las preguntas, si necesita ayuda en alguna de las preguntas, solicítele al investigador que se la explique, antes de tomar una decisión.

A continuación, firme o coloque su huella del dedo pulgar de la mano izquierda y su número de cédula para autorizar la realización de la presente encuesta.

Gracias por su colaboración.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD:



FIRMA:

CUESTIONARIO DE ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD EN PACIENTES DEL ÁREA DE LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO 2014

Fecha: _____ CC: _____

1. ¿Qué Edad tiene usted?

17-26

47-56

27-36

57-66

37-46

>66

2. Indique a que genero pertenece

Masculino

Femenino

3. ¿En qué zona vive?

Urbano

Rural

Urbano marginal

4. ¿Cuál es su nivel de Instrucción académica?

Primer nivel

Segundo nivel

Tercer nivel

Cuarto nivel

Ninguno

5. ¿Cuál es su Estado civil?

Soltero

Divorciado

Casado

Unión libre

Viudo

6. Tabaquismo

Fuma

No fuma

7. ¿Padece usted Diabetes Mellitus?

Con Diabetes

Sin Diabetes

8. Indique sus valores de Colesterol

<160

240-280

160-199

>280

200-239

9. Indique sus valores de HDL-colesterol

<35

50-59

35-44

>=60

45-49

10. ¿Padece de Hipertensión Arterial? Si tiene HTA indique en q estadio se encuentra.

Pre hipertenso

HTA estadio 2

HTA estadio 1

No tiene HTA

11. ¿Cuál es el riesgo Cardiovascular que presenta?

Bajo riesgo

Riesgo intermedio

Riesgo latente

Riesgo alto

12. ¿Cuántas articulaciones dolorosas presenta?

13. ¿Cuántas articulaciones inflamadas presenta?

14. ¿Qué Valor de VSG presenta en sangre?

15. Dele un valor a su dolor de 0 a 100. Siendo 0 la ausencia de dolor y 100 la vez que ha sentido mayor dolor.

16. ¿En qué nivel de actividad se encuentra su enfermedad?

Remisión	<input type="checkbox"/>	Moderada actividad	
Leve actividad	<input type="checkbox"/>	Alta actividad	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>		

17. ¿Desde hace cuantos años padece Artritis reumatoidea

1-5años	<input type="checkbox"/>	11-15años	<input type="checkbox"/>
6-10años	<input type="checkbox"/>	>15años	<input type="checkbox"/>

Alteraciones Cardiacas demostradas por Ecocardiografía

1. ¿Qué alteraciones Valvulares se encontraron?

Válvula aortica _____

Válvula mitral _____

Válvula tricuspídea _____

Válvula pulmonar _____

2. ¿Qué alteraciones del Miocardio se encontraron?

3. ¿Hubo presencia de pericarditis?

4. ¿Qué alteraciones vasculares se encontraron?

Aortitis

Arteritis coronaria (cardiopatía isquémica)

5. ¿Hubo otras alteraciones cardiacas? ¿Cuáles?



Fig. 4: Evidencias fotográficas de las deformidades características presentes en los pacientes con artritis reumatoidea

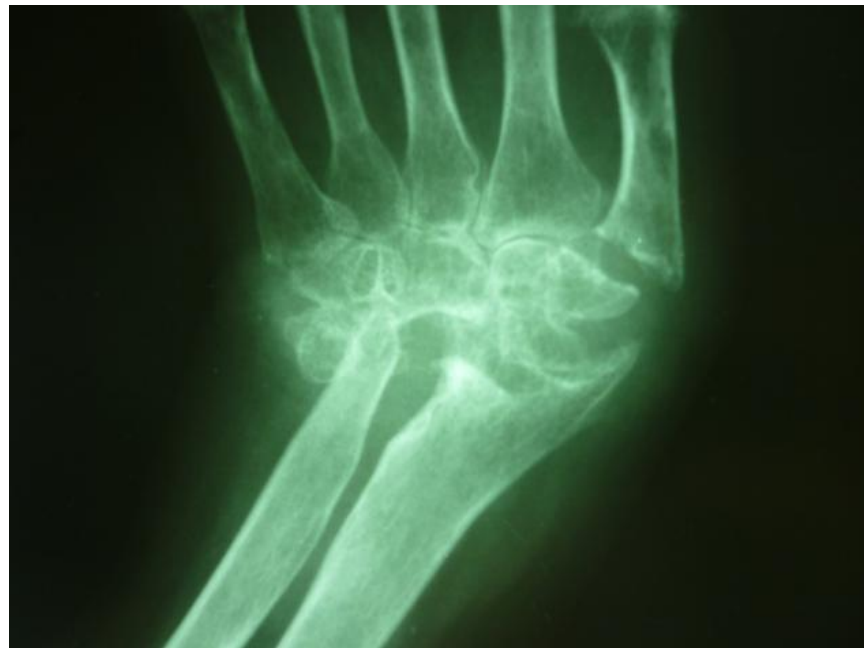


Fig. 5: Radiográficamente se pueden observar múltiples erosiones características de la enfermedad



Fig. 6-7: Evidencia fotográfica de la valoración de articulaciones inflamadas en los pacientes con artritis reumatoidea elegidos para el estudio ecocardiográfico, en la consulta externa de reumatología





Fig. 8: Evidencia fotografica de la realizacion de ecocardiogramas en los patients con artritis reumatoidea por parte del dr gabriel

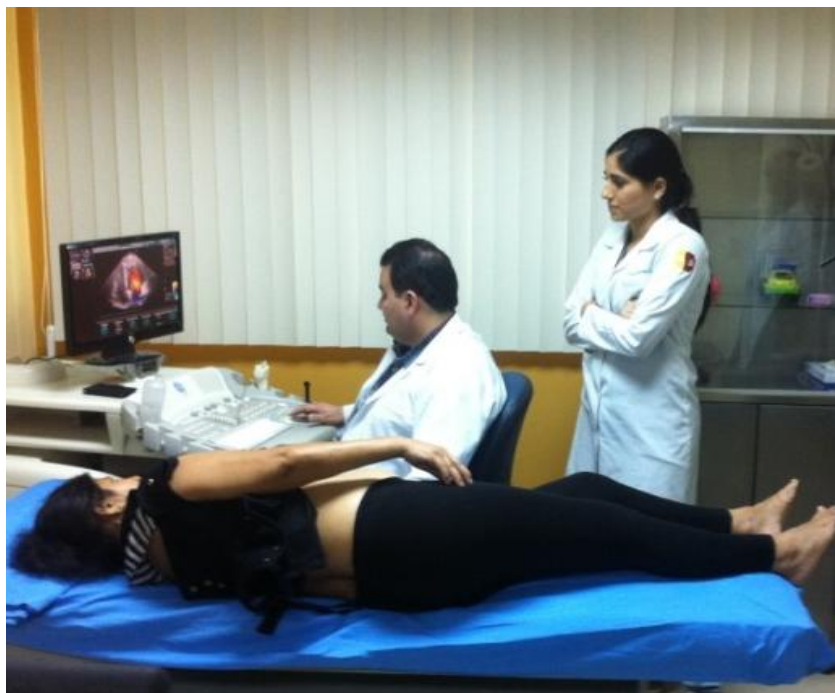


Fig. 9: Evidencia fotográfica de ecocardiogramas realizados a la poblaci3n de estudio en sus diferentes modalidades

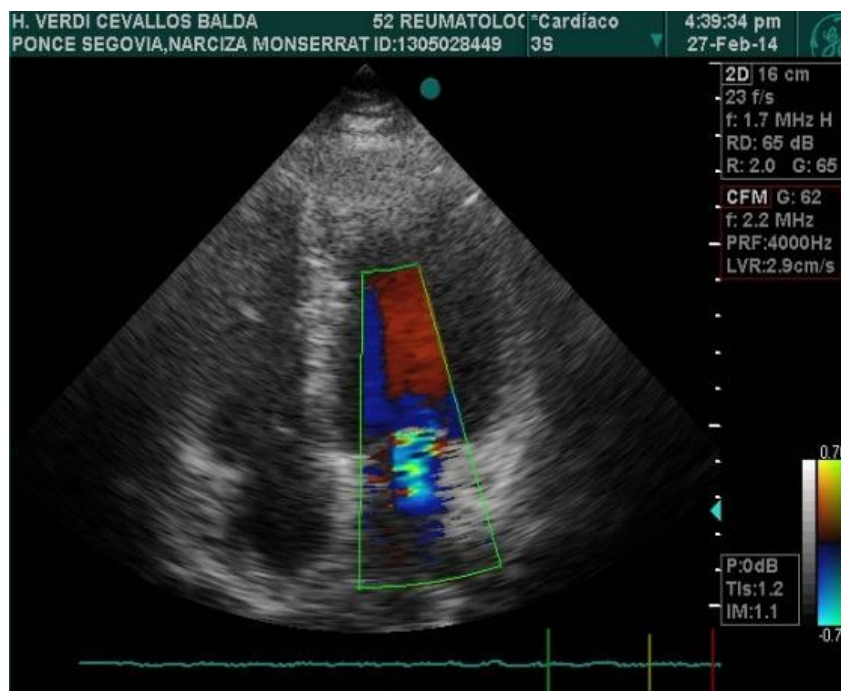


Fig. 10 y 11: Evidencia fotográfica de ecocardiogramas realizados a la población de estudio en sus diferentes modalidades

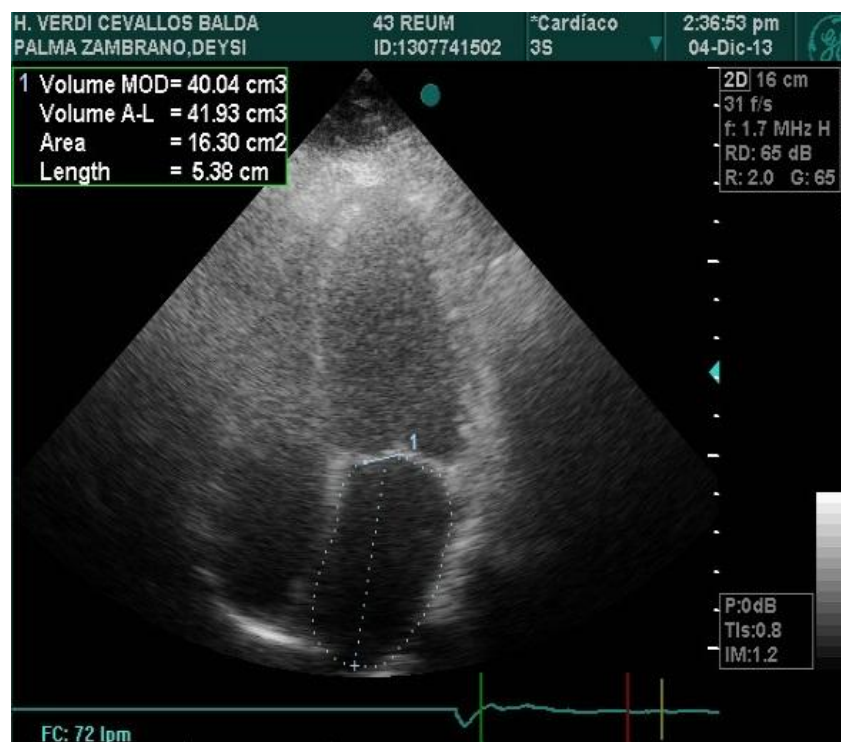




Fig. 12: Evidencia fotográfica de la ejecución de la propuesta: Charla dirigida al comité de docencia del hospital Dr. Verdi Cevallos Balda como requisito para la formación del grupo para pacientes con artritis reumatoidea



Fig. 13:(De Izquierda a derecha) Dr. Álvaro Ponce (Presidente Del Comité De Docencia H. Verdi Cevallos Balda), Vicenta Moreira (Autora), Dr. Carlos Macías (Director De Tesis), Humberto Zambrano (Autor), Dr. Kelvin Mendoza (Reumatólogo H. Verdi Cevallos Balda)



Fig. 14 - 15: charla dirigida a los pacientes diagnosticados con artritis reumatoidea y familiares impartida por los autores





Fig 16:Evidencia fotográfica de entrega de trípticos informativos dirigidos a los pacientes con artritis reumatoidea



Fig 17: Entrega de pulseras de identificación del grupo de artritis reumatoidea



Fig 18: autores del trabajo de titulación junto al Dr Hugo Loo Lino (presidente de tesis)Dr Kelvin Mendoza (reumatólogo H Verdi Cevallos Balda)



Fig. 19: Pulsera De Identificación Grupo Ar

*Vive sin preocupaciones
 Sí sigues las indicaciones de tu
 médico reumatólogo puedes
 llevar una vida normal*

Notas:

*Egda. Vicenta Moreira
 Egdo. Humberto Zambrano*

*Dr. Kelvin Mendoza
 DEP. DE REUMATOLOGÍA
 HOSPITAL DR. VERDI CEVALLOS BALDA.*

**Artritis
 reumatoidea**

**LA ARTRITIS NO ESPERA...
 CONÓCELA!!! VÉNCÉLA!!!**

Fig 20: tríptico informativo dirigido a los pacientes con artritis reumatoidea y sus familiares

¿Que es la Artritis ?



La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, de naturaleza autoinmune, caracterizada por manifestaciones en las articulaciones (como dolor, tumefacción y rigidez) y la presencia de síntomas generales (como cansancio, sensación de malestar, fiebre ligera, inapetencia y pérdida de peso corporal). Además, con el paso del tiempo es común la aparición de algunas manifestaciones extraarticulares como la piel, los vasos sanguíneos, el corazón, los pulmones, los ojos y la sangre.

En las fases avanzadas, y en ausencia de tratamiento, la enfermedad puede causar importantes limitaciones físicas y un marcado deterioro de la calidad de vida.

¿Por qué tengo Artritis Reumatoidea ?

Aún no se conocen en profundidad las causas de la AR. Lo que sí se sabe es que en su origen intervienen factores genéticos, así como factores no genéticos. Las personas con antecedentes familiares de AR tienen más posibilidades de desarrollar la enfermedad, aunque ello no significa que necesariamente vayan a padecerla.

La artritis reumatoidea provoca deformidades en tus manos y pies que pueden dificultar tus actividades diarias

Recomendaciones

- Seguir una dieta sana.
- No fumar.
- Dormir un mínimo de ocho horas diarias.
- Realizar un ejercicio físico aeróbico moderado (30 minutos, tres veces por semana).
- Moderación en el consumo de bebidas alcohólicas.
- Evitar, dentro de lo posible, las actividades laborales o de ocio que conlleven un esfuerzo físico que sea demasiado intenso o sostenido.

Que puedo comer

- Aumentar el consumo de frutas, verduras, cereales, aceite de hígado de bacalao
- Disminuye la ingesta de grasas saturadas



Importancia del Reposo

Un reposo adecuado es parte esencial de la terapia ya que permite que el organismo se recupere mejor y más rápido del desgaste que supone la actividad inflamatoria persistente

Diagnóstico

Los mejores resultados terapéuticos se consiguen cuando se procede a un diagnóstico precoz y se establece el tratamiento en las fases iniciales de la enfermedad.

Las personas afectadas deben acudir a los controles médicos periódicos que se programan con el propósito de vigilar la evolución de la enfermedad y respetar de manera rigurosa las indicaciones impartidas por los facultativos

Si tu tratamiento es el metotrexate no olvides que dos días después debes tomar el ácido fólico.



Fig 20: tríptico informativo dirigido a los pacientes con artritis reumatoidea y sus familiares

CUESTIONARIO DE ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN
 PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA Y SU
 RELACIÓN CON EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y ACTIVIDAD DE LA
 ENFERMEDAD EN PACIENTES DEL ÁREA DE LA CONSULTA EXTERNA
 DEL HOSPITAL VERDI CEVALLOS BALDA SEPTIEMBRE 2013 FEBRERO
 2014

Fecha: 14/01/2014 CC: 1303598674

1. ¿Qué Edad tiene usted?

- | | | | |
|-------|--------------------------|-------|-------------------------------------|
| 17-26 | <input type="checkbox"/> | 47-56 | <input type="checkbox"/> |
| 27-36 | <input type="checkbox"/> | 57-66 | <input checked="" type="checkbox"/> |
| 37-46 | <input type="checkbox"/> | >66 | <input type="checkbox"/> |

2. Indique a que genero pertenece

- | | | | |
|-----------|--------------------------|----------|-------------------------------------|
| Masculino | <input type="checkbox"/> | Femenino | <input checked="" type="checkbox"/> |
|-----------|--------------------------|----------|-------------------------------------|

3. ¿En qué zona vive?

- | | | | |
|-----------------|-------------------------------------|-------|--------------------------|
| Urbano | <input type="checkbox"/> | Rural | <input type="checkbox"/> |
| Urbano marginal | <input checked="" type="checkbox"/> | | |

4. ¿Cuál es su nivel de Instrucción académica?

- Primer nivel
- Segundo nivel
- Tercer nivel
- Cuarto nivel
- Ninguno

5. ¿Cuál es su Estado civil?

- | | | | |
|---------|-------------------------------------|-------------|--------------------------|
| Soltero | <input type="checkbox"/> | Divorciado | <input type="checkbox"/> |
| Casado | <input checked="" type="checkbox"/> | Unión libre | <input type="checkbox"/> |
| Viudo | <input type="checkbox"/> | | |

Fig:21: Evidencia de encuestas realizadas a los pacientes con artritis reumatoidea

6. Tabaquismo
 Fuma No fuma

7. ¿Padece usted Diabetes Mellitus?
 Con Diabetes Sin Diabetes

8. Indique sus valores de Colesterol
 <160 240-280
 160-199 >280
 200-239

9. Indique sus valores de HDL-colesterol
 <35 50-59
 35-44 >=60
 45-49

10. ¿Padece de Hipertensión Arterial? Si tiene HTA indique en q estadio se encuentra.
 Pre hipertenso HTA estadio 2
 HTA estadio 1 No tiene HTA

11. ¿Cuál es el riesgo Cardiovascular que presenta?
 Bajo riesgo Riesgo intermedio
 Riesgo latente Riesgo alto

12. ¿Cuántas articulaciones dolorosas presenta?
 7

13. ¿Cuántas articulaciones inflamadas presenta?
 7

14. ¿Qué Valor de VSG presenta en sangre?
 32 mmHg

84

15. Dele un valor a su dolor de 0 a 100. Siendo 0 la ausencia de dolor y 100 la vez que ha sentido mayor dolor. 80

16. ¿En qué nivel de actividad se encuentra su enfermedad?
 Remisión Moderada actividad
 Leve actividad Alta actividad

17. ¿Desde hace cuantos años padece Artritis reumatoidea
 1-5años 11-15años
 6-10años >15años

Alteraciones Cardiacas demostradas por Ecocardiografía

1. ¿Qué alteraciones Valvulares se encontraron?
 Válvula aortica _____
 Válvula mitral Insuficiencia mitral leve
 Válvula tricuspídea _____
 Válvula pulmonar _____

2. ¿Qué alteraciones del Miocardio se encontraron?
 Ninguna

3. ¿Hubo presencia de pericarditis?
 No

4. ¿Qué alteraciones vasculares se encontraron?
 Aortitis
 Arteritis coronaria (cardiopatía isquémica)

5. ¿Hubo otras alteraciones cardiacas? ¿Cuáles?
 No

85

CONSENTIMIENTO INFORMADO

De la manera más respetuosa, nosotros los investigadores, le informamos que estamos realizando una encuesta sobre "ALTERACIONES ECOCARDIOGRÁFICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA SEROPOSITIVA Y SU RELACIÓN CON EL TIEMPO DE EVOLUCIÓN Y ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD" la cual nos permitirá recolectar datos de usted, además se le realizará gratuitamente un estudio ecocardiográfico, que aportará de manera efectiva y directa, en el desarrollo de esta investigación el mismo que se realiza para poder: Obtener estadísticas confiable, sobre la problemática en cuestión

Su participación es complementaria voluntaria, si su respuesta es negativa no le causará ningún inconveniente con el servicio que actualmente está solicitando.

Lea toda la información que se le ofrece en este documento y conteste todas las preguntas, si necesita ayuda en alguna de las preguntas, solicite al investigador que se la explique, antes de tomar una decisión.

A continuación, firme o coloque su huella del dedo pulgar de la mano izquierda y su número de cédula para autorizar la realización de la presente encuesta.

Gracias por su colaboración.

DOCUMENTO DE IDENTIDAD: 1303598674

FIRMA:



Fig: 22: Evidencia de encuestas realizadas a los pacientes con artritis reumatoidea

REGISTRO DE ASISTENCIA.

Tema: "Fomentar la adherencia al tratamiento en pacientes con artritis reumatoidea seropositiva, atendidos en la consulta externa del Hospital Verdi Cevallos Balda"

Fecha: 08/05/2014 Hora: 08:00 am Lugar: Auditorio del Hospital Verdi Cevallos Balda

Nombre y apellido	Número de Cédula	Firma
Florencia Aparicio Narceza Del Jmas	1305058449	<i>[Firma]</i>
Roma Suarez Jimenez	030015698	<i>[Firma]</i>
Maria Isabel Villacresna	1305276445	<i>[Firma]</i>
Marikury Rivas Zambrano	1310667496	<i>[Firma]</i>
Jaime Ayala	1308724375	<i>[Firma]</i>
Laura Ochoa Alborn	1300704086	<i>[Firma]</i>
Eidara Ochoa Sabaguan	1317145672	<i>[Firma]</i>
Gladys Andar	1301289218	<i>[Firma]</i>
Carolina Alegría Zambrano	1308576266	<i>[Firma]</i>
Priscila Alicia Zambrano	1310475482	<i>[Firma]</i>

Fig. 23: Evidencia fotográfica de la lista de asistencia por parte de pacientes y sus familiares a la charla dirigida al grupo de Artritis reumatoidea