IMPLICACIONES EN LA VIDA LABORAL DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDEA EN UNA IPS DE REUMATOLOGIA EN LA CIUDAD DE MEDELLIN 2013-2014

JENNY ESCOBAR LONDOÑO
MARILUZ JARAMILLO FERNANDEZ
FABÏÁN MEJÍA ARRIETA
PAOLA ANDREA REYES CAMACHO

ASESOR
DOCTOR JOSE IGNACIO MARQUEZ

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO SALUD PÚBLICA
ESPECIALIZACION SALUD OCUPACIONAL PARA MEDICOS
MEDELLIN, ANTIOQUIA
2014

IMPLICACIONES EN LA VIDA LABORAL DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDEA EN UNA IPS DE REUMATOLOGIA EN LA CIUDAD DE MEDELLIN 2013-2014

JENNY ESCOBAR LONDOÑO
MARILUZ JARAMILLO FERNANDEZ
FABIÁN MEJÍA ARRIETA
PAOLA ANDREA REYES CAMACHO

ASESOR:
DOCTOR JOSE IGNACIO MARQUEZ
Médico Especialista en Medicina Laboral y del Trabajo

TESIS DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE ESPECIALISTAS EN SALUD OCUPACIONAL PARA MÉDICOS

UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA
POSGRADO SALUD PÚBLICA
MEDELLIN, ANTIOQUIA
2014

Nota de aceptación

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Presidente del jurado

_____

Jurado

_____

Jurado

Medellín, ___ de _____ de 2014

DEDICATORIA

La presente investigación es el resultado de una labor que con motivación, sacrificio y esmero, realizamos como parte de un proceso que nos llevará a optar el título de especialistas.

Es significativa porque refleja una gran etapa en nuestras vidas, en la cual nos enfocamos en un complejo pero gratificante proceso de superación.

Va dedicada primero a Dios que nos proporcionó la vida, la iniciativa y los medios para poder llevarla a cabo; a nuestros esposos, parejas, hijos y padres; a nuestros maestros, amigos y compañeros, todos ellos expresiones maravillosas de ese todo.

Por su comprensión, tiempo, apoyo, entrega, experiencias, paciencia y acompañamientoé Infinitas Gracias.

AGRADECIMIENTOS

Los Autores expresan sus agradecimientos a:

Dr. José Ignacio Márquez, asesor de la investigación y docente del Posgrado, por su tiempo, paciencia, aportes, enseñanzas, dedicación y apoyo permanentes.

Dra. María Osley Garzón Duque, Docente Facultad de Medicina y Posgrado por su cariño, enseñanzas, apoyo y guía continua para la elaboración y aprobación de nuestro anteproyecto.

A la IPS Especializada, por su espacio y apoyo en la realización de nuestra investigación.

A la Universidad CES, ñUn compromiso con la excelenciaò, por permitirnos mediante sus locaciones, personal, organización y estructura, el logro de esta especialización.

CONTENIDO

		pág.
	INTRODUCCIÓN	16
1.	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	17
1.1.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	17
1.2.	JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA	18
1.3.	PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	18
2.	MARCO TEÓRICO	19
2.1.	BREVE HISTORIA DE LA REUMATOLOGÍA	19
2.2.	FISIOPATOLOGÍA	23
2.3.	MANIFESTACIONES CLÍNICAS	27
2.4.	DIAGNÓSTICO	29
2.4.1.	Líquido Sinovial	29
2.4.2.	Reactantes de fase aguda	30
2.4.3.	Factor Reumatoide	30
2.4.4.	Anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados (anti-ccp)	31
2.4.5.	Índices radiológicos	31
2.4.6.	Criterios para diagnóstico de la Artritis Reumatoide	33
2.5.	TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	35
2.6.	EPIDEMIOLOGÍA	36

3. OBJETIVOS 38

3.1. OBJETIVO GENERAL 38

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS 38

4. METODOLOGÍA 39

4.1. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN 39

4.2. TIPO DE ESTUDIO 39

4.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO 39

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN 39

4.4.1. Criterios de inclusión 39

4.4.2. Criterios de exclusión 39

4.5. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES 40

4.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN 43

4.6.1. Fuentes de información 43

4.6.2. Recolección de la información 43

4.7. CONTROL DE SESGOS DE INFORMACIÓN 43

4.8. PLAN DE ANÁLISIS 44

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS 45

6. RESULTADOS 49

7. DISCUSIÓN 62

8. CONCLUSIÓN 64

9. LIMITACIONES 65

BIBLIOGRAFÍA 66

ANEXOS 70

LISTA DE TABLAS

		pág.
Tabla 1.	Conjunto de variables y puntuación de cada una de las variables para el cómputo global.	34
Tabla 2.	Variables sociodemográficas-hábitos	40
Tabla 3.	Variables clínicas	42
Tabla 4.	Variables ocupacionales	42
Tabla 5.	Características sociodemográficas y hábitos de la población estudiada	49
Tabla 6.	Características clínicas de la población	51
Tabla 7.	Condiciones laborales e implicaciones ocupacionales debido a la enfermedad	51
Tabla 8.	Condiciones laborales e implicaciones laborales debido a la enfermedad según genero	54
Tabla 9.	Implicaciones laborales debido a la enfermedad según presentación de deformidades	56
Tabla 10.	Implicaciones y condiciones laborales según estado actual de la enfermedad	58
Tabla 11.	Implicaciones laborales según clasificación serológica de la enfermedad	59
Tabla 12.	Implicaciones laborales debido a la enfermedad según tiempo de diagnóstico	61

LISTA DE FIGURAS

		pág.
Figura 1.	**Interrupción de la actividad laboral según género**	**55**
Figura 2.	**Distribución porcentual de la invalidez calificada según la presentación de deformidades debidas a la enfermedad**	**57**
Figura 3.	**Distribución porcentual de horas diarias laboradas según estado actual de la enfermedad**	**59**
Figura 4.	**Distribución porcentual de interrupción laboral debido a la enfermedad según clasificación serológica**	**60**

LISTA DE ANEXOS

		pág.
Anexo 1.	**Formato de encuesta aplicada**	**70**
Anexo 2.	**Carta de aprobación por parte de IPS ESPECIALIZADA**	**75**
Anexo 3.	**Carta de aprobación por parte de la Universidad CES**	**77**

GLOSARIO

Artritis: Trastorno reumático causado por la inflamación de una o varias articulaciones, con una hinchazón dolorosa que limita los movimientos.

Artritis Reumatoide: Enfermedad sistémica autoinmune que provoca una inflamación crónica de las membranas sinoviales de las articulaciones. Es deformante y con una destrucción progresiva que lleva a una incapacidad funcional. También puede llegar a causar daños en los huesos, cartílagos y tendones de las articulaciones.

Condiciones: Requisito o circunstancia necesaria, indispensable o que se debe exigir para que otra pueda ocurrir en un momento determinado.

Deformidad: Estado de distorsión, desfiguración, imperfección, malformación o deformación del cuerpo en general o de una parte del mismo, como resultado de enfermedad, lesión o defecto de nacimiento.

Factor Reumatoide: Prueba que mide la presencia y nivel de la IgM específica contra las inmunoglobulinas IgG anormales, producidas por los linfocitos de la membrana sinovial, de las articulaciones de personas afectadas por la artritis reumatoide.

Implicaciones: Se refiere al acontecimiento que es consecuencia o efecto de otro. También hace énfasis, en la participación en un asunto o circunstancia.

Incapacidad Médica: Significa el estado de inhabilidad física o mental de un trabajador, que le impide desempeñar en forma temporal o permanente su profesión u oficio habitual en cierto periodo de tiempo.

Invalidez: Estado de incapacidad física o mental para realizar una actividad, parcial o totalmente, de manera provisional o permanente.

Es importante resaltar que según el artículo 20 del decreto 917 de 1999 de la Constitución Política de Colombia, considera con invalidez a aquella persona que por cualquier causa, de cualquier origen, no provocada intencionalmente, hubiese perdido el 50% o más de su capacidad laboral.

Laboral: Proveniente del trabajo o relativo a él, sobre todo en lo que concierne directamente a la labor de las personas, a su trabajo o actividad legal remunerada.

Líquido Sinovial: Líquido viscoso y transparente, de textura parecida a la clara de un huevo, que segregan las membranas sinoviales de las articulaciones. Se acumula en las bolsas sinoviales y su función es ser un lubricante de articulaciones y tendones. La sinovia está compuesta de agua, albúmina, grasa, mucina y sales minerales.

Recomendación Médica: Acción y consecuencia de sugerir algo o brindar un consejo vital para mejorar y evitar riesgos en el bienestar y la calidad de vida de un ser humano. Una recomendación médica, por lo tanto, puede tratarse de una sugerencia o advertencia referida por un profesional a una persona, fundamentalmente sobre su salud.

Restricción Laboral: Corresponden a las recomendaciones dadas por un médico acorde a las condiciones y aptitudes que un trabajador presenta al momento de una evaluación médica, a fin de que pueda desempeñar la labor para la que se solicita, sin menoscabo para su salud. Pueden ser temporales o permanentes.

Reubicación Laboral: Es la adaptación del trabajador en un puesto de trabajo en el que no esté expuesto a las condiciones anteriores que afectaron su salud. Se amerita una reubicación laboral, si la exposición a factores de riesgo presentes en el oficio del trabajador es continúa.

RESUMEN

La ocupación es un factor importante en la vida y este aspecto toma gran importancia en los enfermos con Artritis Reumatoide (AR).

La AR es una enfermedad crónica, multisistémica, deformante, frustrante e incapacitante, predomina en el adulto y afecta más a las mujeres; su causa es desconocida y está presente en todas las latitudes, produce disminución importante de la actividad física, incremento significativo del estrés psicológico, disminución en el desempeño social, incremento de la incapacidad laboral, aumento en la utilización de los servicios de salud y es causa de invalidez en muchas ocasiones a más temprana edad que otras patologías que afectan a la persona trabajadora.

El presente estudio pretende explorar la productividad, la actividad laboral, la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes con AR que laboran, y busca además, conocer de una manera más profunda, cómo esta patología afecta el desempeño, así como la calidad, expectativa de vida, entorno familiar, social y laboral de los pacientes que la padecen, debido a que en Colombia y específicamente en Medellín, existen pocos datos al respecto.

La Investigación se llevó a cabo mediante un estudio descriptivo ï analítico - transversal, que utiliza variables, epidemiología clásica, estadística y métodos cuantitativos de investigación.

Se pretende entonces, conocer las implicaciones laborales de pacientes con diagnóstico de AR para generar un conocimiento más profundo de su afectación en el trabajo y que los resultados obtenidos sean un punto de partida para posibles intervenciones futuras en todos los actores del sistema.

PALABRAS CLAVES: Artritis Reumatoide (AR), enfermedad laboral, implicaciones, incapacidad, invalidez, productividad laboral.

ABSTRACT

Occupation is an important factor in life and this aspect plays a key role in patients with rheumatoid arthritis (RA).

RA is a chronic, multisystem, disfiguring, frustrating and debilitating disease prevalent in adults and affects women more than men; its cause is unknown and is present in every latitude, produces significant reduction in physical activity, significantly increased psychological stress, decreased social performance, increased disability, increased use of health services and causes disability often at an earlier age than other pathologies affecting the worker.

This study aims to explore the productivity, labor activity, functional capacity and quality of life in patients with RA who work, and also seeks to know more about a deeper way, how this disease affects the performance and quality, life expectancy, family, social and work environment of patients with the disease, because there are few data specifically in Colombia and Medellin.

Research was conducted using a descriptive-analytic cross-sectional study, which uses variables, classical epidemiology, statistics and quantitative research methods.

The aim then, meet the labor implications of patients diagnosed with RA to generate a deeper understanding of their involvement in knowledge work and the results are a starting point for possible future interventions at all system actors.

KEY WORDS: Rheumatoid Arthritis (RA), occupational disease, implications, incapacity, disability, labor productivity.

INTRODUCCIÓN

Desde épocas inmemorables el hombre ha requerido proveerse de vivienda, alimentos y necesidades básicas mediante el trabajo, teniendo que adaptarse a los cambios climáticos, económicos, normativos y laborales que esto conlleva. Si se tiene en cuenta que ir trabajar es una actividad que en esencia, ocupa al menos la tercera parte de cada día, durante gran parte de nuestra vida, se puede deducir que las enfermedades tienen gran trascendencia y relación con el ambiente laboral.

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, simétrica, diseminada, deformante, dolorosa, deteriorante, frustrante e incapacitante, que predomina en el adulto. Su causa es desconocida, no distingue raza y está presente en todas las latitudes, aparece en etapas productivas de la vida y en su mayoría afecta a mujeres, y cómo éstas a su vez se han visto implicadas y afectadas por los cambios sociales teniendo que asumir roles laborales para poder aportar a la familia y la sociedad, se crea entonces la necesidad de conocer de una manera más profunda, cómo esta patología afecta el desempeño social y laboral, así como la calidad, la expectativa de vida y el entorno familiar, social y laboral de los pacientes que la padecen.

En Colombia y en especial en Medellín, existen pocos datos disponibles sobre la prevalencia y las implicaciones que tiene la discapacidad que produce la AR en la vida laboral, no se tienen suficientes estudios de referencia y la falta de políticas de salud y disposiciones gubernamentales, dificultan el diagnóstico, el acceso a medicamentos y tratamientos pertinentes e innovadores para los pacientes afectados, que en la mayoría de los casos no se benefician de los tratamientos actualmente disponibles y los avances de la ciencia; dichos pacientes adecuadamente tratados, aún con la enfermedad activa podrían seguir laborando, disminuyendo su deterioro progresivo, su pérdida prematura de la capacidad funcional y laboral y aumentar significativamente su calidad y expectativa de vida, que en última instancia sostiene, mantiene y facilita el desarrollo económico del país.

Este hecho genera motivación para investigar sobre la relación entre las características de la enfermedad y la disminución de la capacidad laboral; así como la necesidad de conocer más a fondo, cómo ésta patología afecta a la población trabajadora que la padece.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La artritis reumatoide (AR) constituye una enfermedad con una amplia distribución geográfica y una prevalencia estimada entre el 0,5 y 1,0% de la población adulta mundial, la cual varía según factores como la raza, la etnia y condiciones ambientales. En general, afecta dos veces más a la mujer que al hombre y en su etiología se han sugerido diversos factores que favorecen su desarrollo o progresión, como los genéticos (factores hereditarios por agregación familiar) y agentes infecciosos desencadenantes, sin que se tenga hasta el momento una explicación concluyente sobre su causa. (1)(2)

Clínicamente, se trata de una enfermedad crónica, inflamatoria, degenerativa, multidiseminada, cuya principal característica es una sinovitis inflamatoria persistente, que afecta articulaciones periféricas con una distribución simétrica. Su curso puede ser muy variable, donde algunos pacientes presentan un proceso oligoarticular de breve duración con lesiones articulares mínimas, en tanto que otros padecen una poliartritis progresiva que puede evolucionar hacia la aparición de deformidades articulares importantes (3), lo que en última instancia afecta la funcionalidad física y social del individuo, incrementa su estrés psicológico e incapacidad laboral. (4)

Así, el aspecto laboral constituye un factor determinante en la vida socioeconómica de todas las personas y de gran connotación en los enfermos con AR, dadas las lesiones articulares que se presentan a medida que progresa la enfermedad y las condiciones generadas en su vida laboral, como lo demuestra el estudio realizados por BRU et al, cuyos resultados mostraron una disminución del 49% de la productividad laboral en pacientes con AR (5), en tanto que un estudio realizado por MAU et al, encontró una incapacidad laboral del 50% en trabajadores después de 10 años de evolución de la enfermedad. (6)

Por otra parte, en Colombia y en especial en Medellín, existen pocos datos disponibles sobre las implicaciones que tiene la discapacidad producida por la AR en la vida laboral de los pacientes que la padecen, más aun cuando puede existir un considerable número de personas sin diagnosticar o sin acceso a los estudios y tratamientos pertinentes, supeditados a vivir el día a día con una enfermedad que puede llegar a ser muy incapacitante con el consecuente aminoramiento de

la fuerza de trabajo que en última instancia promueve y facilita el desarrollo económico del país.

1.2. JUSTIFICACIÓN DE LA PROPUESTA

Los costos económicos directos e indirectos de la AR pueden ser altos si se tiene en cuenta, además de la demanda de los servicios de salud, la pérdida de años saludables por discapacidad. En Colombia para la década comprendida entre 1985-1995, la AR estaba entre las principales causas de pérdida de años saludables en mujeres entre los 15 y 44 años; para el año 2002, el promedio anual de gastos por paciente con AR no complicada (sin incluir hospitalizaciones ni gastos por cirugía) se calculó en $2'243.082. (7)

De este modo, el estudio de las condiciones e implicaciones laborales de un grupo poblacional afectado por AR, es de gran relevancia para las entidades gubernamentales, entes reguladores de la salud y empleadores, dado que a partir de su conocimiento se delimita y se conoce su situación de salud, se focalizan sus necesidades, se desarrollan estrategias de intervención para los problemas más relevantes y se identifica qué condiciones van en detrimento de su fuerza laboral, para intervenir de forma acertada y adecuada, ayudados por los nuevos avances en tratamientos y terapias, que permiten que las personas afectadas con AR puedan seguir laborando aún con la enfermedad activa, pero con diferentes grados de compromiso en su productividad laboral.

1.3. PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las condiciones e implicaciones en la vida laboral de pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide (AR), en una IPS de Reumatología en la ciudad de Medellín 2013-2014?

2. MARCO TEÓRICO

2.1. BREVE HISTORIA DE LA REUMATOLOGÍA

Es muy difícil escudriñar en la prehistoria para buscar el origen del "Reumatismo", a pesar de los diferentes documentos antiguos como los papiros de Eber y Smith, y rastrear el origen de estas enfermedades. Se cree que el "Reumatismo" debe ser antiquísimo en la historia de la humanidad, aún cuando su verdadero conocimiento se ha desarrollado en las postrimerías del siglo XX. No hay datos precisos del Egipto de los reyes y faraones, pero en las largas trayectorias cumplidas por el primer médico reconocido como IMHOTEP (2800 A.C.), hasta el nacimiento de Alejandría (331-31 A.C.) (25 siglos), algún problema relacionado con el reumatismo debe haberse percibido. (8)

Así mismo, en los trabajos de Hipócrates, se describe brevemente la fiebre reumática bajo la denominación genérica de Artritis, identificándola como una variante clínica, independiente de la gota. De la fiebre reumática, Hipócrates dijo que se trataba de un dolor en las articulaciones, de corta duración, aguda sin ser fatal, que atacaba más a los jóvenes que a los adultos. El término reuma pertenece a la teoría humoral de la causalidad de la enfermedad y se le encuentra por primera vez en el fragmento de la obra Hipocrática "sobre las ubicaciones en el Cuerpo Humano" (Siglo IV a. C). (8)

Así, reuma significa literalmente fluir, y los antiguos griegos utilizaban este término indistintamente de catarros, fluir hacía abajo, más antiguo aún. Se creía que la fuente de esos humores era el cerebro. En el Siglo XIII comenzó a utilizarse un término análogo para referirse al flujo del humor gotoso; dicho término era "Gutta" (gota en latín), de donde se derivó gota (la enfermedad). (8)(9)

Además, ya desde el siglo V antes de nuestra era, las enfermedades reumáticas fueron conocidas con el término de artritis. Galeno, introdujo la expresión de "Reumatismo" para designar un dolor que era causado, según él, por uno de los cuatro "humores cardinales" que constituían el organismo humano, y que al estar en combinación defectuosa unos con otros eran eliminados por la sangre, en las numerosas cavidades del cuerpo, incluidas las articulaciones. Al parecer Galeno (131-201 D.C) estudió la gota y las artritis sin clasificarlas ni delimitarlas. Hasta el Siglo VII se utilizó el término Artritis para designar cualquier afección dolorosa de una articulación. Catorce siglos después de Galeno, Guillaume de Baillou (llamado Ballonius) (1558-1616) comienza a darle personalidad a la palabra reumatismo y

al parecer, es el primer médico que establece una diferencia entre gota y reumatismo. Este médico de origen parisino fue el primero en asociar reumatismo con padecimientos articulares; en esta etapa, la acumulación de los conocimientos de la época antigua y esclavista, hasta Baillou, permitió dar un salto de calidad de lo cuantitativo a lo cualitativo, demostrado con su obra póstuma: "LIBER RHEUMATISMO" (Libro sobre reumatismo y el dolor de espalda) publicado por su sobrino en 1642. Es así, como se le reconoce como el padre del reumatismo, porque fue el primero en utilizar esta denominación para definir una poliartritis aguda, que no guarda ninguna relación con la gota. El concepto de Baillou acerca del reumatismo seguía siendo aquél de un humor nocivo (al que buscó diferenciar del catarro) que no se limitaba a los síntomas músculo esqueléticos, como él lo describía en una forma pintoresca, es decir "como una especie de mareo de los vasos que vomitan hasta que se presentan términos mejores". (8)

La mayoría de los autores antiguos sobre interpretaban las descripciones superficiales y utilizaban los términos gota o diátesis gotosa como se utiliza la palabra "artritis" en la época actual. (8)

Adicionalmente, en el siglo XVII surgió la figura indiscutible de Thomas Sydenham quien marca un hito en la medicina y en la reumatología, al describir su enfermedad, "La Gota"; esta descripción clínica es un clásico de la medicina y es considerado el mejor clínico de su siglo. Sydenham (1624-1689) tiene el crédito de ser el primero en separar específicamente algunas enfermedades como la gota en 1683; además, distingue claramente la poliartritis aguda que "ataca principalmente a los jóvenes y vigorosos" de la gota, es decir describe la fiebre reumática. Además, uno de sus principales criterios es el mal de San Vito o baile de San Vito (corea de Sydenham en 1686), donde analiza la fase crónica de la artritis reumatoide en el siguiente sentido: "el paciente puede convertirse en un inválido hasta el día de su muerte y perder por completo el uso de sus miembros mientras que los nudillos de sus dedos se volverán nudosos y protuberantes". Posiblemente en su discusión sobre " Enfermedades Histéricas" describe algo de la fibrositis, considerado por ende, en nuestro criterio, como el primer reumatólogo, ya que describe varios tópicos de las enfermedades reumáticas en el Siglo XVIII. (8)(10)

En 1776, Cullen estableció la diferencia entre reumatismo agudo y subagudo, afirmando que el lumbago y la ciática eran la prueba de la implicación de las vértebras lumbares y de la articulación de la cadera, sin referir ningún tipo de afección visceral, siendo una observación de vital importancia para la época. (8)

En 1778, David Pitcairn asoció por primera vez el reumatismo con afección del corazón; este nuevo conocimiento fue el resultado del incremento en la práctica de las autopsias de esa época. (8)

Por otra parte, David Dundas (Londres, 1808) publicó una buena descripción de la insuficiencia cardiaca en pacientes con reumatismo agudo, y en este campo, parece haber sido el primero en utilizar el término fiebre reumática. Matthew Baillie (1761-1823) así como William C. Wells (1757-1817) le dieron crédito a David Pitcairn (1749-1809) por haber sido el primero en notar "que las personas que padecen reumatismo son atacadas más frecuentemente que otras con síntomas de una enfermedad orgánica del corazón". Baillie en 1797 en Francia y Wells en Londres confirmaron los hallazgos de Dundas. Además, en 1812, W.C Wells fue el primero en hacer referencia a los nódulos subcutáneos del reumatismo agudo. (8)

Es así como en los Siglos XVII, XVIII y XIX sobresalen algunos pioneros que sedimentan la base de la reumatología actual como Heberden (1710- 1801), Garrod (1819-1909), Baillie, Landré Beauvais (1772-1840), Jean B. Bouilland (1796-1881) quien en 1836 describió la endocarditis, diferenciándola de la pericarditis, en su trabajo "Nouvelle Researches sur Le Rheumatisme Articulaire". En este artículo se empiezan a establecer las bases fundamentales donde se asientan las ideas modernas acerca de esa enfermedad. Concibió la afección del corazón como un aspecto intrínseco del reumatismo agudo y no como una complicación ocasional. (8)

Así, a comienzos del siglo XIX, algunos autores se percataron de cuán poco se había progresado en la diferenciación de las distintas enfermedades. Por ejemplo, William Heberden (1710-1801) escribió: "El reumatismo es un nombre común para muchos dolores y achaques, que aún no tienen denominación propia, aunque se deben a causas muy diferentes. Además es a menudo difícil diferenciarlos de algunos que tienen asignado cierto nombre y clase". El crédito por la primera descripción de artritis reumatoide suele atribuirse a Landré Beauvais que en su tesis presentada en París en 1800 describió a nueve mujeres que tenían una enfermedad que él consideraba ser una variante de la gota y que, por lo tanto, denominó "Gouthe Asthenique primitive"; pero se sugiere al observar los oleos de Peter Paul Rubens (1577-1640) víctima de la artritis, que podría servir de evidencia que la enfermedad ya existía, pero que se confundía con la Gota. (8)

En 1876, Maclagan de Dundee, introdujo el tratamiento con salicilato y aspirina. Jean Martin Charcot (1825-1893) hizo una diferenciación clínica excelente entre gota, fiebre reumática, artritis reumatoide y osteoartritis y pensó que era difícil

diferenciarlas y perpetuó el error de Landré-Beauvais de que todas ellas procedían de una misma causa. Charcot para esa época reconocía que la artritis reumatoídea no es una enfermedad rara; y es así, como en 1867 escribía que la gota es casi desconocida en Salpetriére, pero el reumatismo crónico es, por el contrario, una de las formas más comunes en esa institución y, que predominaba más en las mujeres y en las clases sociales más desfavorecidas. Además pregonaba que el número de pacientes "que se admitían con esta enfermedad era la quinceava parte del número total de enfermos". Con esta descripción Charcot describió tres paradigmas de la artritis reumatoide: que es más frecuente en las mujeres, que se observa más en las clases menos favorecidas y que se constituye en una de las causas frecuentes de admisión hospitalaria. (8)

Así mismo, A.B. Garrod acuño en 1858 el término de artritis reumatoide, y aclaró que esta enfermedad no se relacionaba ni con la gota ni con otras patologías reumáticas. Rudolf L.K. Virchow (1821-1902) en 1869 la define como artritis deformante. (8)

Sin embargo, los conflictos nosológicos continuaron aún después de que el ministerio de Salud Inglés adoptara oficialmente en 1922 la designación de Artritis Reumatoide, paso que la ACR no dio sino hasta 1941. En 1899, se realizaron múltiples trabajos sobre el tema de la fiebre reumática que culminaron con el trabajo del doctor Cheadle, que acertó una visión amplia de esta enfermedad sobre bases sólidas y afirmaba que el reumatismo en edad temprana, la artritis se desarrollaba en su grado mínimo y la endocarditis, pericarditis y nódulos subcutáneos, en grado máximo, es decir, describe los criterios mayores de Jones. (8)

Por añadidura, uno de sus alumnos F.J. Poynton, impulsó el enfoque moderno del problema de la etiología a través de la bacteriología y la inmunología, aunque se equivocó al pensar que la etiología de la fiebre reumática era el diplococo. Por la misma época Aschoff (1866-1942) describe el nódulo miliar específico en el miocardio de los pacientes con fiebre reumática. En 1945, Parkinson realiza la historia reciente del reumatismo agudo, explicando que no se trataba de un problema profesional, sino de uno de los de mayor interés público, pero aun esta teoría de Parkinson no les llama la atención a los ministerios de salud pública de los países de Latinoamérica. (8)

Sin embargo, la primera encuesta epidemiológica de la fiebre reumática constituyó el tema de "Milroy Lectures" de Sir Arthur Nenshoime y fue precursora del informe que Glover dirigió al ministerio de Salud, inaugurando la era moderna; luego se

continuó en Estados Unidos y demás países con investigaciones sociales. Otros nombres como Charcot, Virchow, Strumpel (1853-1936), Bechterew (1857-1927), Marie (1853-1910), las influencias de la escuela francesa en la dermatología del hospital Saint Louis de París, de la primera y segunda escuela de Viena que desarrollaron la dermatología y por ende la descripción del lupus eritematoso y muchas enfermedades de la piel, tuvieron una influencia importante en los países de Latinoamérica. Esta pléyade de investigadores sentó las bases del conocimiento de la reumatología Universal e influenciaron a los primeros médicos Colombianos en el "Artritismoò (8)

2.2. FISIOPATOLOGÍA

La Artritis Reumatoide (AR), es una enfermedad crónica y multisistémica de etiología desconocida. Aunque existe una amplia gama de manifestaciones, la alteración característica de la AR, es una sinovitis inflamatoria persistente, que afecta habitualmente a articulaciones periféricas, con una distribución simétrica. El signo clave de la enfermedad es el potencial de la inflamación sinovial para producir una destrucción del cartílago con erosiones óseas y deformidades articulares en fases posteriores. Pese a su potencial destructor la evolución de la AR puede ser muy variable (11) (12).

Las manifestaciones clínicas de la AR se inician con la localización de los leucocitos en el líquido sinovial, que cuando son activados producen el dolor y la inflamación. Estos linfocitos producen mediadores proteicos (citoquinas) que inician la inflamación, atraen otras células inmunológicas al sitio, activan células residentes, y causan un exceso en la producción del líquido sinovial. (12)(13)

Las células T llegan a la articulación por un proceso complejo que media el paso de las células a través del endotelio vascular hasta el tejido sinovial. En este proceso, las células T se adhieren al lumen del vaso capilar por medio de moléculas de adhesión expresadas en las células endoteliales. Esto resulta en la translocación de las células T hacia el líquido sinovial**.** Después que estas células han llegado al sinovio, pueden interactuar con los macrófagos tipo A de los sinoviocitos; como consecuencia de esta interacción, se activan otras células T y se producen varias citoquinas. (11)(13)

Estas alteraciones inmunológicas pueden llevar a la producción del Factor Reumatoideo. Este factor es una inmunoglobulina M (IgM) que funciona como un auto-anticuerpo contra la IgG, formando complejos inmunitarios. Estos complejos

aparecen en el suero de los pacientes generalmente al inicio de la enfermedad. Altos niveles del factor reumatoide se correlacionan con una mayor severidad de la enfermedad, lo que puede resultar en un aumento de la inflamación, al depositarse estos complejos en la articulación y activarse el complemento. También podría ser una respuesta autoinmune más acentuada**.** (11)(12)

El recubrimiento sinovial es un tejido bien vascularizado que sella la articulación, manteniendo una presión negativa y asegurando la presencia de fluidos lubricantes en el espacio articular. Las capas externas de la cápsula articular están formadas por una colección densa de fibras de colágeno. Hacia el espacio articular, se ven algunas células grasas, y finalmente, recubriendo el espacio articular, existe una membrana sinovial. Esta membrana consiste en sinoviocitos de tipo A y B cuyas células tienen funciones fagocíticas y pueden interactuar con las células presentadoras de antígenos. Estos sinoviocitos pueden sintetizar ácido hialurónico, el componente mayoritario del líquido sinovial. Su fisiología única, y la falta de una membrana basal real alrededor de los capilares sinoviales, permiten que se acumule líquido y contribuye con la localización de las células inflamatorias en el sinovio reumático**.** Además, los leucocitos entran a los tejidos a través de varios procesos:

- Adhesión a las paredes de las células endoteliales
- Migración a través de esta pared
- Extravasación hacia los tejidos

En los procesos normales, la migración leucocitaria inicia con la expresión de moléculas de la adhesión (L-selectina, CAM-1) en la superficie de los linfocitos. Esta adhesión es débil y permite que las células migren por la superficie interna de los capilares. Este movimiento hace que los leucocitos se adelgacen y migran hacia las uniones entre las células endoteliales, donde otros ligandos median la diapédesis hacia los tejidos. Los macrófagos también utilizan un sistema similar al de los linfocitos para llegar hasta la membrana sinovial. Las citoquinas también contribuyen a la extravasación de los linfocitos, al alterar la expresión de las moléculas de adhesión; numerosas citoquinas regulan la adhesión celular, incluyendo la interleucina-1B, y el factor de necrosis tumoral, dos citoquinas abundantes en los pacientes con artritis reumatoide**.** (11)(12)

La membrana sinovial en paciente con AR esta caracterizada por una hiperplasia, aumento de la vascularidad y un infiltrado de células inflamatorias, principalmente células T CD4+, las cuales son las principales responsables de la respuesta

inmune mediada por células. La principal función del complejo mayor de histoacompatibilidad clase II (HLA-II) es la presentación de péptidos antigénicos a las células CD4+, con lo cual se propone fuertemente que la AR es causada por un antígeno artrotogénico no identificado; el antígeno puede ser exógeno (como una proteína viral) o una proteína endógena. (11)(12)

Así mismo, los marcadores de superficie (CD) identifican diferentes subtipos de linfocitos. Los linfocitos B se definen por la presencia de CD19 y CD20; los linfocitos T por la presencia de CD3 y CD4 (linfocitos T colaboradores) o CD8 (linfocitos citotóxicos). Las células que pertenecen a los CD8+ han sido asociadas con funciones supresoras mientras que los del tipo CD4+ median las reacciones de hipersensibilidad retardada**.** (11)(12)

Las células T que se acumulan en el tejido sinovial son predominantemente CD4+, que expresan un fenotipo de células de memoria. Estas células de memoria se acumulan en el tejido sinovial ya que expresan moléculas de adhesión, permitiendo su unión al endotelio vascular y su movimiento hacia el sinovio. Estas células podrían estar involucradas en la patogénesis de AR, al mediar reacciones de hipersensibilidad retardada, o ayudando a la producción de anticuerpos (incluyendo el factor reumatoide) y la diferenciación de células B, o ambas. (11)

Los CD4+ se categorizan en dos tipos de funciones de acuerdo a las citoquinas que producen. Los T colaboradores tipo 1 (TH1) se caracterizan por producir una serie de citoquinas por-inflamatorias, tales como IL-2, interferón gama y FNT alfa, que median reacciones de hipersensibilidad retardada. Los TH2 producen citoquinas (IL-4, IL-6, IL-10) que se encargan de la diferenciación y activación de los linfocitos B. (11)(13)

La inmunohistopatología del sinovio al comienzo de la enfermedad, representa una respuesta clásica de hipersensibilidad retardada. Se cree que en el transcurso de la enfermedad, los sinoviocitos A producen IL-1B, FNT-alfa, e IL-8, los cuales median la destrucción del cartílago y otros tejidos relacionados con las articulaciones. La IL-8 podría ser la responsable de atraer neutrófilos, el tipo de células principalmente encontradas en las articulaciones de los pacientes con artritis reumatoide. (13)

La producción de IL-6 también contribuye a la patología de la enfermedad, ya que se relacionan los niveles de esta citoquina con los niveles elevados del factor reumatoide. Inclusiva, la IL-6 aumenta la resorción ósea y puede jugar un papel importante en la osteoporosis peri articular característica de la AR temprana. Los

niveles de IL-6 se correlacionan con los niveles de proteína C reactiva, un indicador de actividad de la enfermedad. (11)(12)

La IL-1B induce la producción de metaloproteinasas que se relacionan con la destrucción del cartílago. El FNT-alfa y la IL-1 son potentes estimuladores de las células mesenquimales, así como de fibroblastos sinoviales, osteoclastos y condrocitos; estas liberan metaloproteinasas de la matriz las cuales son destructoras tisulares. Además, la IL-1 y el FNT-alfa inhiben la producción de inhibidores de metaloproteinasas por los fibroblastos sinoviales. Esta acción dual es la que genera el daño en la articulación. Además de inducir la producción de IL-11, el FNT-alfa estimula el desarrollo de osteoclastos, los cuales son los responsables de la degeneración del hueso. (11)(12)

Esta activación de macrófagos, linfocitos y fibroblastos, así como sus productos, pueden estimular la angiogénesis, lo cual podría explicar el aumento de la vascularidad encontrada en la sinovia de pacientes con AR. (11)

Los mecanismos que protegen al organismo de infecciones o malignidades son los mismos que causan la destrucción del cartílago en la artritis reumatoide. Es estos pacientes, estos mecanismos de destrucción tisular atacan tejidos normales en lugar de microorganismos invasores o células malignas**.** (11)

Estos procesos de destrucción están mediados por las células T, e incluyen la producción de citoquinas pro-inflamatorias y la activación de células T citotóxicas, macrófagos, y otras células capaces de producir metaloproteinasas que digieren el cartílago. (11)

Los neutrófilos con células predominantes en el flujo sinovial de los pacientes con AR, que destruyen patógenos que causan la liberación de radicales libres del oxígeno. En el líquido sinovial de estos pacientes, los niveles de especies reactivas de oxigeno se encuentran elevados, sin embargo, no se conoce su papel en el daño tisular. (11)

El óxido nítrico es un neurotransmisor que mantiene el tono vascular. Este transmisor liberado por la actividad de las enzimas inducibles, media la destrucción de algunos patógenos extracelulares y células tumorales. El oxido nítrico causa la apoptosis de los condrocitos, afecta la proporción TGH1/TH2, y juega un papel importante en otros procesos inflamatorios y destructivos. Este neurotransmisor se encuentra aumentado en el plasma y en los macrófagos sinoviales de los pacientes con AR. (11)

Las células T y los macrófagos en el sinovio de los pacientes con AR también producen varias citoquinas que dañan el tejido directamente o por medio de una cascada de reacciones, tales como la inducción enzimática. Las citoquinas asociadas a TH1 y TH2 median la inflamación en el sinovio y el daño en los tejidos articulares. (11)

El FNT-alfa y la IL-1B están directamente relacionadas con la destrucción de los tejidos: la interleucina lo hace directamente por medio de metaloproteinasas, particularmente colágena; y el factor de necrosis tumoral por medio de sus efectos citotóxicos. Los niveles de IL-1 y FNT-alfa están elevados en casi la mitad de los pacientes con AR. (11) (12)

La apoptosis aumenta en el tejido sinovial de los pacientes con AR. Durante la respuesta inmune, la apoptosis elimina predominantemente a las células activadas, es decir, aquellas células programadas para llevar a cabo una función específica, tales como una enzima o síntesis de citoquinas. (11)

El entendimiento de la AR como una enfermedad autoinmune llevo al uso de drogas inmunosupresoras no específicas, tales como la hidroxicloqouina, la sulfasalazina, el metotrexate, la ciclosporina, leflunomida entre otras. Estas drogas han probado ser bastante efectivas para aminorar los síntomas y mejorar la calidad de vida de los pacientes con AR. (11) (12)

Recientemente, se ha dirigido la terapia hacia las moléculas que causan el daño tisular. Estas estrategias se basan en la inhibición de citoquinas pro-inflamatorias, sobre todo FNT- alfa y la IL-1B**.** (10) (11)

2.3. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

La Artritis Reumatoidea (AR) es una enfermedad crónica y multisistémica de etiología desconocida, su alteración característica es una sinovitis inflamatoria persistente que afecta articulaciones periféricas, con distribución simétrica, produciendo destrucción cartilaginosa, erosiones óseas y deformidades articulares en fases posteriores. (11)

Se manifiesta principalmente por la presencia de un dolor intenso en las articulaciones afectadas, que inicialmente puede ser leve e intermitente, pero que puede llegar a ser muy intenso y persistente; el dolor se asocia a otro síntoma como inflamación, rigidez y reducción de la movilidad y la funcionalidad de los pacientes. El proceso inflamatorio pone en peligro tendones, ligamentos,

aponeurosis, músculos y hueso. Los mediadores inflamatorios pueden trasladar el trastorno a diferentes estructuras orgánicas. (11)

El cuadro clínico clásico de la AR usualmente se manifiesta después de varios meses de establecimiento de la enfermedad. De manera típica existe tumefacción articular simétrica con rigidez, calor, hipersensibilidad y dolor; la rigidez es notable por la mañana y remite durante el día, siendo su duración un indicador útil de la actividad de la enfermedad. Puede reincidir después de inactividad durante el día y ser mucho más grave después de una actividad agotadora. Por lo general se afectan las articulaciones interfalángicas proximales, metacarpo-falángicas y muñecas de ambas manos, con periodos de mayor intensidad. Si no se trata agresivamente a estos pacientes, se puede terminar en discapacidad y deformidad en ellos. (11)

La AR es una poliartritis crónica. Aproximadamente en las dos terceras partes de los pacientes, comienza de forma insidiosa con fatiga, anorexia, debilidad generalizada y sintomatología musculo-esquelética vaga, hasta que se evidencia la sinovitis típica antes mencionada en las articulaciones distales, sobre todo de las manos. (11)

Algunos pacientes con Artritis Reumatoide tienen un comienzo brusco en el inicio de la enfermedad, seguido de un periodo largo de remisión clínica si son adecuadamente tratados; otros pacientes desarrollan la forma extra-articular, con manifestaciones como nódulos inflamatorios subcutáneos o afectación pulmonar. (11)

Como ya se mencionó, el inicio de los signos de inflamación articular suele ser insidioso, con síntomas prodrómicos de malestar, pérdida de peso, alteraciones vasomotoras y dolor peri-articular vago o rigidez. Con menor frecuencia el inicio es agudo y al parecer estimulado por una situación agresora, como infección, cirugía, traumatismo, tensión emocional o post-parto. Este periodo prodrómico puede persistir durante semanas o meses, y no permite la realización del diagnóstico. La sintomatología específica aparece habitualmente de forma gradual con una afectación poliarticular, en especial de manos, muñecas, rodillas y pies, y por lo general en forma simétrica. Aproximadamentee solo el 10% de los pacientes tiene un inicio agudo y con la aparición rápida de una poliartritis que se suele acompañar de sintomatología general que consiste en fiebre, linfadenopatía, y esplenomegalia. (11)

En la tercera parte de los pacientes, los síntomas pueden estar limitados inicialmente a una o varias articulaciones, aunque en pocos casos la afectación articular puede permanecer asimétrica. (11)

La AR también puede presentar afectaciones extra-articulares como: (14)

- Nódulos reumatoides (20% a 35% de los pacientes con AR) en superficies de extensión y en puntos de presión
- Vasculitis
- Neurológicas
- Manifestaciones pulmonares
- Complicaciones Cardiacas
- Anormalidades Hepática
- Anormalidades oftalmológicas
- Manifestaciones hematológicas
- Manifestaciones renales

2.4. DIAGNÓSTICO

La AR no puede diagnosticarse con una prueba; su diagnóstico es eminentemente clínico, las pruebas diagnósticas ayudan a evaluar la severidad de la enfermedad y a definir el pronóstico del paciente. Se presentan a continuación las herramientas diagnosticas más importantes:

2.4.1. Líquido sinovial

Un líquido sinovial inflamatorio confirma el diagnóstico de artritis pero es poco específico de AR. El líquido sinovial tiene un valor muy limitado para el diagnóstico de AR y no aparece dentro de los criterios diagnósticos en ninguna de sus modalidades. En algunas ocasiones puede ser relevante su análisis, ya que la presencia de un líquido sinovial inflamatorio confirma el diagnóstico de artritis. La celularidad y otros parámetros permiten clasificar al líquido sinovial en 5 categorías: normal, no inflamatorio, inflamatorio, purulento y hemorrágico, pero nunca hacer un diagnóstico específico, salvo en el caso de las artritis microcristalinas e infecciosas. (4)

2.4.2. Reactantes de fase aguda.

Los reactantes de fase aguda (VSG y PCR) reflejan la presencia e intensidad de un proceso inflamatorio pero no son específicos de la AR.

Los reactantes de fase aguda son aquellos que aparecen o varían su concentración en más de un 25% en presencia de un proceso inflamatorio, independientemente de la causa y no tienen valor en el diagnóstico de la AR. Las situaciones que producen una mayor variación en los reactantes de fase aguda son las infecciones, la cirugía, los traumatismos, las quemaduras, los infartos tisulares, las inflamaciones de origen inmune y las neoplasias. Los dos reactantes de fase aguda más utilizados son la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR). (4)

2.4.3. Factor Reumatoide.

La presencia de FR en un paciente con poliartritis hace muy probable el diagnóstico de AR pero su ausencia no lo excluye (su sensibilidad oscila entre 40-80% según el ámbito en el que se realice). El FR tiene valor pronóstico ya que se asocia a enfermedad más grave, con más extensión del compromiso articular, mayor destrucción y mayor discapacidad. Puede aparecer años antes de que se presenten los síntomas de la artritis. (4)

El FR es un auto-anticuerpo dirigido contra la fracción Fc de la IgG. Suelen ser del isotipo IgM, aunque también pueden aparecer isotipos IgG e IgA principalmente. En la actualidad se suele determinar por nefelometría aunque para algunos isotipos es preciso emplear técnicas de ELISA. (4)

El FR IgM es característico de la AR y se detecta en el 40-80% de los casos, dependiendo de que la AR se haya diagnosticado en la comunidad o en el ámbito hospitalario. Su presencia en un paciente con poliartritis hace muy probable el diagnóstico de AR pero su ausencia no lo excluye. El FR puede aparecer años antes de que se presenten los síntomas de la artritis o con menos frecuencia después y puede desaparecer en respuesta al tratamiento. (4)

EL FR aparece en el 50% de los casos de reumatismo palindrómico (episodios recurrentes de inflamación mono u oligoarticular, que aparecen a intervalos que oscilan entre semanas y meses). En presencia del FR, aumenta la probabilidad de evolución a AR. En estos casos, y a medida que el cuadro evoluciona a AR, los episodios inflamatorios se hacen cada vez más frecuentes y extensos. (4)

El FR también puede aparecer en personas mayores sanas pero a títulos bajos, y en pacientes con otras patologías como el Lupus, Síndrome de Sjögren, Cirrosis biliar primaria, infecciones crónicas y neoplasias. (4)

La utilidad diagnóstica del FR para la AR varía en función de que la prueba se realice en personas con síntomas compatibles con AR o sin ellos. En pacientes con artritis del ámbito hospitalario, los valores predictivos positivo y negativo son de 70-80% y más del 95%, respectivamente. (4)

2.4.4. Anticuerpos anti péptidos cíclicos citrulinados (anti-ccp).

Los anticuerpos anti-CCP tienen un cociente de probabilidad para el diagnóstico de la AR superior al del FR y mayor especificidad (95%). Su aparición puede preceder en años a la enfermedad y se relaciona con su pronóstico evolutivo. Debe solicitarse determinación de anti-CCP en la evaluación del paciente con artritis de comienzo reciente. La citrulina es una modificación post-translacional de la arginina, producida por el enzima péptido-arginil de aminasa. Desde hace décadas, los anti-CCP se han detectado en el suero de los pacientes con AR en diferentes formas, como el factor anti perinuclear o los anticuerpos anti queratina. En la actualidad se usan péptidos sintéticos citrulinados como sustrato de ELISA, lo que mejora notablemente la sensibilidad de la técnica y permite su cuantificación. Los anti-CCP tienen una sensibilidad para el diagnóstico de la AR similar a la del FR pero mayor especificidad (95%) y sólo aparecen en el 1-3% de las personas sanas, por lo que para algunos autores su utilidad es superior a la del FR. El hecho que alrededor del 40% de los pacientes con AR y FR negativo tengan los anti-CCP positivos aumenta su valor diagnóstico. Al igual que el FR, los anti-CCP pueden preceder a la aparición de la enfermedad durante varios años y su presencia se relaciona con la gravedad. También aparece en el 50% de los casos de reumatismo palindrómico, y al igual que el FR, constituyen un factor pronóstico de evolución hacia la AR. (4)

2.4.5. Índices radiológicos.

Se recomienda realizar radiografías de manos, pies y tórax en la evaluación inicial; las de manos y pies se repetirán con una periodicidad anual durante los tres primeros años de evolución de la enfermedad y posteriormente cada vez que se estime oportuno. (14)

Uno de los hallazgos que se deben buscar en las radiografías son las erosiones óseas, más frecuentes al principio de la enfermedad. Alrededor del 70% de los enfermos presenta erosiones en las manos o en los pies al final de los dos o tres primeros años. Su presencia y la rapidez con la que aparecen se asocian a peor pronóstico. Las alteraciones radiológicas tienen una clara relación con la persistencia de la actividad inflamatoria, mayor al principio de la enfermedad, y una relación moderada con la discapacidad física, que aumenta con el tiempo. Se han descrito numerosos métodos para cuantificar las alteraciones radiológicas articulares. Casi todos se basan en la lectura de radiografías de las manos, aunque algunos autores han destacado la importancia de incluir la evaluación sistemática de los pies. La realización de radiografías de ambas manos y pies se justifica por la aparición asimétrica de erosiones (derecha o izquierda) y por la observación de que en los primeros 2-3 años de la enfermedad las erosiones pueden aparecer sólo en los pies, sin síntomas clínicos, hasta en un 23-36% de los pacientes. (14)

La ecografía permite evaluar sinovitis y detectar erosiones de forma temprana, por lo que es una técnica recomendable en el diagnóstico de AR. Se recomienda su utilización cuando la exploración física plantea dudas sobre la existencia de signos inflamatorios articulares, o la detección ecográfica de sinovitis, derrame, o erosiones vaya a modificar el manejo terapéutico del paciente. La ecografía de alta resolución detecta inflamación con mayor sensibilidad que la exploración física y permite distinguir entre derrame y sinovitis. (14)

La Resonancia Magnética identifica sinovitis, tenosinovitis, erosiones óseas y edema óseo, por lo que es una técnica recomendable en el diagnóstico de AR. Se recomienda su utilización para detectar sinovitis, derrame y erosiones cuando se considere que su información va a ser de relevancia clínica. La RM ha mostrado ser más sensible que el examen físico y la radiografía convencional para la detección de cambios articulares inflamatorios y destructivos en la AR temprana. La resonancia magnética también ha demostrado una mayor sensibilidad que la exploración física en la detección de artritis. La aparición de edema óseo articular se relaciona con la inflamación y con la aparición posterior de erosiones. La RM muestra un aumento precoz de la intensidad de la señal, tras la inyección de gadolinio, en la membrana sinovial inflamada y permite medir su volumen. Existe una buena relación entre los hallazgos de la RM y las observaciones histopatológicas. El papel de la RM en el diagnóstico de AR es incierto, por lo que el panel reconoce que no existe información suficiente para recomendar su utilización con dicho fin. En cualquier caso sus hallazgos se limitan al diagnóstico inespecífico de sinovitis con edema óseo y/o erosiones, debiendo interpretarse de

forma ponderada con el conjunto de la información restante antes de formar un juicio clínico. Su elevado costo y menor accesibilidad la convierten en una técnica reservada para situaciones especiales donde se carezca de alternativas diagnósticas. (14)

2.4.6. Criterios para Diagnóstico de la Artritis Reumatoide

Los nuevos criterios de AR sólo se aplicarán a una determinada población diana que debe tener las siguientes características:

- Presentar al menos 1 articulación con sinovitis clínica (al menos una articulación inflamada) y que dicha sinovitis no pueda explicarse por el padecimiento de otra enfermedad.
- Tener una puntuación igual o superior a 6 en el sistema de puntuación que se presenta en la tabla 1 y que considera la distribución de la afectación articular, serología del factor reumatoide (FR) y/o ACPA, aumento de los reactantes de fase aguda y la duración igual o superior a 6 semanas. (15)

Tabla 1. Conjunto de variables y puntuación de cada una de las variables para el cómputo global.

Afectación articular	
1 articulación grande afectada	0
2-10 articulaciones grandes afectadas	1
1-3 articulaciones pequeñas afectadas	2
4-10 articulaciones pequeñas afectadas	3
> 10 articulaciones pequeñas afectadas	4
Serología	
FR y ACPA negativos	0
FR y/o ACPA positivos bajos (< 3 VN)	2
FR y/o ACPA positivos alto (> 3 VN)	3
Reactantes de fase aguda	
VSG y PCR normales	0
VSG y/o PCR elevadas	1
Duración	
<6 semanas	0
Ó6 semanas	1

Fuente: Tomada de Gómez A. Nuevos criterios de clasificación de Artritis Reumatoide

Donde:

Anti-CCP: anticuerpos contra péptidos citrulinados

FR: factor reumatoide

PCR: proteína C reactiva

VN: valor normal

VSG: velocidad de sedimentación globular.

Estos criterios también permiten hacer el diagnóstico en aquellos pacientes que presenten una AR evolucionada siempre que:

- Tengan erosiones típicas de AR.
- Presenten una enfermedad de larga evolución (activa o inactiva) cuyos datos retrospectivos permitan la clasificación con los criterios mencionados.

En escenarios de artritis de muy reciente comienzo, en individuos que no cumplan en un momento dado los criterios pero que los cumplan con la evolución del tiempo. (15)

2.5. TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Todos los pacientes con AR deben ser tratados tan pronto como se establezca el diagnóstico clínico de la enfermedad, independientemente del cumplimiento de los criterios de clasificación ACR para la AR. (14)(16)

El tratamiento inicial recomendado para pacientes que no hayan sido tratados anteriormente con ningún fármaco Modificador de la enfermedad (FAME) es el metotrexate (MTX). Se administrará en escalamiento rápido de dosis, hasta alcanzar los 20 ó 25 mg semanales a los 3-4 meses de su inicio. (14)

No obstante, dada la complejidad clínica de la A R, se considera que en algunas situaciones clínicas, el tratamiento inicial con fármacos modificadores de enfermedad puede consistir en la utilización de otros fármacos que también han demostrado su capacidad de controlar los síntomas y signos de la enfermedad, así como de retrasar la progresión radiológica (16)

En la AR de inicio sin marcadores de mal pronóstico (erosiones radiológicas, FR, anticuerpos anti-CCP, enfermedad extra-articular o elevada carga inflamatoria) es aceptable el uso inicial de otros FAME con un perfil de menor toxicidad o con una monitorización de efectos secundarios más sencilla, entre los que los antipalúdicos o la Sulfasalazina son ejemplos típicos. (16)

En una A R inicial en la que se prevé un curso especialmente incapacitante por las características de la enfermedad, del paciente o de la actividad laboral de éste, puede estar indicada la terapia combinada de inicio con MTX y un agente anti-TNF, con el objetivo de inducir una rápida remisión e intentar retirar el agente anti-TNF y mantener la remisión de la A R con el MTX en monoterapia. (16)

En caso de respuesta insatisfactoria a MTX, una vez alcanzadas las dosis máximas y asegurada la biodisponibilidad del agente, se recomienda utilizar Leflunomida o Sulfasalazina o un agente anti-TNF como segundo escalón terapéutico, como tratamiento de sustitución o de adición al MTX. En caso de toxicidad importante al MTX que obligue a su suspensión, se recomienda emplear LEF o S S Z o un agente anti-TNF como segundo escalón terapéutico. En los pacientes en los que las pautas descritas anteriormente no son útiles, por ineficacia, toxicidad u otras causas, se recomienda usar cualquiera de los FAMEs, combinaciones u otros agentes biológicos y si éstos fracasan, probar tratamientos experimentales. (16)

2.6. EPIDEMIOLOGÍA

La AR presenta una distribución universal, estimándose una prevalencia mundial del 1% de la población adulta y una incidencia aproximada de 0,5 casos anuales por 1000 habitantes. Las tasas más elevadas de prevalencia están entre los 40 y 60 años siendo más frecuente en mujeres, siendo esta frecuencia menos acusada en la AR del anciano. (1)

La AR provoca diversos grados de sufrimiento, deterioro de la calidad de vida e incapacidad en quienes la padecen. Del total de las personas afectadas, entre el 10 y 40% presentan un curso autolimitado o una forma clínica mínimamente progresiva y entre el 60 y 90% tienen una evolución clínica de deterioro progresivo que requiere de múltiples consultas médicas y hospitalizaciones frecuentes y prolongadas. Además de ello, quienes sufren de AR, tienen una mortalidad mayor que la población general, con una tasa de mortalidad estandarizada de 2.26 (17), estimándose una pérdida de 10 años de vida en las mujeres y de 4 años en hombre con AR. (18)

En países donde se han hecho estudios de costos y del impacto económico de la enfermedad, se ha estimado que en el 82% de los pacientes la enfermedad puede ser tan costosa como la cardiopatía coronaria y en 50% de los pacientes tan costosa como ciertas formas de cáncer. (19)

La prevalencia e incidencia de la AR en Colombia es poco clara y hasta el momento se tienen insuficientes estudios de referencia en el país; uno de los cuales reporta una prevalencia de 0.01% en población afrocolombiana (20). Como agravante se encuentra que la falta de políticas en salud y el difícil acceso a los servicios sanitarios de algunas poblaciones dificultan el registro y la atención

adecuada a las personas afectadas por la enfermedad, llevando de esta forma a que la gran mayoría tengan deterioro progresivo, disminución significativa en la calidad de vida y pérdida prematura de la capacidad funcional y en muchas ocasiones de la vida misma. (21)

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL

Evaluar las condiciones e implicaciones laborales en un grupo de personas con artritis reumatoide que asisten a consulta en una IPS especializada en la ciudad de Medellín, durante el año 2013 y primer semestre de 2014.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Describir las características sociodemográficas y hábitos de la población objeto de estudio.

- Describir las principales características clínicas y ocupacionales de la población.

- Explorar la asociación entre condiciones e implicaciones laborales con las características clínicas y sociodemográficas descritas.

4. METODOLOGÍA

4.1. ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

El enfoque metodológico está basado en el modelo empírico-analítico, que permitió, mediante la utilización de la estadística y los métodos cuantitativos de investigación resolver adecuadamente cada uno de los objetivos de estudio propuestos.

4.2. TIPO DE ESTUDIO

Estudio descriptivo transversal.

4.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO

Personas con diagnóstico de Artritis Reumatoide (AR) atendidas en una IPS especializada (3er Nivel) en la ciudad de Medellín durante el año 2013 y primer semestre de 2014.

4.4. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

4.4.1. Criterios de inclusión: Personas con diagnóstico de Artritis Reumatoide (AR) y con vínculo laboral vigente, pensionados por invalidez o que hayan abandonado su vida laboral a causa de la enfermedad, que fueron atendidos en la IPS especializada durante el tiempo del estudio.

4.4.2. Criterios de exclusión: Personas con alteraciones mentales que pudiesen generar pérdida de información por sesgo de memoria (este criterio será vigilado por el médico en la consulta o el encargado de realizar el seguimiento del individuo enfermo), quienes durante la recolección de la información rechacen su participación en el estudio, sujetos que al momento de la encuesta se encuentren bajo el efecto de sustancias psicoactivas y quienes según criterio médico no cuenten con

una capacidad funcional y cognitiva adecuada para contestar las preguntas de la encuesta.

4.5. DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

En el presente estudio se utilizaron variables de naturaleza cuantitativa categorizadas en intervalos y variables cualitativas de tipo dicotómicas o politómicas con nivel de medición ordinal o nominal: (Ver tablas)

Tabla 2 .Variables sociodemográficas-hábitos

Variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías
Edad	Cuantitativa	Intervalo	1.20-30 2.31-40 3.41-50 4.>50
Sexo	Cualitativa dicotómica	Nominal	1.Femenino 2. Masculino
Ocupación	Cualitativa politómica	Nominal	1. Directores y gerentes 2. Profesionales científicos e intelectuales 3. Técnicos y profesionales de nivel medio 4.Personal de apoyo administrativo 5. Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados

			6. Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros 7. Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios 8. Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores 9. Ocupaciones elementales / oficios varios)
Estado civil	Cualitativa politómica	Nominal	1.Soltero 2.Casado 3.Union libre 4.Otro
Estrato Socio-económico	Cualitativa politómica	Ordinal	1.1 2.2 3.3 4.>4
Actividades diferentes al trabajo	Cualitativa politómica	Nominal	1.oficios de casa 2.deportes 3.musica 4.artesanales 5.otros
Tabaquismo	Cualitativa dicotómica	Nominal	1.Si 2.No

Fuente: creación propia

Tabla N°3. Variables clínicas

Variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías
Tiempo de diagnostico	Cualitativa politómica	Ordinal	1.< 1año 2. 1-5 años 3. 6-10 años 4. >10 años
Actividad de la enfermedad	Cualitativa dicotómica	Nominal	1.activa 2.en remisión
Presencia de deformidades	Cualitativa dicotómica	Nominal	1.si 2.no
Marcador serológico	Cualitativa dicotómica	Nominal	1.seropositivo 2.seronegativo

Fuente: creación propia

Tabla N°4 Variables ocupacionales

Variable	Naturaleza	Nivel de medición	Categorías
# días incapacidad último año	Cualitativa politómica	Ordinal	1.1- 10 días 2. 11- 20 días 3.>20 días
Reubicación laboral	Cualitativa dicotómica	Nominal	1.Si 2.No
Invalidez por artritis	Cualitativa dicotómica	Nominal	1.Si 2.No

Fuente: creación propia

4.6. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

4.6.1. Fuentes de información: Una de las fuentes utilizadas, fue la primaria, que comprende una encuesta estructurada con preguntas dicotómicas y politómicas, diseñadas y aplicadas por personal médico a personas con diagnóstico de AR (ver anexo 1) e historia clínica accedida por el médico de consulta. Esta encuesta y la historia clínica permitirán la recolección de información sociodemográfica, estadio clínico, condiciones laborales e implicaciones ocupacionales relacionadas con la presencia de la enfermedad.

4.6.2. Recolección de la información: En la consulta médica, se realizó la presentación del estudio a cada potencial participante donde se invita y motiva a contestar la encuesta. Una vez el sujeto manifestó su deseo de participar del estudio, se procedió a la realización de la encuesta.

4.7. CONTROL DE SESGOS DE INFORMACIÓN

- **En el encuestador:** Personal médico capacitado en la atención a personas con enfermedades reumáticas y familiarizados con la aplicación de instrumentos, técnicas de acercamiento al encuestado, aspectos éticos, todas estas, condiciones de privacidad que debe reunir el personal que realice la encuesta, además de realizar una adecuada revisión de la encuesta antes de entregarla para la digitación, entre otros.

  En todo momento se resaltará la importancia de su desempeño y compromiso con la calidad de la información, además de la invitación a asumir una actitud respetuosa y objetiva frente al encuestado.

- **En el encuestado:** Se realizó un proceso de motivación para obtener participantes, todo esto a través de la información del proyecto brindada por los investigadores, además de una carta de presentación institucional con los números de teléfono y ubicación de los investigadores y la total garantía de confidencialidad en la información que se recolectara.

- **En el instrumento:** Se diseñó un formulario con una redacción lógica, clara, coherente, que no condicionó las respuestas de los participantes y avalada por 2 especialistas médicos del área de Reumatología y en Medicina Laboral y Salud Ocupacional. En el diseño de la base de datos se dispuso de un instructivo con la operación de variables y se realizó doble digitación como forma de control de la calidad de la información registrada.

4.8. PLAN DE ANÁLISIS

- **Análisis univariado:** Este tipo de análisis se utilizó para la descripción de las características sociodemográficas, clínicas, condiciones laborales y desempeño asociados a la enfermedad de los sujetos en estudio. El análisis de las variables será a través del cálculo de proporciones absolutas y relativas. La presentación de la información se realizará en tablas.

  Desde la recolección de la información se evitará la presencia de datos perdidos que supere el 10% del total de datos de la respectiva variable; en caso de superarse este límite se detallará las características de base de los sujetos de los cuales provienen tales datos.

- **Análisis bivariado**: Este tipo de análisis se utilizó para explorar la asociación entre las implicaciones y condiciones laborales según las características sociodemográficas y clínicas de la población. Se utilizaron medidas con pruebas estadísticas como: chi cuadrado de Pearson y exacto de Fisher. Se tomó como nivel de confianza el 95% (significación menor del 5%).

5. CONSIDERACIONES ÉTICAS

A continuación se enuncian los principios de la declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial (22) (Recomendaciones para guiar a los médicos en la investigación biomédica en personas) y la resolución 8430 de 1993 (23) (por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud), que orientarán el diseño y la ejecución del proyecto de investigación.

DECLARACIÓN DE HELSINKI DE LA ASOCIACIÓN MÉDICA MUNDIAL, 64ª ASAMBLEA GENERAL, 2013: PRINCIPIOS GENERALES, REQUISITOS CIENTÍFICOS Y PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN, COMITÉ DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN, PRIVACIDAD Y CONFIDENCIALIDAD, CONSENTIMIENTO INFORMADO INSCRIPCIÓN Y PUBLICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN Y DIFUSIÓN DE RESULTADOS:

5. El progreso de la medicina se basa en la investigación que, en último término, debe incluir estudios en seres humanos.

6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eýcaces, efectivas, accesibles y de calidad.

7. La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8. Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9. En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la conýdencialidad de la información personal de las personas que participan en investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de

la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

14. El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justiýcado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

21. La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios cientíýcos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía cientíýca y en otras fuentes de información pertinentes.

22. El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justiýcados en un protocolo de investigación.

23. El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación al comité de ética de investigación pertinente antes de comenzar el estudio.

24. Deben tomarse toda clase de precauciones para resguardar la intimidad de la persona que participa en la investigación y la conýdencialidad de su información personal.

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada individuo potencial debe recibir información adecuada cerca de los objetivos, métodos, fuentes de ýnanciamiento, posibles conþictos de intereses, aýliaciones institucionales del investigador, beneýcios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. La persona potencial debe ser informada del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específýcas de

información de cada individuo potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información.

Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona caliýcada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente.

Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el individuo potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona caliýcada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

35. Todo estudio de investigación con seres humanos debe ser inscrito en una base de datos disponible al público antes de aceptar a la primera persona.

36. Los investigadores, autores, auspiciadores, directores y editores todos tienen obligaciones éticas con respecto a la publicación y difusión de los resultados de su investigación. Los investigadores tienen el deber de tener a la disposición del público los resultados de su investigación en seres humanos y son responsables de la integridad y exactitud de sus informes. Todas las partes deben aceptar las normas éticas de entrega de información. Se deben publicar tanto los resultados negativos e inconclusos como los positivos o de lo contrario deben estar a la disposición del público. En la publicación se debe citar la fuente de ýnanciamiento, aýliaciones institucionales y conþictos de intereses. Los informes sobre investigaciones que no se ciñan a los principios descritos en esta Declaración no deben ser aceptados para su publicación.

RESOLUCIÓN 8430 DE 1993

Artículo 5: ñEn toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestarò

Artículo 6: ñLa investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios: e) Contará con el Consentimiento Informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal con las excepciones dispuestas en la presente resolución; g) Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institucióònò

Artículo 8: ñEn las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autoriceò

Según el **artículo 11** este estudio se clasifica como una investigación sin riesgo: ñEstudios que emplea técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, sicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conductaò

6. RESULTADOS

El grupo de estudio estuvo conformado en su mayoría por mujeres (76,8%); El 71% de la población tenía más de 40 años y el 95.7% pertenecían a los estratos socioeconómicos 1, 2 y 3. Respecto a los hábitos se encontró que solo un 16.2% de las personas fumaba (tabla N°5).

Tabla N° 5. **Características sociodemográficas y hábitos de la población estudiada**

		N	%
Género	Femenino	53	76,8
	Masculino	16	23,2
Edad	20-30	4	5,8
	31-40	16	23,2
	41-50	27	39,1
	>50	22	31,9
Estrato socioeconómico	1	10	14,5
	2	30	43,5
	3	26	37,7
	Ó4	3	4,3
Estado Civil	Casado	29	42,0
	Soltero	14	20,3
	Unión libre	16	23,2
	Divorciado	7	10,1
	Viudo	3	4,3

Actividades realizadas diferentes al trabajo	Oficios de la casa	47	69,1
	Deportes	13	19,1
	Música	0	0,0
	Artesanales	3	4,4
	Otros	5	7,4
Fuma actualmente	Si	11	16,2
	No	57	83,8

Fuente: creación propia

Dentro de las características clínicas evaluadas, el 56% de las personas refirió haber sido diagnosticado con AR en un periodo mayor a 5 años, y el 81% tenía la enfermedad clínicamente definida como controlada o en remisión; el 53.6% de la población tenía presencia de factores reumatoides en suero (tabla N° 6).

En referencia a la condiciones de trabajo y las implicaciones laborales debido a la enfermedad, se encontró que el 27.9% de la población trabajaba en el área de servicios o comercial y el 30.9% referían ocuparse en labores elementales (oficios varios -domésticos); el 80.9 % de las personas se encontraban trabajando en la actualidad , de los cuales un 63.6% refirieron una aparición o agravamiento de los síntomas de la AR debido a su empleo actual y el 85.7% no había sido reubicado en su lugar de trabajo a causa de la enfermedad; el 36.4% de los empleados refirieron haber sido incapacitados en el último año debido a la enfermedad, en tanto que el 19.1% de las personas que no se encontraban laborando refirió su interrupción laboral como consecuencia de la AR (tabla N°7).

Tabla N° 6. Características clínicas de la población

		N	%
Tiempo de diagnóstico	Menor de 1 año	6	8,8
	1-5 años	24	35,3
	6-10 años	16	23,5
	Mayor de 10 años	22	32,4
Actividad de la enfermedad	Activa	13	19,1
	En remisión	55	80.9
Clasificación de la enfermedad	Seropositiva	37	53,6
	Seronegativa	32	46,4
Presentación de deformidades	Si	35	51,5
	No	33	48,5

Fuente: creación propia

Tabla N° 7. Condiciones laborales e implicaciones ocupacionales debido a la enfermedad

		N	%
Ocupación	Director o gerente	0	0,0
	Profesional científico	4	5,9
	Técnico o profesional de nivel medio	7	10,3
	Asistente administrativo	5	7,4
	Trabajador de servicios o	19	27,9

	vendedor		
	Trabajador del área agropecuaria, forestal o pesquera	0	0,0
	Operario o artesano de artes mecánicas u otros oficios	8	11,8
	Operador de instalaciones o maquinas	4	5,9
	Ocupación elemental	21	30,9
Laborando actualmente	Si	55	80,9
	No	13	19,1
Años de vida laboral	Menor de 5 años	1	1,8
	5-10 años	8	14,5
	Mayor de 10 años	46	83,6
Tiempo en el empleo actual	Menor de 6 meses	4	7,4
	6-12 meses	8	14,8
	Mayor de 12 meses	42	77,8
Días laborados en la semana	4 días o menos	6	11,1
	5-6 días	36	66,7
	7 días	12	22,2
Horas diarias laboradas	4 horas	3	5,5
	6 horas	4	7,3
	8 horas	15	27,3
	Más de 8 horas	33	60,0

Sector	Público	14	25,9
	Privado	19	35,2
	Independiente	21	38,9
Tipo de contratación actual	Término indefinido	17	30,9
	Termino fijo	12	21,8
	Prestación de servicios	8	14,5
	Por horas	1	1,8
	Otro tipo	17	30,9
Sintomatología en el último año asociada al trabajo	Si	35	63,6
	No	20	36,4
Incapacidades médicas en el último año	Si	20	36,4
	No	35	63,6
Restricciones médicas debido a la enfermedad	Si	15	26,8
	No	41	73,2
Reubicación laboral debido a la enfermedad	Si	8	14,3
	No	48	85,7
Discriminación laboral debido a la enfermedad	Si	8	14,5
	No	47	85,5
Afiliación a ARL	Si	32	56,1
	No	23	40,4
	No sabe	2	3,5
	Si	12	17,9

Invalidez calificada debida a la enfermedad	No	55	82,1
Interrupción laboral debido a la enfermedad	Si	13	19,1
	No	55	80,9

Fuente: creación propia

La interrupción de la actividad laboral debido a la presentación de la enfermedad, evidenció diferencias estadísticamente significativas cuando se desagregó por el género de los individuos implicados, para los cuales se obtuvo que el 43.8% de los hombres refirieron no seguir laborando debido a la AR y solo el 11.5 % de las mujeres interrumpieron su actividad laboral (tabla N°8 y figura N°1).

El 23% de los pacientes con presencia de deformidades refirieron tener invalidez calificada debido a la enfermedad y la interrupción de su vida laboral a consecuencia de la misma, sin embargo, no fue un factor que se asociara estadísticamente con estas condiciones ni con la presentación de incapacidades en el último año (tabla N°9 y figura N°2).

Tabla N° 8. Condiciones laborales e implicaciones laborales debido a la enfermedad según género

		Género		**Valor PÀ**
		Femenino	**Masculino**	
		%	%	
Tipo de contratación actual	Término indefinido	31,1%	30,0%	0.608
	Termino fijo	20,0%	30,0%	
	Prestación de	17,8%	0,0%	

	servicios			
	Por horas	2,2%	0,0%	
	Otro tipo	28,9%	40,0%	
Incapacidades médicas en el último año	Si	37,8%	30,0%	0.644
	No	62,2%	70,0%	
Interrupción laboral debido a la enfermedad	Si	11,5%	43,8%	0.004
	No	88,5%	56,3%	

Fuente: creación propia

Donde:

À Valor p obtenido por el estadístico chi cuadrado de Pearson.

**El estadístico es significativo en el nivel 0,05.

Figura N°1. Interrupción de la actividad laboral según género.

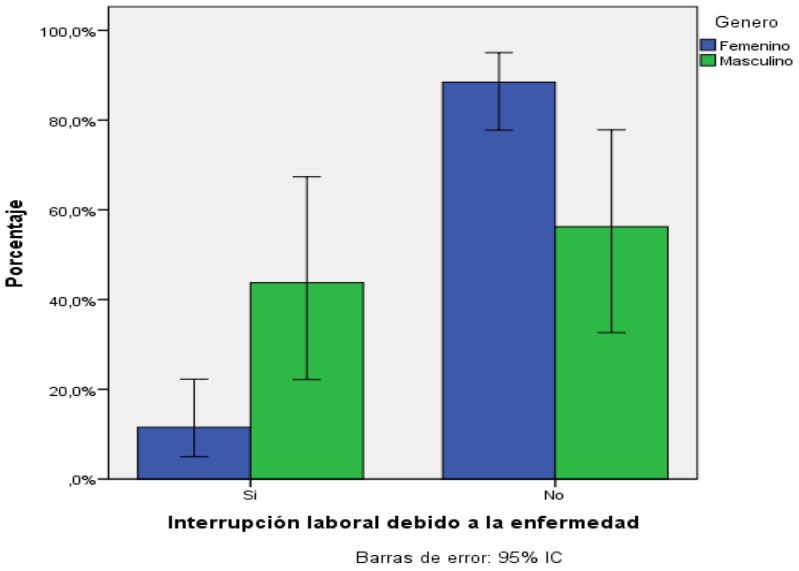


Tabla N° 9. Implicaciones laborales debido a la enfermedad según presentación de deformidades

		Presentación de deformidades	
		%	Valor PÀ
Incapacidades médicas en el último año	Si	37,0%	0.919
	No	63,0%	
Invalidez calificada debida a la enfermedad	Si	22,9%	0.269
	No	77,1%	
Interrupción laboral debido a la enfermedad	Si	22,9%	0.419
	No	77,1%	

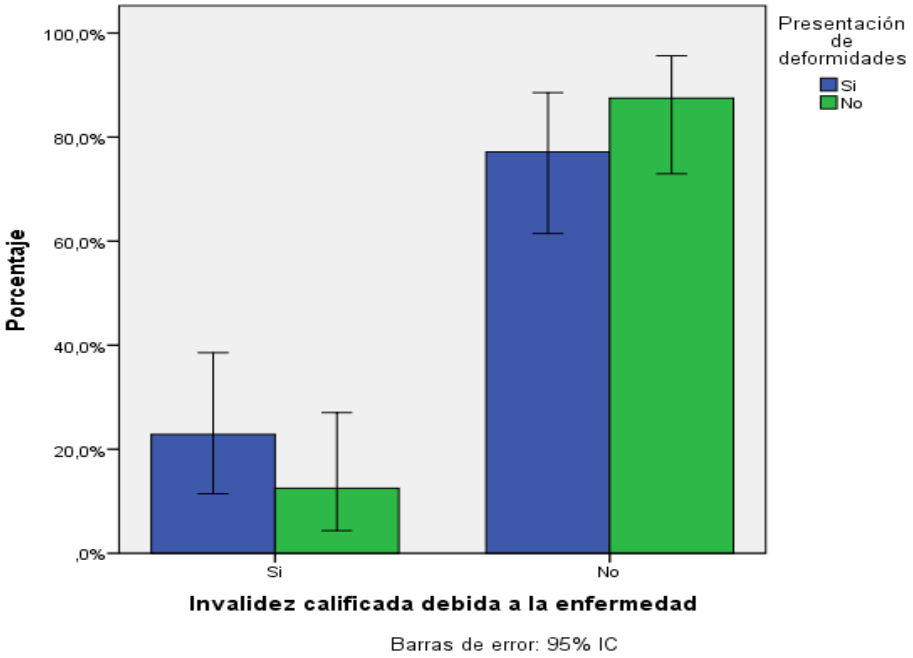
Fuente: creación propia

Donde:

À Valor P obtenido por el estadístico chi cuadrado de Pearson.

**El estadístico es significativo en el nivel 0,05.

Figura N°2. Distribución porcentual de la invalidez calificada según la presentación de deformidades debidas a la enfermedad.



El 76.9% de las personas con la enfermedad activa, refirieron el empeoramiento o aparición de síntomas de la enfermedad debido a su actividad laboral; y el 53.8 % refirió haberse incapacitado en el último año. A pesar de ello no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre este aspecto clínico y las condiciones evaluadas; tampoco con el número de horas diarias laboradas ni con la interrupción de su vida laboral debido a la enfermedad (tabla N° 10 y figura N°3).

El 35.7% de las personas seropositivas refirió haberse incapacitado en el último año y un 25% refirió haber sido calificado como inválido debido a la enfermedad; sin embargo estas asociaciones no fueron estadísticamente significativas (p >0.05) (tabla N°11 y figura N°4).

El 35.5% de la los pacientes con diagnóstico inicial de AR mayor a 5 años presentaron incapacidades en el último año, en tanto que un 21% refirieron invalidez calificada debido a la enfermedad; no hubo asociación estadísticamente

significativa entre dicha condición clínica y estas implicaciones médico-ocupacionales (tabla N° 12).

Tabla N° 10. Implicaciones y condiciones laborales según estado actual de la enfermedad

		Actividad de la enfermedad				
		Activa		En remisión		
		N	%	N	%	Valor PÀ
Horas diarias laboradas	8 horas o menos	6	46,2 %	16	38,1%	0.604
	Más de 8 horas	7	53,8 %	26	61,9%	
Exacerbación en el último año asociada al trabajo	Si	10	76,9 %	25	59,5%	0.333
	No	3	23,1 %	17	40,5%	
Incapacidades médicas en el último año	Si	7	53,8 %	13	31,0%	0.134
	No	6	46,2 %	29	69,0%	
Interrupción laboral debido a la enfermedad	Si	0	0,0%	13	23,6%	0.060
	No	13	100,0 %	42	76,4%	

Fuente: creación propia

Donde:

À Valor P obtenido por el estadístico chi cuadrado de Pearson o exacto de Fisher.

**El estadístico es significativo en el nivel 0,05.

Figura N°3. Distribución porcentual de horas diarias laboradas según estado actual de la enfermedad

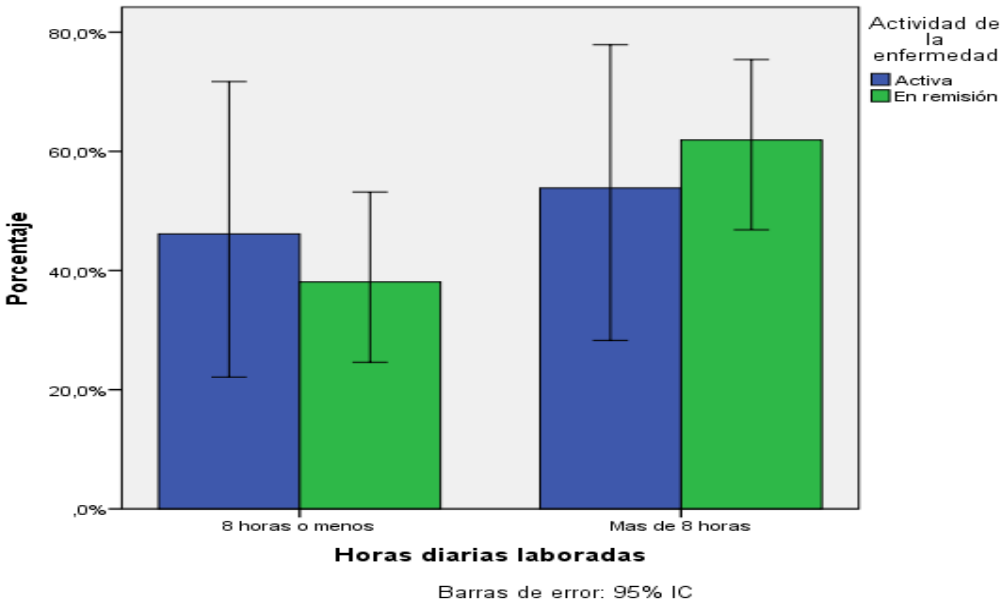


Tabla N° 11. Implicaciones laborales según clasificación serológica de la enfermedad

		Clasificación de la enfermedad				
		Seropositiva		Seronegativa		Valor PÀ
		N	%	N	%	
Incapacidades médicas en el último año	Si	10	35,7%	10	37,0%	0.919
	No	18	64,3%	17	63,0%	
Invalidez calificada debida a la enfermedad	Si	9	25,0%	3	9,7%	0.103
	No	27	75,0%	28	90,3%	
Interrupción laboral debido a la enfermedad	Si	9	24,3%	4	12,9%	0.233
	No	28	75,7%	27	87,1%	

Fuente: creación propia

Donde:

À Valor p obtenido por el estadístico chi cuadrado de Pearson

**El estadístico es significativo en el nivel 0,05.

Figura N°4.Distribución porcentual de interrupción laboral debido a la enfermedad según clasificación serológica

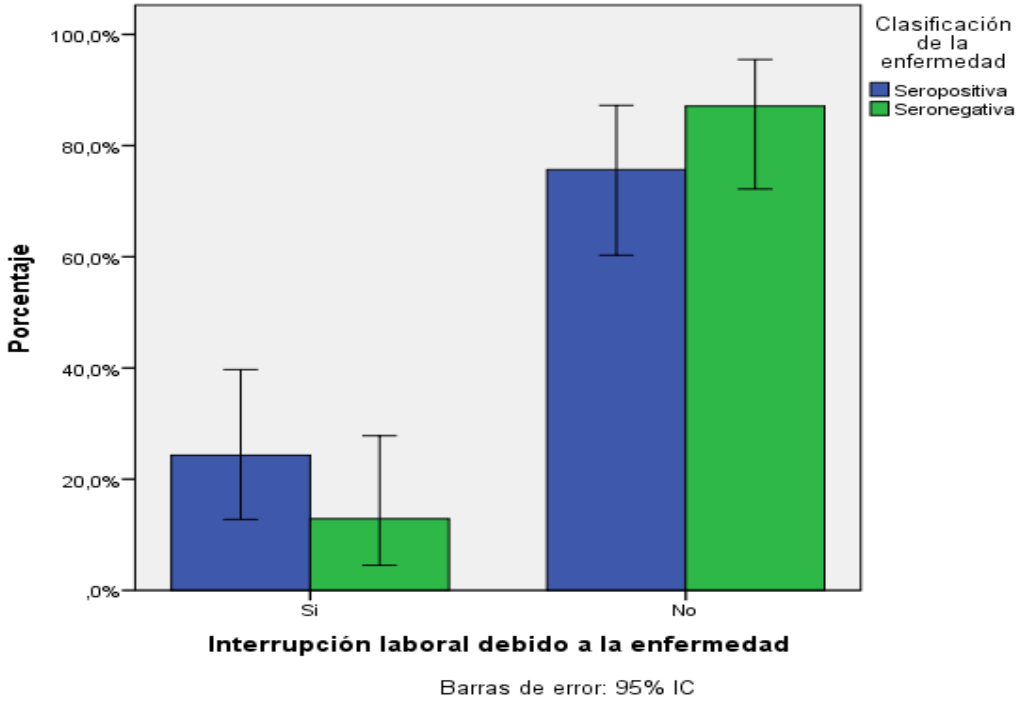


Tabla N° 12. Implicaciones laborales debido a la enfermedad según tiempo de diagnóstico

		Tiempo de diagnóstico		
		5 años o menos	**Más de 5 años**	**Valor PÀ**
		%	%	
Incapacidades médicas en el último año	Si	37,5%	35,5%	0.877
	No	62,5%	64,5%	
Invalidez calificada debida a la enfermedad	Si	13,8%	21,1%	0.443
	No	86,2%	78,9%	

Fuente: creación propia

Donde:

À Valor P obtenido por el estadístico chi cuadrado de Pearson

**El estadístico es significativo en el nivel 0,05.

7. DISCUSIÓN

Esta investigación ofrece una descripción detallada sobre las condiciones laborales y características sociodemográficas en una población de enfermos con AR, aspectos sobre los cuales se ha demostrado su importancia como predictores (24) y relevantes para el conocimiento de las implicaciones laborales que se deben a la enfermedad, entendida como un padecimiento de carácter crónico que afecta la funcionalidad del individuo en múltiples dimensiones y en consecuencia, el desempeño en las actividades cotidianas incluidas las de tipo ocupacional.

Dentro de las características sociodemográficas más importantes, el género de las personas afectadas por la AR se constituye como un factor asociado con la interrupción de la vida laboral, donde la población de sexo femenino presenta una mayor frecuencia de interrupción de acuerdo con los estudios realizados por Wallenius et al (24) y De Roos et al (25), explicado por factores clínicos propios del género, como la aparición de la enfermedad en una edad más temprana en comparación con el hombre (26), favoreciendo una mayor progresión de la AR con la consecuente discapacidad e interrupción de la vida laboral; en contraste con estos resultados, el presente estudio encontró que hubo una mayor frecuencia de interrupción de la vida laboral en la población de género masculino. Sin embargo, este resultado evidencia algunas limitaciones debido a la escasa población del género evaluada en el estudio, aunado a la presencia de otros factores sociodemográficos (nivel de educación, estrato socioeconómico, edad) y clínicos que de igual forma se han sido asociado con la interrupción de la vida laboral en personas con AR (27) y podrían estar confundiendo la asociación encontrada.

Como características clínicas evaluadas en la población del presente estudio, se tienen: la duración de la enfermedad y la presencia de factores reumatoides, que constituyen factores sobre los cuales se ha demostrado su valor pronóstico en la evolución de la AR (28,29,30), dado que condicionan la remisión de la enfermedad de manera inversamente proporcional, explicado en un mal pronóstico funcional con una mayor probabilidad de discapacidad laboral (6,31,32); acorde con ello, esta investigación encontró que la proporción de individuos que manifestaron una invalidez calificada debido a la enfermedad fue mayor en aquellos con una duración de la enfermedad superior a 5 años y con la presencia de factores reumatoides en suero.

Otra característica clínica evaluada fue la medición de la actividad inflamatoria de la AR mediante índices clinimétricos (DAS 28, CDAI, SDAI), los cuales han significado una herramienta de gran utilidad en la evaluación y seguimiento del tratamiento y evolución natural de la enfermedad (4) desde la perspectiva del clínico, adicional a ello se han constituido en factores pronósticos que permiten predecir el curso agresivo de la enfermedad con las consecuencias ya descritas. (30)

En la presente investigación aproximadamente el 77% de la personas con clasificación clínica definida como activa, manifestó una exacerbación de la enfermedad en el último año debido a su empleo actual. Al respecto, varios estudios han relacionado el agravamiento de los síntomas debido a la actividad laboral, como los desarrollados por Sokka *et al* y Wolfe *et al* (31,33) cuyos resultados de sus estudios prospectivos en trabajadores con AR evidenciaron al término del tiempo una enfermedad más severa en aquellas personas que nunca dejaron de trabajar.

Los resultados de la presente investigación ponen en manifiesto los aspectos que inciden en el desarrollo de la discapacidad laboral en personas con AR, los cuales, además de los inherentes al individuo y a la enfermedad, están representados por condiciones laborales que favorecen su agravamiento o limitan un correcto desempeño. El conocimiento de las implicaciones laborales generadas por la presentación de AR, promueve la implementación de estrategias de prevención e intervención en los pacientes y en sus lugares de trabajo con el objetivo de minimizar las secuelas derivadas por inadecuadas condiciones ocupacionales y el subsecuente costo económico y social por perdida de la productividad laboral.

8. CONCLUSIÓN

Dentro de las diferentes dimensiones afectadas por la AR en la vida del individuo, la dimensión social es una de las más aquejadas debido a las limitaciones en la funcionalidad física y psicológica que derivan en un desempeño laboral inadecuado y el riesgo de agravamiento de la enfermedad, condicionado además por factores sociodemográficos y clínicos, sobre los cuales emerge la necesidad de un enfoque de atención e intervención de la AR de acuerdo a los grupos de exposición, suponiendo un reto para las aseguradoras de riesgos laborales y profesionales de la salud ocupacional, en la minimización de las implicaciones negativas en el ámbito laboral de esta enfermedad crónica e incapacitante.

9. LIMITACIONES

El número de individuos incluidos en el estudio y la restricción de algunos análisis a un subgrupo de la población (pacientes con empleo actual), disminuyeron la precisión estadística de los resultados al realizar las comparaciones de grupos mediante los análisis bivariados; en consecuencia la capacidad de encontrar asociaciones estadísticamente significativas mediante la lógica de las pruebas de hipótesis, se vio restringida por la amplitud de los intervalos de confianza de las proporciones calculadas, para lo cual se hace necesario el aumento de la población.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gabriel SE. The epidemiology of rheumatoid arthritis. Rheum Dis Clin North Am 2001; 27 (2): 269-81.

2. Delgado-Vega A. Martín J. Granados J. Anaya J. Epidemiología genética de La artritis reumatoide: ¿Qué esperar de américa latina? Biomédica 2006; 26:562-84.

3. Anthony Fauci, Dennis L Kasper, Eugene, Branwuald. Arthritis Rheumatoid.16a edition. New York: McGraw-Hill; 2006. Cap. 314 .pág. 2083.

4. Sociedad española de reumatología. [Acceso: 23 Mayo 2014].Actualización de la guía de práctica clínica para el manejo de la artritis reumatoide en España 2011. Disponible en: http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_503_Guipcar_%28diciembre-2011%29.pdf

5. Bru C, Chaparro R, Rillo O, Casalla L,Tamborenea N, Mysler E, Tate G, Buschiazzo E, Correa M, Citera G, Cocco J, Baños A, Herscovich A. Productividad Laboral en Artritis Reumatoidea: relación con características clínica radiológicas. Rev. Arg Reumatol; 2012; 23(1): 6-20.

6. Mau W, Bornmann M, Weber H, Weidemann HF, Hecker H, Raspe HH. Prediction of permanent work disability in a follow-up study of early rheumatoid arthritis:results of a tree structured analysis using recpam. Mau Semin Arthritis Rheum.1991; 21:4ï 12

7. Caballero C. Artritis reumatoide como enfermedad de alto costo. RevistaColombiana de Reumatología; 2004; 11(3):225-31

8. Asociación colombiana de reumatología. Breve historia de la reumatología [Acceso: 25 mayo 2014]. Disponible en: http://www.asoreuma.org/interes3.php.

9. Gamarra A, Quintana G, Restrepo J. Prehistoria,historia y arte de la Reumatologia, Gota y Espondilitis Anquilosante Rev Colombia de Reumatología;2006; 13 (2):120-23

10. Sociedad reumatológica de Euskadi. Pequeños apuntes sobre nuestra especialidad desde sus inicios [Acceso: 25 mayo 2014]. Disponible en:

http://www.sreuskadi.com/~sreuskad/web/cont_p7.php?idp=8a16ae855467676ca007&idi=

11. García M, Quesada M. Artritis reumatoide: fisiopatología y tratamiento.Centro de información de medicamentos facultad de farmacia, Universidad de costa rica. [Acceso: 28 mayo 2014]. Disponible en: http://sibdi.ucr.ac.cr/boletinespdf/cimed4.pdf

12. Sánchez-Ramón S, López-Longo, Carreño L. Interleuquinas en la fisiopatología de la artritis reumatoide: más allá de las citoquinas proinflamatorias Reumatol Clin. 2011; 06(3):20-4

13. Durán E, González-Haba E, Herranz A. Pernía S. Farmacia hospitalaria: Reumatología. Cap.20 pag1466-1467. [Acceso: 28 mayo 2014]. Disponible en: http://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP20.pdf.

14. Barreto G, Cichevski V, Duarte A, Ferreira A, Lorenzo E, Morillo S,Sáez L, Souto S, Sosa A. Manual de diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide. Biomedicina; 2006, 108-10.

15. Gómez A. Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide. Reumatol Clin. 2011; 6(S3):S33ï S37

16. American college of rheumatology. Recommendations for the use of disease-Modifying antirheumatic drugs and biologic agents in the treatment of rheumatoid Arthritis; 64(5): 631-632.

17. Pincus T, Callahan LF. What is the natural history of rheumatoid arthritis? Rheum Dis Clin North Am. 1993; 19:123-51.

18. Wolfe F, Mitchell DM, Sibley JT, et al. The mortality of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 1994; 37:481-94

19. Pincus T.: The underestimated long term medical and economic consequences of rheumatoid arthritis. Drugs 1995; 50 Suppl 1: 1-14.

20. Anaya J, Correa P, Mantilla R, Jiménez F, Kuffner T, McNichol J Prevalencia y severidad de la artritis reumatoide en la población afrocolombiana de Quibdó. Acta Médica Colombiana. 1998; 23(6):322-33.

21. Londoño J, Fernández D, Salazar J, Saiibi D, Molina J, Valle R, Ruiz O, Iglesias A, Santos P, Reyes E. Cambio en la capacidad funcional, calidad de vida y actividad de la enfermedad, en un grupo de pacientes colombianos con artritis reumatoide refractaria al tratamiento convencional, que recibieron terapia con infliximab como medicamento de rescate. rev. fac. med. 2009; 17 (1):40-49

22. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. [Acceso: 03 de Julio de 2014]. Disponible en: http://www.wma.net/es/30publications/10policies/b3/

23. Resolución 8430 de 1993. [Acceso: 03 de Julio de 2014]. Disponible en: http://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Investigacion/comite_de_etica/Res__8430_1993_-_Salud.pdf

24. Wallenius M, Skomsvoll J, Koldingsnes W ,Rødevand E , Mikkelsen K, Kaufmann C, Kvien T. Comparison of work disability and health-related quality of life between males and females with rheumatoid arthritis below the age of 45 years, Scand J Rheumatol 2009;38:178ï 183

25. De Roos AJ, Callahan LF. Differences by sex in correlates of work status in rheumatoid arthritis patients. *Arthritis Care Res*1999; 12:381ï 91.

26. Uhlig T, Kvien TK, Glennas A, Smedstad LM, Forre O. The incidence and severity of rheumatoid arthritis: results from a county register in Oslo, Norway. J Rheumatol 1998; 25:1078ï 84.

27. Croon E, Sluiter J, Nijssen T, Dijkmans B , Lankhorst G , Frings-Dresen M. Predictive factors of work disability in rheumatoid arthritis: a systematic literature review. *Ann Rheum Dis* 2004; 63:1362-1367.

28. Graell E, Vazquez I, Larrosa M, Rodríguez-Cros JR, Hernández MV, Sanmartí R, et al. Disability measured by the modiýed health assessment questionnaire in early rheumatoid arthritis: prognostic factors after two years of follow-up. Clin Exp Rheumatol. 2009; 27:284ï 91.

29. Forslind K, Hafstrom I, Ahlmen M, Svensson B, the BSG. Sex: a major predictor of remission in early rheumatoid arthritis? Ann Rheum Dis. 2007; 66:46ï 52.

30. Robustillo M, Rodríguez J, ¿Son útiles los factores pronóstico en la artritis reumatoide?, Reumatol Clin. 2011; 7(5):339ï 342.

31. Wolfe F, Hawley DJ. The longterm outcomes of rheumatoid arthritis: work disability: a prospective 18 year study of 823 patients. *J Rheumatol*1998; 25:2108ï 17.

32. Callahan LF, Bloch DA, Pincus T. Identification of work disability in rheumatoid arthritis: physical, radiographic and laboratory variables do not add explanatory power to demographic and functional variables. *J Clin Epidemiol*1992; 45:127ï 38.

33. Sokka T , Kautiainen H, Möttönen T, Hannonen P. Work disability in rheumatoid arthritis 10 years after the diagnosis. *J Rheumatol*1999; 26:1681ï 5.

ANEXOS

Anexo 1. Formato de encuesta aplicada

IMPLICACIONES EN LA VIDA LABORAL DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDEA EN UNA IPS DE REUMATOLOGIA EN LA CIUDAD DE MEDELLIN 2013-2014.

1. **GENERO**
   A: FEMENINO
   B: MASCULINO

2. **EDAD**
   A) 20-30 AÑOS
   B) 31-40 AÑOS
   C) 40-50 AÑOS
   D) MAYOR DE 50 AÑOS

3. **ESTRATO SOCIO ECONOMICO**
   A) 1
   B) 2
   C) 3
   D) 4
   E) 5
   F) 6

4. **ESTADO CIVIL**
   A) CASADO
   B) SOLTERO
   C) UNION LIBRE
   D) DIVORCIADO (A)
   E) VIUDO (A)

5. OCUPACION

A) Directores y gerentes
B) Profesionales científicos e intelectuales
C) Técnicos y profesionales de nivel medio
D) Personal de apoyo administrativo
E) Trabajadores de los servicios y vendedores de comercios y mercados
F) Agricultores y trabajadores calificados agropecuarios, forestales y pesqueros
G) Oficiales, operarios y artesanos de artes mecánicas y de otros oficios
H) Operadores de instalaciones y máquinas y ensambladores
I) Ocupaciones elementales

6. ACTIVIDADES QUE REALIZA DIFERENTES AL TRABAJO

A) OFICIOS DE CASA
B) DEPORTES
C) MUSICA
D) ARTESANALES
E) OTROS

7. FUMA ACTUALMENTE

A) SI
B) NO

8. TIEMPO DE DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDEA:

A) MENOR DE 1 AÑO
B) DE 1 A 5 AÑOS
C) DE 5 A 10 AÑOS
D) MAYOR DE 10 AÑOS

9. ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD

A) ACTIVA
B) CONTROLADA
C) EN REMISION

10. CLASIFICACION DE LA ARTRITIS REUMATOIDEA:

A) SEROPOSITIVA
B) SERONEGATIVA

11. ¿PRESENTA DEFORMIDADES DEBIDO A LA ARTRITIS REUMATOIDEA?

A) SI
B) NO

12. ¿SE ENCUENTRA LABORANDO EN LA ACTUALIDAD?

A) SI
B) NO
Si la respuesta es NO, dirigirse a pregunta 28 y 29

13. ¿CUANTOS AÑOS DE VIDA LABORAL TIENE?

A) MENOR DE 5 AÑOS
B) DE 5 A 10 AÑOS
C) MAS DE 10 AÑOS

14. ¿HACE CUANTO LABORA EN SU EMPLEO ACTUAL?

A) MENOS DE 6 MESES
B) DE 6 MESES A 1 AÑO
C) MAYOR A 1 AÑO

15. ¿CUANTOS DIAS A LA SEMANA LABORA?

A) MENOS DE 4 DIAS
B) DE 5 A 6 DIAS
C) 7 DIAS

16. ¿CUANTAS HORAS LABORA DIARIAMENTE?

A) 4 HORAS DIARIAS
B) 6 HORAS DIARIAS
C) 8 HORAS DIARIAS
D) MAYOR DE 8 HORAS DIARIAS

17. EN QUE SECTOR TRABAJA :

A) PUBLICO
B) PRIVADO
C) INDEPENDIENTE

18. TIPO DE CONTRATACION EN SU EMPLEO ACTUAL:

A) CONTRATO TÉRMINO INDEFINIDO

B) CONTRATO TÉRMINO FIJO

C) CONTRATO POR PRESTACION DE SERVICIOS

D) CONTRATACION POR HORAS

E) OTRO TIPO DE CONTRATACION

19. ¿SU TRABAJO ACTUAL HA GENERADO LA APARICION O EMPEORAMIENTO DE SINTOMAS ASOCIADOS A ARTRITIS EN EL ÚLTIMO AÑO?

A) SI
B) NO

20. ¿DEBIDO A SU ENFERMEDAD, HA PRESENTADO INCAPACIDADES MÉDICAS EN EL ÚLTIMO AÑO?

A) SI
B) NO

21. ¿CUANTOS DIAS DE INCAPACIDAD HA TENIDO POR LA ARTRITIS EN EL ULTIMO AÑO?

A) DE 1 A 10 DIAS
B) DE 11- 20 DIAS
C) DE 21- 30 DIAS
D) MAS DE 30 DIAS

22. ¿DEBIDO A LA ARTRITIS REUMATOIDEA, HA RECIBIDO RECOMENDACIONES Y/O RESTRICCIONES LABORALES LUEGO DEL DIAGNOSTICO DE AR EN CUALQUIER MOMENTO DE SU VIDA LABORAL?

A) SI
B) NO

23. ¿HA SIDO REUBICADO DE SU PUESTO DE TRABAJO DEBIDO A LA ARTRITIS REUMATOIDEA?

A) SI
B) NO

24. ¿HA PERCIBIDO USTED ALGUN TIPO DE DISCRIMINACION EN SU LUGAR DE TRABAJO DEBIDO A SU ENFERMEDAD (AR)?

A) SI
B) NO

25. ¿CUAL ES LA CUANTIA DE SUS INGRESOS MENSUALES?

A) 1 SALARIO MINIMO LEGAL MENSUAL VIGENTE
B) DE 1- 2 SALARIOS MINIMOS LEGAL MENSUAL VIGENTE
C) DE 2- 3 SALARIOS MINIMOS LEGAL MENSUAL VIGENTE
D) MAS DE 3 SALARIOS MINIMOS LEGAL MENSUAL VIGENTE

26. ¿A QUE REGIMEN DE SALUD PERTENECE?

A) CONTRIBUTIVO
B) SUBSIDIADO
C) VINCULADO
D) REGIMEN ESPECIAL

27. POSEE ASEGURADORA DE RIESGOS LABORALES?

A) SI
B) NO
C) NO SABE

28. HA RECIBIO CALIFICACION DE INVALIDEZ DEBIDO A LA ARTRITIS REUMATOIDEA?

A) SI
B) NO

29. LA ARTRITIS REUMATOIDEA FUE LA CAUSA POR LA CUAL NO PUDO CONTINUAR TRABAJANDO:

A) SI
B) NO

Anexo 2. Carta de aprobación por parte de IPS ESPECIALIZADA

I.P.S. Especializada
Nit. 900.293.923-4

Medellín, 10 de Julio de 2014

EMPRESA

IPS ESPECIALIZADA

NIT

900.293.923-4

HACE CONSTAR QUE:

Se dió aprobación en el Comité de Ética, para aplicación de encuestas a los pacientes de ***IPS ESPECIALIZADA*** y para el uso de la información obtenida en las mismas por parte de los Doctores:

Dra. Paola Andrea Reyes Camacho	paoandreareyes@gamil.com
Dra. Mariluz Jaramillo Fernández	mariluzjaramillofernandez@gmail.com
Dr. Fabián Mejía Arrieta	mdfabianmejoa@gmail.com
Dra. Jenny Escobar Londoño	jennye044@gmail.com

I.P.S. Especializada

Lo anterior

Con el fin de llevar a cabo la investigación:

CONDICIONES Y LIMITACIONES LABORALES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDEA EN UNA IPS DE REUMATOLOGIA EN LA CIUDAD DE MEDELLIN.

I.P.S. Especializada
Nit. 900.293.923-4

La cual llevan a cabo cómo parte de su proceso de formación y les llevará a optar el título de Médicos Especialistas en Salud Ocupacional para Médicos, Universidad CES (Medellín) y cuyo Anteproyecto fue aprobado en mayo de 2013 Código: Acta 93 Proy 815 el cual quedó inscrito en la línea de investigación Salud ocupacional del grupo Observatorio de la Salud Pública y para la cual actualmente reciben Asesoría del Dr. José Ignacio Márquez.

Cordialmente,

LINA MARCELA CASTAÑO B.

COMITÉ DE ÉTICA
IPS ESPECIALIZADA

I.P.S. Especializada

Anexo 3. Carta de aprobación por parte de la Universidad CES

UNIVERSIDAD CES
Un Compromiso con la Excelencia

Medellín - miércoles, 29 de mayo de 2013

Estudiante posgrado
Paola Andrea Reyes Camacho paoandreareyes@gamil.com
Mariluz Jaramillo Fernandez mariluzjaramillofernandez@gmail.com
Fabián Mejía Arrieta mdfabianmejoa@gmail.com
Jenny Escobar Londoño jennye044@gmail.com
Especialización en Salud Ocupacional para médicos
Medellín

Asunto: Comunicación del Comité Operativo de Investigaciones. ***Código:*** ***Acta93Proy815***

Proyecto: CONDICIONES Y LIMITACIONES LABORALES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDEA EN UNA IPS DE REUMATOLOGIA EN LA CIUDAD DE MEDELLIN 2013-2014

Respetado(s) estudiante(s):

En el Comité Operativo de Investigaciones de la Facultad de Medicina de nuestra Universidad se aprobó, como consta en el Acta No. 93 de mayo de 2013, su anteproyecto de investigación "CONDICIONES Y LIMITACIONES LABORALES DE PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE ARTRITIS REUMATOIDEA EN UNA IPS DE REUMATOLOGIA EN LA CIUDAD DE MEDELLIN 2013-2014".

El anteproyecto de investigación se inscribe en la línea de investigación Salud ocupacional del grupo Observatorio de la Salud Pública, recibirán la asesoría del Dr. José Ignacio Márquez y deben contactarlo en el correo electrónico jose.marquez@colmedicos.com.

Cordial saludo,

LILIANA PATRICIA MONTOYA VÉLEZ
Coordinadora Investigaciones
Secretaria Comité Operativo de Investigaciones
Facultad de Medicina

Copia: Dr(a). José Ignacio Márquez, Asesor(a) (jose.marquez@colmedicos.com)
Dr(a). Hernán García, Jefe División Posgrados en Salud Pública (hgarcia@ces.edu.co)
Dr(a). Sandra Angulo, Coordinadora académica (sanguloe@ces.edu.co)

Calle 10 A No. 22-04 • A.A. 054 591 • Medellín-Colombia • Conmutador: 444 05 55 • Fax: 266 60 46
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007 • NIT. 890.984.002-6