

INVESTIGACIÓN ORIGINAL

Efectividad de una Intervención Educativa en Pacientes con Artritis Reumatoide. Hospital Universidad del Norte. Barranquilla.

Abril-Mayo de 2005

María Esther Escorcía¹, Habid de Jesús Osorio¹, Carlos Andrés Pérez¹,
Mónica del Carmen Thulcán¹, Carlo V. Caballero Uribe², Mariela Borda Pérez³

Resumen

Objetivos: determinar la efectividad de una intervención en pacientes con Artritis Reumatoide que asisten a la consulta externa del Hospital Universidad del Norte (HUN) de la ciudad de Barranquilla.

Materiales y Métodos: estudio cuasi experimental de antes-después, que consistió en el diseño, aplicación y evaluación de una intervención educativa. La población objeto de estudio fue de diecinueve pacientes que asistían a la consulta reumatológica del HUN y cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. La intervención tuvo una duración total de nueve horas y en ella se manejaron aspectos relevantes sobre la enfermedad, haciendo énfasis en el automanejo. La información fue recolectada antes de la intervención y después de esta, mediante la aplicación de test autodilenciados destinados a evaluar cada una de las variables de estudio, tales como: conocimiento acerca de la enfermedad, calidad de vida, dolor, estado general de salud y

estado funcional de la enfermedad. Asimismo se categorizó la población por variables sociodemográficas y características de la enfermedad.

Resultados: el 89,5% de los pacientes eran mujeres, con una media de edad de 53,11 años $\pm$ 18,21. La duración de la artritis fue de 4,68 años $\pm$ 3,36. Se encontró asociación significativa entre la intervención educativa y mejoría en el conocimiento acerca de la enfermedad ($p = 0,00$), función física ($p = 0,05$) y rol físico ($p = 0,018$). No se encontró asociación significativa entre la intervención y la mejoría del dolor, estado general de salud y estado funcional de la persona.

Conclusiones: la educación mejora el conocimiento acerca de la enfermedad, la función física y el rol físico.

Palabras clave: artritis reumatoide, intervención educativa.

Summary

Objective: the goal of the study was to determine the effectiveness of an education program in

1 Estudiantes de IX semestre de Medicina. Universidad del Norte.

2 Médico Internista - Reumatólogo, Profesor de la Universidad del Norte de Barranquilla.

3 Nutricionista, Magíster en Salud Pública, Profesora de la Universidad del Norte de Barranquilla.

Recibido para publicación: agosto 26/2005
Aceptado en forma revisada: octubre 28/2005

patients with Rheumatoid Arthritis who assist to Hospital Universidad del Norte (HUN).

Methods: we performed a quasi experimental study in people with rheumatoid arthritis who assisted to HUN and met the inclusion and exclusion criteria. The main intervention was a 3 week education programme, each weekly session lasting 3 hours. Assesments were made at entry and at the end of the intervention. The main outcome variables were: patient knowledge, quality of life, pain, general health status and general functional status. The population was categorized by variable demographic aspects and characteristics of the illness.

Results: the sample ($n = 19$) comprised 89,5% women with a mean age of $53,11 \pm 18,21$ years. The disease duration was $4,68 \pm 3,36$ years. At the end of the intervention, compared with baseline, treatment subjects demonstrated improvement in knowledge ($p = 0,00$). The “physical function” and “physic role” subscales of the SF-36 showed a significant improvement in the education group ($p < 0,05$). No significant differences were found for pain, general health status and general functional status.

Conclusions: the patient education generates improvements in knowledge, physical function and physic role. Further studies of this kind, using larger patient numbers, are required.

Key words: rheumatoid arthritis, patient education, intervention.

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica y multisistémica de etiología desconocida; aunque existe una amplia gama de manifestaciones sistémicas en esta enfermedad, la alteración característica de la AR es una sinovitis inflamatoria persistente que habitualmente afecta las articulaciones periféricas con una distribución simétrica. El signo esencial de la enfermedad es la capacidad de la inflamación sinovial para producir una destrucción del cartílago con erosiones óseas y deformidades articulares en fases posteriores. A pesar de su potencial destructor, la evolución de la AR puede ser muy va-

riable. Algunos pacientes pueden presentar únicamente un proceso oligo-articular de breve duración y con lesiones articulares mínimas, mientras que otros padecen una poli-artritis progresiva e imparable que evoluciona hacia la aparición de deformidades articulares importantes.

La prevalencia de la AR en el mundo es aproximadamente del 0,8% de la población (intervalo, 0,3 a 2,1%)¹; las mujeres se afectan con una frecuencia tres veces superior a la de los varones. La prevalencia aumenta con la edad, y las diferencias entre los sexos disminuyen en el grupo de población de edad avanzada. La AR se observa en todo el mundo y afecta a todas las razas. Sin embargo, la incidencia y la gravedad son aparentemente menores en las áreas rurales del África Subsahariana y en las personas de raza negra del Caribe. Su inicio es más frecuente durante el cuarto y quinto decenios de la vida, de forma que el 80% de todos los pacientes contrae la enfermedad entre los 35 y los 50 años de edad¹.

La AR ha sido asociada con una alta tasa de discapacidad, depresión y otros trastornos psicológicos, disminución en la calidad de vida y percepción de impotencia, entre otros². El tratamiento farmacológico de los pacientes con AR se basa en el uso de analgésicos, antiinflamatorios y drogas modificadoras de la enfermedad (DME). Las DME son medicamentos que tienen un margen terapéutico estrecho y múltiples efectos secundarios; sin embargo, se ha demostrado que pueden modificar el curso de la enfermedad disminuyendo su progresión y la aparición de la discapacidad³. La educación al paciente es una ayuda no farmacológica que puede aumentar la adherencia terapéutica de los pacientes^{4,5}.

La educación del paciente ha sido definida como un grupo de actividades diseñadas y planeadas para favorecer la adopción de conductas y conocimientos que conduzcan al bienestar biopsicosocial⁵. Se considera que la educación debe ser el primer paso en el manejo del paciente con AR, porque le permite tomar parte activa en su proceso de recuperación y dar un consentimiento informado para el inicio del tratamiento⁴.

La educación del paciente con AR y su familia es un componente importante del plan terapéutico para ayudar a todos los implicados a conocer el impacto

potencial de la enfermedad y establecer las modificaciones más adecuadas en su estilo de vida, a fin de maximizar la satisfacción y minimizar la sobrecarga de las articulaciones.

El efecto de la educación en el estado de salud de los pacientes ha sido evaluado en múltiples estudios. Riemsma et al.⁶, en un meta-análisis realizado en el Reino Unido (2001), propusieron la división de ésta en tres tipos: información (panfletos, documentación), consejería (soporte social, discusión en grupos sobre problemas del paciente) y terapia comportamental (desarrollo de destrezas para el cuidado personal y manejo de la enfermedad). Se encontró que la educación en pacientes con AR tiene efectos modestos a corto plazo, mejorando la evaluación global del paciente, la discapacidad, el índice articular y el estado psicológico. La educación de tipo informativo no mostró efectos significativos en dolor, discapacidad, índice articular, evaluación global del paciente, ansiedad y depresión. Los hallazgos de su influencia en el dolor y el estado psicológico mostraron una tendencia a la significancia. Por otro lado, la educación de tipo “consejería” no mostró efectos importantes en las escalas de dolor, discapacidad, índice articular, estado global del paciente, ansiedad, depresión ni actividad de la enfermedad. Sin embargo, se encontró una tendencia a la mejoría en el estado psicológico. La terapia conductual fue el único tipo de intervención educativa que mostró un efecto significativo en la discapacidad, aunque éste fue modesto.

Las Guías de tratamiento para AR y OA, según The American College of Rheumatology¹, incluyen la educación a los pacientes con aumento en el autocuidado como primera línea de tratamiento. La educación a los pacientes basada en el autocuidado no solo implica la transmisión de información, sino que se apoya en múltiples estrategias para promover comportamientos, técnicas y creencias saludables.

La educación de calidad para pacientes en condiciones crónicas como la artritis está diseñada para promover el autocuidado, creencias o conductas que las personas deberían usar en su condición para el mantenimiento óptimo de su estado de salud o calidad de vida⁷.

Un metaanálisis clínico de educación a pacientes con AR demostró cambios satisfactorios en el dolor,

en la discapacidad funcional y articulaciones dolorosas comparado con intervenciones basadas solamente en la diseminación de la información⁸.

El programa de educación a pacientes con artritis que cuenta con un mejor soporte es el Arthritis Self-Management Program (ASMP) diseñado por Lorig y colegas en la Universidad de Stanford. En los Estados Unidos el ASMP ha sido adoptado por la Arthritis Foundation y diseminado a lo largo de la nación como el Arthritis Self-Help Course. Un seguimiento durante cuatro meses de los participantes del ASMP demostró disminución del dolor y un aumento en el conocimiento sobre artritis y en la frecuencia de ejercicio, comparados con un grupo control. El programa tuvo una duración de seis semanas, con una sesión semanal de dos horas de duración⁹.

En este estudio se empleó el programa educativo diseñado por Lorig et al. como punto de partida para la creación y ejecución de una intervención educativa en pacientes con AR, con el fin de determinar la efectividad de la misma.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio cuasiexperimental de antes y después que consistió en el desarrollo, aplicación y evaluación de una intervención educativa para pacientes con Artritis Reumatoide que asisten a la consulta de Reumatología del Hospital Universidad del Norte (HUN).

La población elegida fueron todas aquellas personas con AR que asistían a la consulta externa reumatológica en el HUN, de la ciudad de Barranquilla, que cumplieran con criterios de inclusión como son: a. Asistir periódicamente a la consulta reumatológica del HUN; b. Personas con diagnóstico de la enfermedad mediante pruebas de laboratorio. Los criterios de exclusión fueron: a. Personas que no desean participar de forma activa del proceso de educación luego de tener información de éste; b. Personas que alguna vez hayan participado en otro tipo de programa educativo acerca de su enfermedad; c. Algún impedimento para asistir a las tres sesiones; d. Limitación severa de la capacidad motriz.

Para determinar los aspectos de mayor interés acerca de la enfermedad, se aplicó una encuesta piloto a

finales del año 2004 en personas que asistían a la consulta externa de diferentes especialidades del HUN, incluyendo la consulta reumatológica. Se encuestaron tanto pacientes como acompañantes (60 personas en total). El test constaba de dos partes: la primera evaluaba el conocimiento acerca de la AR y la segunda estaba dirigida a determinar aspectos que desearían conocer sobre la enfermedad. Los resultados mostraron que tanto los pacientes reumatológicos como aquellos que asistían a otra especialidad desearían saber más acerca de los siguientes ítems, en orden de frecuencia: 1) Naturaleza y curso de la enfermedad, 2) Tratamiento farmacológico y 3) Medidas no farmacológicas e importancia del auto-manejo en la AR.

Teniendo en cuenta las necesidades e intereses expresados en la prueba piloto, se elaboró una intervención educativa dirigida a satisfacer estas inquietudes, utilizando un lenguaje de fácil interpretación acorde con el nivel sociocultural de la comunidad asistente. La duración de la intervención fue de tres semanas; se realizó una sesión semanal, cada una de tres horas de duración para un total de nueve horas de capacitación.

Para seleccionar los participantes del programa educativo, inicialmente se contactó vía telefónica a 126 pacientes con AR (a partir de la base de datos del Hospital Universidad del Norte) y se les informó, de manera general, en qué consistía la intervención. Aquellos que de forma libre y espontánea aceptaron participar, fueron incluidos dentro de la población, siempre y cuando cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión anteriormente definidos.

Un total de 44 personas aceptaron participar en la intervención. Luego de enviarles una invitación, solo 28 pacientes (63,34%) de los 44 asistieron a la primera sesión y 19 (67,8%) a la segunda y tercera sesión.

Cada sesión incluía una charla magistral, moderada por un médico conocedor del tema; una sesión práctica, con énfasis en el rol del ejercicio físico en la AR, dirigida por un fisioterapeuta; y por último, un taller vivencial orientado por un psicólogo que buscaba ofrecer a los pacientes una forma de sobrellevar la depresión a causa de sus limitaciones físicas.

Las macrovariables y variables del estudio fueron: 1) Variables socio-demográficas: edad, sexo, estado civil, escolaridad, ocupación y estrato socio-económico; 2) Antecedentes personales: duración de la enfermedad, comorbilidad, medicamentos utilizados para el control de la AR, número de consultas con el reumatólogo en los últimos 6 meses y 3) Efectividad de la intervención: conocimiento acerca de la enfermedad, calidad de vida, dolor, estado general de salud y estado funcional.

Los datos se tomaron de una fuente primaria y se emplearon los siguientes cuestionarios autodiligienciados: 1) Cuestionario de conocimiento sobre Artritis Reumatoide; 2) Cuestionario sobre calidad de vida relacionada con la salud (SF-36); 3) Escala visual análoga de dolor y estado general de salud (VAS); 4) Cuestionario sobre estado funcional (Health Assemente Questionnaire HAQ) y 5) Cuestionario para la evaluación de la intervención educativa.

Los datos se tabularon mecánicamente mediante SPSS v. 12,0 en español. La información se analizó también mediante SPSS, empleando para ello porcentajes, media y desviación estándar. Para las variables que midieron la efectividad de la intervención se calculó la asociación estadística a través de comparación de medias y el valor de *p*.

Resultados

La población objeto de estudio comprendió 19 pacientes, de los cuales 89,5% eran mujeres. La edad promedio fue de 53,11 años ($DE \pm 18,21$ años). Ver Tabla 1.

Al evaluar las variables socio-demográficas se encontró que el 36,8% de la población participante durante la intervención realizó sus estudios académicos hasta primaria incompleta. Un 42,1% estaban casados. El porcentaje de desempleados y de personas que viven en estrato socioeconómico dos fue del 47,4% y 52,6% respectivamente.

En cuanto a los antecedentes personales, se encontró que la duración promedio de la enfermedad fue de 4,68 años ($DE \pm 3,36$ años). El 68,4% de la población intervenida presentaba otra patología asociada a su artritis reumatoide y el mayor porcentaje de personas tenían Hipertensión arterial/

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población de pacientes con AR. Hospital Universidad del Norte. Barranquilla. Mayo de 2005.

Características	Población objeto de estudio (n = 19)
Sexo	
Femenino	89,5 %
Masculino	10,5 %
Edad en años	53,11 ± 18,21
Nivel de Escolaridad	
Primaria Incompleta	36,8 %
Primaria Completa	15,8 %
Bachillerato	10,5 %
Incompleto	10,5 %
Bachillerato Completo	5,3 %
Técnico	21,1 %
Universidad	
Estado Civil	
Soltero	10,5 %
Casado	42,1 %
Separado	21,1 %
Viudo	15,8 %
Unión Libre	10,5 %
Ocupación	
Empleado	5,3 %
Independiente	21,1 %
Desempleado	47,4 %
Pensionado	26,3 %
Estrato Socioeconómico	
Uno	10,5 %
Dos	52,6 %
Tres	31,6 %
Cuatro	5,3 %

AR: Artritis Reumatoide.

Fuente: encuestas realizadas a pacientes con AR. Hospital Universidad del Norte. Barranquilla. Mayo, 2005.

Enfermedad cardiovascular (36,8%). El 89,5% de la población manifestó consumir medicamentos para controlar su artritis; dentro de estos medicamentos los AINES son consumidos por el 84,2% de los participantes en esta intervención. El 31,6% de los pacientes intervenidos no había asistido a consulta reumatológica en los últimos seis meses (ver tabla 2).

Para la evaluación de la intervención, mediante la comparación antes-después, solo se tuvieron en cuenta los 19 pacientes que asistieron a las tres sesiones, debido a la pérdida dentro del seguimiento,

Tabla 2. Características de la enfermedad en la población de pacientes con AR. Hospital Universidad del Norte. Barranquilla. Mayo de 2005.

Característica	Población n = 19
Duración de la Artritis Reumatoide	4,68 ± 3,36
1 – 5 años	68,4 %
6 – 10 años	26,3 %
Más de 10 años	5,3 %
Presencia de Comorbilidad	68,4 %
HTA / Enf. cardiovascular	36,8 %
Osteoporosis	31,6 %
Anemia / Enf. sanguínea	10,5 %
Sobrepeso / Obesidad	10,5 %
Enfermedad mental	5,3 %
Diabetes Mellitus	5,3 %
Enfermedad hepática	5,3 %
Consumo de medicamentos para el control de la artritis	89,5 %
AINES	84,2 %
Corticoides	68,4 %
DMARD	68,4 %
No. de consultas con el reumatólogo en los últimos 6 meses	
No ha asistido	31,6 %
Asistió una sola vez	21,1 %
Dos a Tres veces	21,1 %
Cuatro a Cinco veces	5,3 %
Seis veces	21,1 %

AR: Artritis Reumatoide. HTA, Hipertensión arterial; AINES, antiinflamatorios no esteroideos; DMARD, Drogas modificadoras de la enfermedad.

Fuente: encuestas realizadas a pacientes con AR. Hospital Universidad del Norte. Barranquilla. Mayo, 2005.

a fin de asegurar un mayor grado de comparabilidad. Al observar las características sociodemográficas se evidencia una tendencia similar a la observada en los 28 pacientes iniciales; los cambios observados fueron: aumentaron las personas con primaria incompleta (de 32,1% a 36,8%) y las personas casadas (de 39,3% a 42,1%), y disminuyeron los desempleados (de 50% a 47,4%) y la población de estrato socioeconómico dos (de 57,1% a 52,6%).

En cuanto a las características de la enfermedad, el porcentaje de variabilidad con respecto a los 28 pacientes iniciales fue el siguiente: disminuyeron la presencia de comorbilidad (de 71,4% a 68,4%), el consumo de medicamentos (de 92,9% a 89,5%) y el número de personas que no habían asistido a consulta con el reumatólogo durante los últimos seis meses (de 35,7% a 31,6%).

Al analizar las variables antes de la intervención se observó que los participantes tenían un aceptable conocimiento de la enfermedad ($6,37$ con $DE \pm 1,34$). Con respecto al SF-36 se encontró que los pacientes presentaban un buen estado de salud; las subescalas rol físico y dolor corporal presentaban un puntaje por debajo del promedio normal. La escala visual análoga del dolor mostró que las personas tenían un adecuado manejo del dolor ($4,16$ con $DE \pm 2,81$). El estado general de salud y el estado funcional fueron buenos ($3,98$ con $DE \pm 2,8$ y $0,53$ $DE \pm 0,48$, respectivamente).

La tabla 3 muestra un aumento significativo en el conocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes ($6,37 \pm 1,34$ versus $7,74 \pm 1,09$; $p = 0,00$). Con respecto al SF-36 sólo se produjeron cambios significativos en dos de las ocho sub-escalas: “función física” ($62,36 \pm 22,75$ versus $72,36 \pm 23,59$; $p = 0,05$) y “rol físico” ($50 \pm 42,49$ versus $82,89 \pm 34,41$; $p = 0,018$). A pesar del aumento en otras subescalas del SF-36, estos cambios no fueron estadísticamente significativos.

De conformidad con el índice de discapacidad (estado funcional de la enfermedad), medido

Tabla 3. Cambios en las variables objeto de estudio antes y después de la intervención en la población de pacientes con AR. Hospital Universidad del Norte. Barranquilla. Mayo de 2005.

Variables Objeto de Estudio	Antes de la Intervención Media (SD)	Después de la Intervención Media (SD)	Valor de P
Conocimiento (0-10, ↑= Mejoría)	6,37 (1,34)	7,74 (1,09)	0,00*
Calidad de vida			
Función Física (0-100, ↑= Mejoría)	62,36 (22,75)	72,36 (23,59)	0,05*
Rol Físico (0-100, ↑= Mejoría)	50 (42,49)	82,89 (34,41)	0,018*
Dolor Corporal (0-100, ↑= Mejoría)	48,84 (29,01)	56 (31,4)	0,159
Salud General (0-100, ↑= Mejoría)	51,36 (23,44)	60,73 (22,27)	0,074
Vitalidad (0-100, ↑= Mejoría)	64,21 (26,47)	69,73 (22,32)	0,087
Función Social (0-100, ↑= Mejoría)	76,97 (20,94)	80,26 (20,11)	0,530
Rol Emocional (0-100, ↑= Mejoría)	89,47 (27,33)	80,70 (38,99)	0,205
Salud Mental (0-100, ↑= Mejoría)	69,68 (24,48)	74,10 (22)	0,337
Dolor (0-10, ↓=Mejoría)	4,16 (2,81)	3,9 (2,56)	0,711
Estado general de salud (0-10, ↓=Mejoría)	3,98 (2,8)	4,02 (3,12)	0,961
Estado funcional (0-3, ↓=Mejoría)	0,53 (0,48)	0,31 (0,32)	0,063

* Asociación estadísticamente significativa (valor de $p < 0,05$). AR: Artritis Reumatoide.

Fuente: encuestas realizadas a pacientes con AR. Hospital Universidad del Norte. Barranquilla. Mayo de 2005.

mediante el HAQ, no se encontró diferencia significativa antes -después ($0,53 \pm 0,48$ versus $0,31 \pm 0,32$; $p = 0,063$), siendo menor el promedio en la medición final. Igual situación se observó frente al dolor ($4,16 \pm 2,81$ versus $3,9 \pm 2,56$; $p = 0,711$). Para el estado de salud la variación antes-después no fue significativa ($p = 0,961$), como en los casos anteriores.

En cuanto a los resultados referentes a la evaluación de la intervención, se encontró que en cada una de las subescalas, 1) Evaluación del docente; 2) Evaluación del contenido de la intervención y 3) Evaluación general de la intervención, todos los pacientes coincidieron en otorgar la mayor puntuación posible en cada uno de los ítems contenidos en cada subescala, para una puntuación final de 5 (correspondiente a “excelente”).

Discusión

Múltiples autores¹⁰⁻¹⁵ han evaluado el efecto de las intervenciones educativas en el conocimiento sobre la artritis reumatoide. Branch et al.¹⁰ mostró mejoría significativa del conocimiento acerca de la enfermedad 8 semanas después de efectuado el programa educativo en el grupo intervenido, en comparación con el grupo control ($6,48 \pm 0,31$ versus $5,35 \pm 0,35$, respectivamente, $p = 0,02$). Aunque se observaron resultados positivos, la duración del estudio fue corta: el grupo intervenido solo recibió una sesión y una llamada de seguimiento del educador. Es posible que hubiese ocurrido un impacto mayor si los pacientes hubieran experimentado múltiples contactos con el educador. Además, no se impuso un límite en la duración de la sesión de cada paciente con el educador (algunos pacientes tuvieron un tiempo muy breve mientras que otros emplearon más tiempo con el educador).

Helliwell et al.¹¹ evaluaron el conocimiento a través del “cuestionario de conocimiento del paciente” (PKQ, del inglés Patient Knowledge Questionnaire). Fue determinado al inicio del estudio, a las cuatro semanas y a los doce meses después de finalizada la intervención, consistente en un programa educativo de cuatro semanas de duración (cuatro sesiones semanales, cada una de dos horas de duración). El grupo intervenido mostró mejor conocimiento sobre la

enfermedad que el grupo control, a los doce meses (puntajes del PKQ: 21 versus 17, $p = 0,0002$).

En el presente estudio, al igual que los mencionados previamente, se encontró mejoría significativa en el conocimiento de los pacientes acerca de la enfermedad al comparar los resultados obtenidos antes y después de realizada la intervención ($6,37 \pm 1,34$ versus $7,74 \pm 1,09$, respectivamente, $p = 0,00$).

Lorig et al.¹² han argumentado que los beneficios de los programas educativos para pacientes son mediados por mejoría en la autoeficacia (definida como la seguridad de una persona de poder realizar determinada actividad con éxito). Aunque las personas no pueden participar de su propio cuidado sin conocimiento, éste debe ser empleado para mejorar comportamientos en salud que resulten en actitudes positivas para el control de su enfermedad. Nuestro programa educativo no fue diseñado específicamente para evaluar la autoeficacia, pero repetidamente se enfatizó en estrategias de manejo no farmacológico y autocuidado, y estas características, junto con la interacción grupal (oportunidad de compartir experiencias con otras personas durante las sesiones), pueden haber resultado en mejoría de la autoeficacia.

Los programas educativos con énfasis en el auto-manejo han demostrado poca mejoría en la calidad de vida de los participantes. En el estudio realizado por Helliwell y cols.¹¹, al comparar los resultados del SF-36 al inicio y a los doce meses de terminada la intervención, no se observaron diferencias significativas en el grupo control, pero el grupo intervenido mostró mejorías significativas en las subescalas “función social” (75 versus 82,5, $p = 0,05$) y “salud general” (53,5 versus 57, $p = 0,01$), al comparar los resultados al inicio y al año de la intervención. No se observaron diferencias significativas al realizar comparación entre ambos grupos.

En nuestro estudio, al comparar los resultados iniciales con los obtenidos al final de la intervención, se observaron diferencias significativas en las subescalas “función física” ($62,36 \pm 22,75$ versus $72,36 \pm 23,59$, $p = 0,05$) y “rol físico” ($50 \pm 42,79$ versus $82,89 \pm 34,41$, $p = 0,018$) del cuestionario de calidad de vida, SF-36. Aunque los resultados de las otras subescalas no presentaron diferencias significativas, existe una tendencia a la mejoría en la mayoría de ellas.

Los resultados sugieren que la educación no produce mejoría significativa en la calidad de vida de los pacientes a corto o largo plazo; esto probablemente obedece a la presencia concomitante de otras variables que influyen en la calidad de vida, tales como: edad, estrato socioeconómico, duración de la enfermedad y presencia de comorbilidad. Al indagar por la presencia de otras enfermedades diferentes a la artritis reumatoide en la población objeto de estudio, un alto porcentaje de los pacientes (68,4%) respondió afirmativamente; en ocasiones algunos individuos manifestaron padecer más de una patología. Lo anterior pudo haber afectado negativamente los resultados de la evaluación de la calidad de vida.

La presencia de dolor agudo y/o crónico constituye una gran preocupación para los pacientes con artritis reumatoide. En cuanto a los efectos de los programas educativos en el dolor, los resultados difieren de un autor a otro. Barlow et al.¹³ observaron pequeñas pero significativas reducciones en el dolor al comparar los resultados iniciales con los obtenidos a los cuatro meses ($6,42 \pm 2,6$ versus $5,8 \pm 2,49$, $p = < 0,01$) y a los 12 meses de realizada la intervención ($6,42 \pm 2,6$ versus $5,84 \pm 2,74$, $p = < 0,05$). Los autores involucraron pacientes con enfermedades reumáticas diferentes a la artritis reumatoide; de hecho, sólo el 46% de la población estudiada padecía la enfermedad. Lo anterior pudo haber favorecido los resultados obtenidos en lo referente al dolor.

Otros estudios controlados aleatorizados, en los que se han empleado programas educativos con contenido similar al ASMP (Arthritis Self-Management Program), no han reportado diferencias significativas en la reducción del dolor al comparar el grupo intervenido con el grupo control después de doce meses¹⁴ y catorce meses¹⁵. De manera similar, nuestro estudio no mostró reducciones significativas en el dolor al comparar los resultados iniciales con los obtenidos al final de la intervención. Cabe mencionar que Taal et al.¹⁵ únicamente incluyó pacientes con AR, al igual que en el presente estudio.

El índice de discapacidad ha sido determinado a través del HAQ por diversos autores. Barlow et al.¹³ encontraron un alto puntaje del HAQ al inicio del estudio ($1,57 \pm 0,77$), indicando una discapacidad

física importante. Al evaluar los resultados obtenidos cuatro y doce meses después no se observaron diferencias significativas con respecto al valor inicial; se presentó una tendencia al aumento entre los cuatro meses ($1,52 \pm 0,72$) y los doce meses ($1,59 \pm 0,74$). Sin embargo, los autores argumentan que un puntaje en el HAQ relativamente estable durante un periodo de doce meses, indica un efecto terapéutico, pues la discapacidad suele aumentar con la edad y la duración de la enfermedad.

En contraste con lo mencionado previamente, en nuestro estudio el puntaje del HAQ al inicio de la intervención fue bajo ($0,53 \pm 0,48$); aunque al final se observó una ligera mejoría del estado funcional, ésta no fue estadísticamente significativa ($0,31 \pm 0,32$, $p = 0,063$). Las diferencias entre los puntajes iniciales de ambos estudios pudo haber sido influenciada por el promedio de duración de la enfermedad; éste fue mucho mayor en el estudio de Barlow¹³ ($14,9 \pm 11,1$) que en el presente estudio ($4,43$ años $\pm 3,12$). No se observaron diferencias entre las poblaciones de ambos estudios en lo referente a la edad y presencia de comorbilidad, variables que pueden influir en el grado de discapacidad.

Entre las limitaciones del presente estudio se encuentran el reducido tamaño de la población estudiada y la carencia de un grupo control; por lo anterior, los resultados positivos deben ser analizados cuidadosamente. El incremento en el porcentaje de mujeres estudiadas coincide con el comportamiento de la incidencia de la artritis reumatoide en la población general; sin embargo, esto puede constituirse en una limitación para la generalización de los resultados. Independientemente de lo expresado, los resultados positivos obtenidos no pueden ser despreciados. Se requiere de intervenciones educativas de mayor duración y mayor periodicidad, como lo manifestaron algunos de los asistentes ("Que el curso se convierta en charlas permanentes para mantenernos al día sobre todo lo relacionado con la enfermedad"). De igual forma, se debe garantizar el acceso a la intervención a un mayor número de pacientes (proporcionando el transporte, y la realización de los programas en lugares cercanos a la comunidad intervenida) para aumentar la población beneficiada y disminuir las pérdidas en el seguimiento.

Conclusiones

La educación para pacientes con artritis reumatoide debe ser considerada como elemento fundamental en el manejo terapéutico e integral de la enfermedad, porque les permite tomar parte activa en su proceso de recuperación.

La intervención educativa realizada a pacientes con artritis reumatoide mostró una mejoría significativa en el conocimiento de la enfermedad y en las subescalas “función física” y “rol físico” del cuestionario de calidad de vida (Short Form-36), al comparar los resultados obtenidos antes y después de efectuado el programa educativo.

Recomendaciones

Se recomienda para intervenciones educativas futuras, ampliar el número de sesiones educativas (pasando de nueve horas a un total de dieciocho horas con la misma intensidad –sesiones semanales de tres horas de duración–), con el objeto de incrementar el grado de conocimiento de la enfermedad en el grupo intervenido y la adherencia al tratamiento de los pacientes, lo cual beneficiaría su estado de salud y su calidad de vida. Como una forma de mejorar la asistencia de los pacientes a las sesiones educativas se propone facilitarles el acceso a la intervención, brindándoles un auxilio de transporte o llevando a cabo el proceso educativo en un lugar cercano a la comunidad. De igual forma, la estratificación de los pacientes acorde al nivel de escolaridad permitiría una mayor comprensión del contenido de las charlas.

La realización de campañas de promoción y prevención de la comorbilidad (HTA, obesidad, osteoporosis, etc.) permitiría una mejoría en el estado de salud de los pacientes participantes de una intervención.

Agradecimientos

Los autores expresan su más profunda gratitud a los pacientes participantes de la intervención educativa. También agradecen a la Dra. Carla Venegas en el desarrollo y ejecución de los aspectos teóricos; a la

Dra. Neyla Daguer por su apoyo y colaboración en el desarrollo y ejecución del acondicionamiento físico de los pacientes con artritis reumatoide, y a la Dra. Sandra Salas por su aporte y orientación en el manejo de la depresión de los pacientes. Por último, agradecemos al Hospital Universidad del Norte por facilitar-nos sus instalaciones y equipos audiovisuales.

Referencias

1. Harrison. Principios de medicina Interna. Volumen II. 15^a edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. 2002. Artritis Reumatoide. Duodécima Parte. Capítulo 312: 2255-2265.
2. Robbins L. Educación del paciente. En: Principios de las enfermedades reumáticas. JH Klippel, Editor. Atlanta. Arthritis Foundation 2000; 471-473.
3. Ramírez LA, Anaya JM. Artritis Reumatoide. Asociación Colombiana de Reumatología. Edimeco, Medellín, 1998.
4. Hill J, Bird H, Johnson S. Effect of patient education on adherence to drug treatment for rheumatoid arthritis: a randomized controlled trial. *Ann Rheum Dis* 2001; 60: 865-869.
5. Kwon CK, Anderson JG, Green JM, Johnson DA, et al. Guidelines for the management of rheumatoid arthritis, 2002 update. *Arthritis Rheum* 2002; 46: 328-346.
6. Riemsma RP, Kirwan JR, Taal E, Rasker JJ. Patient education programmes for adults with rheumatoid arthritis. *BMJ* 2002; 325: 558-559.
7. Brady TJ, Snizek JE, Conn DL. Enhancing patient self-management in clinical practice. *Bull Rheum Dis* 2001; 49: 1-4.
8. Superio-Cabuslay E, Ward MM, Lorig KR. Patient education interventions in osteoarthritis and rheumatoid arthritis: a meta-analytic comparison with non-steroidal antiinflammatory drug treatment. *Arthritis Care Res* 1996; 9: 292-301.
9. Lorig K, Lubeck D, Kraines RG, Seleznick M, Holman HR. Outcomes of self-help education for patients with arthritis. *Arthritis Rheum* 1985; 28: 680-685.
10. Branch V, Lipsky K, Nieman T, and Lipsky P. Positive Impact of an Intervention by Arthritis Patient Educators on Knowledge and Satisfaction of Patients in a Rheumatology Practice. *Arthritis Care and Research* 1999; 12(6): 370-375.
11. Helliwell P, O'Hara M, Holdsworth J, Hesselden A, King T, Evans P. A 12-month randomized controlled trial of patient education on radiographic changes and quality of life in early rheumatoid arthritis. *Rheumatology* 1999; 38: 303-308.
12. Lorig K, Chastain RL, Ung E, Shoor S, Holman HR. Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis Rheum* 1989; 32: 37-44.
13. Barlow JH, Turner AP, Wright CC. Long-term outcomes of an arthritis self-management programme. *British Rheumatol* 1998; 37: 1315-1319.
14. Lindroth Y, Bauman C, Barnes C, McCredie M, Brooks PM. A controlled evaluation of arthritis education. *Br J Rheumatol* 1989; 28: 7-12.
15. Taal ET, Riemsma RP, Brush HML, Seydel ER, Rasker JJ, Weigman O. Group education for patients with rheumatoid arthritis. *Patient Educ Counseling* 1993; 20: 177-187.