



FACULTAD DE MEDICINA

UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ

TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título: Intervención comunitaria en pacientes con artritis reumatoide del área de salud Cieza (Región de Murcia).

Alumno: HERREROS JUÁREZ, SONIA

Tutor: SEGURA LÓPEZ, GABRIEL

Master Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2016-2017

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

Investigador principal: **Sonia Herreros Juárez**

Lugar de trabajo: **Centro de Salud Cieza Oeste**

Localidad:

Código Postal:

Móvil:

Email:

Título del Trabajo de Investigación:

Intervención comunitaria en pacientes con artritis reumatoide del área de salud Cieza (Región de Murcia).

Pregunta en formato PICO

P: Pacientes con artritis reumatoide con edades comprendidas entre 40-65 años del área de salud de Cieza.

I: sesión formativa comunitaria enfocada a dudas acerca de tratamiento, inquietudes sobre la enfermedad...

C: comparar antes y después.

O: resultados en correlación de número de articulaciones dolorosas e inflamadas con evaluación global del paciente.

RESUMEN

Introducción: La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica autoinmune caracterizada por dolor e inflamación articular que en muchas ocasiones se traduce en síntomas emocionales (ansiedad, frustración...).

Objetivo: Analizar la efectividad de las intervenciones de educación del paciente sobre el estado de salud (dolor, discapacidad funcional y bienestar psicológico) en pacientes con AR y si, como consecuencia, hay un descenso en el número de consultas y el uso de fármacos de rescate.

Métodos: Ensayo comunitario antes-después cuasiexperimental. Se incluyeron 274 pacientes con diagnóstico de AR con edades comprendidas entre 40 y 65 años del área de Salud de Cieza. Se realizará una sesión formativa en sala de usos múltiples de centros de salud correspondientes, en los que se les pasará cuestionario RAID (autocuestionario que evalúa el estatus global de los pacientes y mide siete dimensiones de salud) y se les orientará acerca de la

enfermedad, posibilidades terapéuticas, incertidumbres o malestares físicos y emocionales. Previa a la intervención se recogerían los datos acerca de frecuentación de consulta y uso de medicación de rescate, así como eritrosedimentación o proteína C reactiva para hacer comparativa post-intervención.

Resultados: Se analizarán los datos basalmente y a los 6 meses. Las variables cuantitativas se expresarán mediante media \pm desviación típica, y las variables cualitativas mediante porcentajes. Para analizar diferencias entre variables cuantitativas se utiliza la prueba de T-Student o ANOVA, y entre variables cualitativas el test de Wilcoxon para muestras relacionadas.

Discusión: Tras este análisis se podrá comprobar si la intervención comunitaria arroja resultados positivos tras ella, comparándolos con los basales, pudiendo introducirse este tipo de opción terapéutica entre pacientes con características similares.

ABSTRACT

Introduction: Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic autoimmune disease characterized by pain and articular inflammation that often results in emotional symptoms like anxiety, frustration

Aim. To evaluate the effectiveness of patient education interventions on health status (pain, functional disability and psychological welfare) in patients with RA and, as a consequence, there is a decrease in the number of consultations and the use of rescue treatment.

Design. Before-after quasi-experimental community trial.

Methods. Included 274 patients diagnosed with RA between 40 and 65 years old in the health area of Cieza. A self-care promoting session will be realised in a multipurpose room of health centers, which patients will be completed RAID questionnaire (self-questionnaire that evaluates the overall status of patients and measures seven dimensions of health) and will be guided about the disease, therapeutic possibilities, uncertainties or physical and emotional discomfort. Prior to the intervention, data on frequency of consultation and use of rescue medication, as well as erythrocyte sedimentation or C-reactive protein would be collected for comparative post-intervention.

Results. Data will be analyzed basal and at 6 months. Quantitative variables will be expressed as mean \pm standard deviation, and qualitative variables by percentages. To analyze differences between quantitative variables, the T-Student's test or ANOVA was used, and the Wilcoxon test for related samples was used among qualitative variables.

Discussion: After this analysis, it will be possible to verify if the community intervention brings positive results after it, comparing

them with the basal ones. Being able to introduce this type of therapeutic option between patients with similar characteristics.

PROTOCOLO DE INVESTIGACION.

1. Justificación: Antecedentes y estado actual del tema:

La artritis reumatoide es una enfermedad reumática crónica que se caracteriza por la afectación de las articulaciones periféricas de forma simétrica (manos, pies, muñecas, hombros, codos, caderas y rodillas). En las que se produce dolor, hinchazón, enrojecimiento y aumento de temperatura. Esta reacción es secundaria a la inflamación de la membrana sinovial, ya que ésta es atacada por linfocitos (enfermedad autoinmune).

El dolor articular es el síntoma más frecuente y la hinchazón articular puede ser más o menos visible por el paciente. A veces sólo el reumatólogo puede detectar esta hinchazón mediante la palpación de las articulaciones o utilización de pruebas como la ecografía o la resonancia magnética. No todas las articulaciones se afectan con la misma frecuencia. Además, por las mañanas o después de periodos prolongados de reposo, puede haber dificultad para el inicio de los movimientos (rigidez) que dura más de media hora.

Si la inflamación persiste puede acabar dañando los huesos, ligamentos y tendones. La consecuencia será la deformidad progresiva de las articulaciones y la reducción de la movilidad articular, lo que puede llevar al enfermo a un cierto grado de discapacidad para hacer algunas tareas de la vida diaria. Por otro lado, conviene recordar que la artritis reumatoide puede producir síntomas por su afectación fuera de las articulaciones, como por ejemplo: fiebre inexplicable (sin infección ni otra causa que la justifique), cansancio, hormigueos en manos o pies, ronquera mantenida sin tener catarro, sensación de falta de aire, tos continua, dolor en el pecho o los costados.

Estos síntomas físicos en muchas ocasiones terminan traducándose también en síntomas emocionales como frustración, ansiedad o estrés. El 70% de los pacientes con artritis reumatoidie perciben estos síntomas como incomprensidos en su entorno más cercano (familiares, amigos y compañeros de trabajo).

Durante un videofórum celebrado en Madrid por la SER, Lilly y ConArtritis para facilitar la comunicación entre personas con artritis reumatoide y profesionales, se compartieron los resultados españoles de esta investigación, que ha involucrado a 5.400 personas con AR y a más de 800 profesionales sanitarios de ocho países (Alemania, Canadá,

España, Francia, Italia, Países Bajos, Reino Unido y Suecia). Los datos correspondientes a España han desvelado que algunos de los aspectos que más preocupan a los españoles con esta enfermedad son las dificultades que encuentran a la hora de realizar ejercicio físico (71%) y/o las tareas del hogar (56%), con una diferencia bastante significativa con respecto a la media de otros países, en los que estos aspectos solo preocupan al 62% y 39%, respectivamente.

A nivel más emocional, RA Matters ⁽¹⁾ subraya que más de tres cuartas partes de las personas con artritis reumatoide (76%) consideran que la enfermedad afecta de forma negativa a su participación en eventos familiares y/o sociales, un porcentaje que los sitúa, junto con Países Bajos, a la cabeza del ranking de países en este aspecto. Asimismo, España, esta vez junto con Suecia, es el país donde más personas creen que la artritis reumatoide afecta de forma negativa a sus relaciones sexuales (71%).

Pero donde más destaca España es en la **preocupación por que la artritis reumatoide pueda afectar negativamente a su relación con los demás**, un tema que inquieta al 53% de los encuestados. De hecho, más de la mitad de las personas con artritis reumatoide (52%) asegura que la enfermedad ha perjudicado la relación con sus amigos, un porcentaje alto si se compara con la media global (42%). Además, España es también el país en el que más pacientes (44%) consideran que la artritis afecta negativamente a su capacidad de confiar en los demás, y el segundo país (42%) en considerar que esta enfermedad también afecta negativamente a su capacidad de relacionarse con niños.

A nivel laboral, destaca el hecho de que más del **25% de la población se ha visto forzada a dejar su trabajo** a causa de la artritis reumatoide, no tanto por la incapacidad laboral que pueda producir la enfermedad, sino sobre todo por la incomprensión de jefes y/o compañeros de trabajo. Estos datos, medidos a nivel global, encajan con los resultados obtenidos en España, donde el 32% de la población ha tenido que pedir una baja de larga duración o dejar su trabajo por esta enfermedad. Al mismo tiempo, España es también el país donde más pacientes se encuentran trabajando actualmente (58%) y donde el mayor porcentaje de ellos (un 44%) trabaja además a tiempo completo.

Más de la mitad de los pacientes con dicha enfermedad desean que sus allegados sean capaces de entender el impacto real que tiene la enfermedad en sus vidas tanto a nivel físico (59%) como a nivel emocional (57%). España es además el país donde a más pacientes y también a más profesionales sanitarios les gustaría que este deseo se convirtiera en realidad. En el caso de los profesionales sanitarios, el porcentaje de personas que desearían que la gente comprendiera

mejor el impacto físico de la enfermedad asciende al 73%, mientras que el porcentaje de profesionales a los que les gustaría que se entendiera mejor el impacto emocional es del 54%.

En algunos pacientes, también se asocian otras enfermedades autoinmunes como el síndrome de Sjögren, en este caso secundario, que justifica que los pacientes presenten sequedad de boca y ojos. En la piel, pueden aparecer nódulos reumatoides, que son abultamientos duros que aparecen en las zonas de roce (codos, dorso de los dedos, zona del talón...).

A pesar de ser una enfermedad grave, en la actualidad sigue siendo una patología desconocida para la población general y muchas veces se confunde con otras enfermedades reumáticas.

Según el estudio EPISER⁽²⁾ sobre prevalencia e impacto de las enfermedades reumáticas, realizado por la Sociedad Española de Reumatología (SER), **se estima que en España más de 200.000 personas padecen artritis reumatoide (prevalencia 0.5%)** y cada año se diagnostican en torno a 20.000 casos nuevos, dato muy importante si tenemos en cuenta que la artritis reumatoide es la más incapacitante de las enfermedades reumáticas. Es más frecuente en mujeres y suele presentarse entre los 45 y los 55 años.

La causa de la artritis reumatoide es desconocida pero sí existen algunos factores que predisponen a desarrollarla. Uno de estos factores es el genético, esto no quiere decir que sea una enfermedad hereditaria sino que existen ciertas variantes en algunos genes que predisponen a presentarla, y esto justifica que en algunas familias haya varios casos. Otros factores que aumentan el riesgo de padecer artritis reumatoide son el tabaco y las infecciones de la boca. El clima y la humedad no aumentan el riesgo de sufrir artritis reumatoide. Sin embargo, es cierto que algunos cambios climáticos, y en particular cuando el tiempo empeora, hacen que cualquier articulación dañada por ésta o por otra enfermedad sea más dolorosa.

Los criterios para establecer el diagnóstico de la artritis reumatoide se basan en los datos obtenidos en el interrogatorio al paciente, en el examen físico que realiza el reumatólogo, y datos de la analítica como parámetros de inflamación y anticuerpos (factor reumatoide y anti-péptido citrulinado). En algunas ocasiones, la hinchazón de las articulaciones es difícil de valorar. En estos casos son útiles pruebas como la ecografía o la resonancia magnética. La realización de radiografías, sobre todo de las manos y de los pies, es útil en el momento del diagnóstico para valorar si hay signos de enfermedad de larga evolución o no.

A continuación tabla con criterios actuales para diagnóstico definitivo:

Criterios de clasificación de Artritis reumatoide 2010 ACR/EULAR:	
Población blanco (¿quiénes deben ser incluidos?) pacientes que:	
-Tengan al menos una articulación con clínica de sinovitis (tumefacción) y	
-Cuya sinovitis no pueda explicarse por otra enfermedad.	
Se requiere puntaje de 6/10 para diagnóstico definitivo.	
a) Articulaciones comprometidas	
a. 1 articulación grande	0
b. 2 a 10 articulaciones grandes	1
c. 1 a 3 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso articular grande)	2
d. 4 a 10 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso articular grande)	3
e. Más de 10 articulaciones (con al menos 1 articulación pequeña)	5
b) Serología: se requiere de al menos un resultado para realizar la clasificación.	
a. Factor Reumatoide (FR) - y anti Anticuerpos antipéptido citrulinado (ACPA) -	0
b. FR + a títulos bajos o ACPA + a títulos bajos	2
c. FR + a títulos altos o ACPA + a títulos altos	3
c) Reactantes de fase aguda (se requiere al menos un resultado para su clasificación)	
a. VSG o PCR normal	0
b. VSG o PCR anormal	1
d) Duración de los síntomas	
a. Menos de seis semanas	0
b. Seis semanas o más	1

En la actualidad, no disponemos de un tratamiento curativo pero sí múltiples tratamientos que consiguen parar la evolución de la enfermedad y mantenerla inactiva, evitando así las secuelas de la inflamación persistente. El tratamiento de la artritis reumatoide incluye medidas generales (no medicamentosas) y tratamiento farmacológico.

Dentro de las medidas generales tenemos:

1. Evitar, en lo posible, una vida agitada, con gran actividad física o con estrés psíquico

2. Evitar trabajos que requieran movimientos repetitivos, sobre todo de las manos; en el trabajo doméstico, evitar hacer fuerza con las manos: no es bueno retorcer la ropa, abrir tapaderas de rosca, presionar con fuerza mangos de cubiertos...;

3. Mantener una posición recta al sentarse y evitar permanecer con el cuello o la espalda doblados durante periodos prolongados

4. Conviene dormir una media de 8-10 horas nocturnas, y viene bien una siesta de 30 minutos; el colchón debe ser duro y la almohada baja;

5. Puede ser de utilidad comenzar el día con un baño de agua caliente, que contribuirá a disminuir la rigidez o el agarrotamiento matutino

6. Ejercicio físico suave habitualmente (caminar, montar en bicicleta o nadar) pero deben evitarse deportes de contacto físico y aquellos en los que sean frecuentes los saltos o choques.

7. Uso de un calzado adecuado es fundamental

8. La obesidad supone una carga adicional para las articulaciones de las caderas, de las rodillas y de los pies. Por este motivo es recomendable adelgazar o evitar el sobrepeso según los casos.

El tratamiento farmacológico incluye:

1. Tratamiento sintomático: para aliviar el dolor y la inflamación a corto plazo, pero no sirven para modificar la evolución de la enfermedad a largo plazo. En este grupo están los llamados antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y los glucocorticoides. En algunos casos se podría realizar infiltración local con glucocorticoides en la articulación afectada.

2. Fármacos modificadores de la evolución de la enfermedad (FAME). Actúan haciendo que la actividad de la enfermedad a largo plazo sea menor. Pueden tardar en hacer efecto semanas e incluso meses. Existen distintos tratamientos y no todos los enfermos responden igual al mismo medicamento, por lo que es habitual que el reumatólogo prescriba de forma secuencial varios hasta encontrar el que es más eficaz y mejor tolerado. En este grupo encontramos FAMEs convencionales como metotrexate, leflunomida, salazopirina, cloroquina, azatioprina y FAMEs biológicos como infliximab, adalimumab, etanercept, golimumab, certolizumab, abatacept, tocilizumab o rituximab. Todos estos fármacos requieren un seguimiento estrecho por parte del reumatólogo para comprobar que son eficaces y que no producen efectos secundarios.

En la actualidad, ha disminuido mucho la necesidad de realización de intervenciones quirúrgicas en pacientes con artritis reumatoide dado que los fármacos disponibles son mucho más eficaces y evitan, en gran medida, la deformidad que produce la inflamación persistente. No obstante, si el paciente presenta una articulación especialmente dañada se puede plantear la necesidad de algún tipo de cirugía reparadora.

La artritis reumatoide, hace años, cuando no se disponía de los tratamientos actuales tenía una evolución tórpida y frecuentemente producía deformidad de las articulaciones que invalidaban al paciente para realizar las actividades básicas del día a día. Sin embargo, gracias a los fármacos de los que disponemos en la actualidad, se ha conseguido cambiar la historia natural de la enfermedad. Actualmente, los pacientes con artritis reumatoide suelen estar en remisión y pueden llevar una vida activa.

Bibliografía más relevante:

- Chang RW, Semanik PA, Lee J, Feinglass J, Ehrlich-Jones L, Dunlop DD. Improving physical activity in arthritis clinical trial (IMPAACT): Study design, rationale, recruitment, and baseline data. *Contemporary Clinical Trials* 2014; 39, 224–235.

Ensayo clínico aleatorizado basado en promoción de autocuidado en pacientes con artritis reumatoide y gonartrosis en USA por parte de profesionales de la salud, incidiendo en el dolor y la actividad física.

-Arvidsson S, Bergman S, Arvidsson B, Fridlund B, Tingström P. Effects of a self-care promoting problem-based learning programme in people with rheumatic diseases: a randomized controlled study. *Journal of advanced nursing*. 2012; 69(7), 1500–1514.

Ensayo clínico aleatorizado que evalúa el efecto de promoción de la salud en términos de empoderamiento, calidad de vida y habilidad para el autocuidado en pacientes con enfermedades reumáticas.

-Cayetti LA, Schneeberger EE, Maldonado Ficco H, Citera G. Validación del cuestionario Rheumatoid Arthritis Impact of Disease (RAID) en pacientes argentinos con artiritis reumatoidea temprana y establecida. Rev Arg Reumatol. 2012;23(2): 06-14.

Estudio de validación de cuestionario RAID midiendo siete dimensiones de salud y estado general, para comprobar correlación promediada y ponderada.

2.- Objetivos de la investigación

- Analizar la efectividad de las intervenciones de educación del paciente sobre el estado de salud (dolor, discapacidad funcional y bienestar psicológico) en pacientes con artritis reumatoide (AR).
- Reconocimiento de síntomas e informar de los recursos disponibles actualmente.
- Analizar si, como consecuencia, hay un descenso en el número de consultas y en uso de fármacos de rescate.

3.- Aplicabilidad y utilidad de los resultados.

Si esta intervención nos arroja resultados significativos: disminución de número de consultas así como del fármacos de rescate, disminución de costes al disminuir complicaciones por mal control de enfermedad, mejora de satisfacción del paciente. Se podría introducir este tipo de intervención comunitaria en pacientes de estas características en un futuro, como parte de su abordaje terapéutico.

4.- Diseño y métodos

- a) Ensayo comunitario antes-después cuasiexperimental
- b) Población de estudio:

Pacientes diagnosticados con artritis reumatoide en área de salud de Cieza

-Criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

Cumplan criterios diagnósticos de 2010 ACR/EULAR o que previamente a estos hayan sido diagnosticados de artritis reumatoide con edades comprendidas entre 40 y 65 años

Criterios de exclusión:

Cumplan criterios diagnósticos para otra enfermedad reumática. No cumplan criterios de diagnóstico de artritis reumatoide.

-Método de muestreo

Aleatorio simple

-Cálculo del tamaño de la muestra

Para una población de 54838 habitantes del área básica de salud de Cieza, el tamaño muestral sería de 274 pacientes (IC 95% y ajustado a la pérdidas).

- Procedencia de los sujetos

Área básica de salud que incluye Cieza, Blanca y Abarán.

c) Método de recogida de datos:

Cuestionario RAID (Rheumatic Arthritis Impact of Disease): es un cuestionario validado que contiene siete items que miden dolor, fatiga, discapacidad, sueño, bienestar físico y empocinal, capacidad de adaptación del paciente a la enfermedad. Cada item esta graduado en una escala visual que va desde el 0 al 10. El valor adjudicado a cada item se multiplica por un cociente con el fin de adjudicar un determinado peso a cada variable evaluada. Todos estos items son combinados en un índice global, para proveer un resultado claro, informativo y confiable del impacto total que tiene la enfermedad sobre el paciente. Adjunto en anexo 1.

-Examen físico o entrevista para indentificar número de articulaciones dolorosas y/o inflamadas.

-Pruebas complementarias: PCR o VSG posterior a la sesión formativa.

c) Variables:

-Definición de las variables

- ◆ **Cuantitativas:** edad (años), número de articulaciones dolorosas, número de articulaciones inflamadas, dolor, evaluación de discapacidad, fatiga, sueño, bienestar físico, bienestar emocional, adaptación, actividad de enfermedad.
- ◆ **Cualitativas:** sexo, cumplimiento terapéutico.

- Medición de las variables

Mediante cuestionario RAID mediremos dolor, evaluación de discapacidad, fatiga, sueño, bienestar físico, bienestar emocional, adaptación

Durante la entrevista: número de articulaciones dolorosas e inflamadas así como el cumplimiento terapéutico.

A través de prueba complementarias (analítica de sangre) medición de actividad de enfermedad.

e) Descripción de la intervención:

Realización de sesión formativa con 274 pacientes seleccionados, que cumplan criterios de inclusión, en sala de usos múltiples de centros de salud correspondientes, en los que se les pasará cuestionario RAID y se les orientará acerca de la enfermedad, posibilidades terapéuticas, incertidumbres o malestares físicos y emocionales. Previa a la intervención se recogerían los datos acerca de frecuentación de consulta y uso de medicación de rescate para hacer comparativa post-intervención.

f) Estrategia de análisis estadístico

Se analizaron los datos basalmente y a los 6 meses. Las variables cuantitativas se expresan mediante media \pm desviación típica, y las variables cualitativas mediante porcentajes. Para analizar diferencias entre variables cuantitativas se utiliza la prueba de T-Student o ANOVA, y entre variables cualitativas el test de Wilcoxon para muestras relacionadas.

g) Estrategia de búsqueda

Se hicieron búsquedas en las siguientes bases de datos; The Cochrane Library (incluyendo el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados [Cochrane Central Register of Controlled Trials], es decir, CENTRAL y DARE), MEDLINE (PubMed),

UPTODATE. No se impuso ninguna restricción de idioma en las búsquedas.

((("arthritis, rheumatoid" OR ("arthritis" AND "rheumatoid"))) AND ((clinical trial OR clinical trial) OR study OR ("evaluation studies" OR "evaluation studies as topic" OR "evaluation"[All Fields]) OR program OR experiment) AND (("health promotion" OR ("health" AND "promotion") OR "health promotion") OR ("patient education handout" OR "patient education as topic" OR "patient education") OR ("behaviour therapy" OR "behavior therapy" OR ("behavior" AND "therapy") OR "behavior therapy") OR ("adaptation, psychological" OR ("adaptation" AND "psychological") OR "psychological adaptation" OR ("psychological" AND "adaptation")))) NOT ("review" OR "review literature as topic" OR "review").

Inicialmente se obtuvo un resultado de 706 artículos, por lo que se ajustó la búsqueda a los últimos 5 años y a artículos de alta calidad, ajustándose finalmente a 6 artículos. Tras leer el resumen se escogieron aquellos que por su relevancia, pertinencia y calidad resultaban más adecuados.

5.- Calendario previsto para el estudio

1. **Recogida de datos:** 3 meses.
2. **Sesiones formativas:** durante 60 minutos en 2-3 mañanas.
3. **Análisis de los resultados:** 4 meses.
4. **Conclusiones:** 1 mes.

6.- Limitaciones y posibles sesgos

Un sesgo a considerar es el sesgo de selección, debido a que habrá pacientes que no acudan a consulta y tengan que ser reclutados por vía telefónica. En estos casos puede que los datos no estén actualizados o que sólo tengan registrado un teléfono fijo, dificultando la captación.

Una posible limitación es que no resulte lo suficientemente atractivo para los pacientes de tal forma que participen una minoría.

7.- Problemas éticos.

Al inicio del estudio, se solicita la aprobación por el Comité de Ética e Investigación Clínica del Servicio Murciano de Salud. Una vez aprobado, se informa del procedimiento a todos los participantes y a continuación se entrega el modelo de Consentimiento Informado (anexo 1), para que sea leído y firmado y el modelo de autorización de protección de datos. El consentimiento informado puede ser revocado por los pacientes en cualquier momento el estudio.

La normativa en la que está basado el presente estudio incluye las siguientes leyes:

-Ley 14/1986 General de Sanidad.

-Ley Orgánica 15/1999 de Protección de Datos, de protección de datos de carácter personal.

-Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente.

Los riesgos para la salud que se pueden presentar en los pacientes pertenecientes a este estudio son muy reducidos (derivados esencialmente de las complicaciones propias de la venopunción para toma de muestras analíticas) y los beneficios potenciales derivados de una mejora en el control y seguimiento de su enfermedad elevados (ya comentados anteriormente)

Se realizará una presentación del proyecto a los equipos de los Centros de Salud del Área de Cieza, solicitando su indispensable colaboración para la puesta en marcha del proyecto.

La persona encargada de la sesión informativa será la única con acceso a los datos, por lo que la confidencialidad será garantizada.

Los beneficios potenciales de esta intervención serían efectos positivos en cuanto a disminución de número de articulaciones afectadas, discapacidad, evaluación global del paciente y estado psicológico.

8.- Plan de ejecución

Inicialmente se realiza la selección aleatoria de pacientes que cumplan criterios de selección. Una vez obtenidos se les informa de la intervención para que den su consentimiento en la participación. Se les pasa cuestionario RAID y se localizará analítica con VSG o PCR para monitorización de actividad de la enfermedad.

Posteriormente se llevará a cabo la sesión formativa, tras la cual se evaluará de nuevos las variables iniciales al mes de la intervención. Finalmente se realizará el análisis de resultados con la elaboración de conclusiones.

9.- Organización del estudio.

Primera etapa: se realiza una búsqueda bibliográfica para disponer de una fuente de conocimientos actualizada para realizar una correcta intervención basada en la evidencia actual.

Se consigue la aprobación del Comité de Ética e Investigación Clínica del Servicio Murciano de Salud.

Segunda etapa: se realiza el proceso de selección y aleatorización para la selección de la muestra, donde se obtendrán los datos referentes a la exploración física y pruebas complementarias, y se comienza la intervención propiamente dicha, con una duración aproximada de 60 minutos realizada por un médico ayudándose con material de apoyo (manuales para pacientes, powerpoint...). Al inicio de ella los pacientes completarán el cuestionario RAID. Y al finalizar la sesión se repartirán folletos con un resumen de la sesión y unas breves indicaciones de promoción de la salud.

Tercera etapa: se realizará el análisis estadístico de los resultados obtenidos.

Cuarta etapa: desarrollo de conclusiones tras el análisis previo.

10.-Presupuesto

En principio, cabe decir que los gastos no deben ser muy elevados, ya que contamos con los recursos humanos y gran parte del material necesario, cedidos por el Área.

El personal que colabora en el proyecto lo realizará de forma altruista y dentro de su jornada laboral, previa autorización de la Gerencia del Área.

Los gastos a tener en cuenta serían:

-Gastos relacionados con las fotocopias de folletos y consentimientos informados: aproximadamente 100€”.

11.- BIBLIOGRAFIA

- Chang RW, Semanik PA, Lee J, Feinglass J, Ehrlich-Jones L, Dunlop DD. Improving physical activity in arthritis clinical trial (IMPAACT): Study design, rationale, recruitment, and baseline data. *Contemporary Clinical Trials*. 2014; 39, 224–235.

-Arvidsson S, Bergman S, Arvidsson B, Fridlund B, Tingström P. Effects of a self-care promoting problem-based learning programme in people with rheumatic diseases: a randomized controlled study. *Journal of advanced nursing*. 2012; 69(7), 1500–1514.

-Carmona L, Villaverde V, Hernández-García C, Ballina J, Gabriel R, Laffon A. Grupo de Estudio EPISER “Proyecto EPISER 2000: prevalencia de enfermedades reumáticas en la población española” *Rev Esp Reumatol*. 2001;28:18-25.

-Cayetti LA, Schneeberger EE, Maldonado Ficco H, Citera G. Validación del cuestionario Rheumatoid Arthritis Impact of Disease (RAID) en pacientes argentinos con artiritis reumatoidea temprana y establecida. *Rev Arg Reumatol*. 2012;23(2): 06-14.

-Citera G, Maldonado Cocco J A. Evolución y Pronóstico de la Artritis Reumatoidea, Capítulo 19, pp 250-53. *Reumatología*. Buenos Aires. Ediciones Azzurras. 2010.

-Gossec L, Paternotte S, Aanerud G J, Balanescu A, Boumpas D T, Carmona C, et al. Finalisation and validation of the rheumatoid arthritis impact of disease score, a patient-derived composite measure of impact of rheumatoid arthritis: a EULAR initiative. *Ann Rheum Dis* 2011;70:935-42.

-van der Linden MP, Knevel R, Huizinga TW, et al. Classification of rheumatoid arthritis: comparison of the 1987 American College of Rheumatology criteria and the 2010 American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism criteria. *Arthritis Rheum* 2011;63(1):37-42.

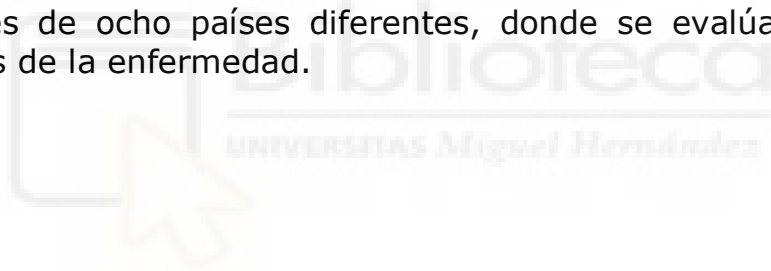
-Boers M. RAID: a valid tool to quantify the impact of rheumatoid arthritis. But what impact will it have on the core set for trials? *Ann Rheum Dis* 2011;70:884-5.

-Citera G, Arriola MS, Maldonado Cocco JA, et al. Validation and crosscultural adaptation of an argentine spanish version of the health assessment questionnaire disability index. *J Clin Rheumatol* 2004;10:110-15.

-Maldonado Ficco H, Perez Alamino R, Schneeberger E E, Maldonado Cocco J A, Citera G. Validación del cuestionario RAPID3 en una cohorte de pacientes con artritis reumatoidea temprana y establecida y su correlación con otros índices de actividad. *Rev Arg Reumatol* 2011;22(2):31-9.

-Curet AV, Rillo OL, Chaparro del Moral RE, Papisidero SB, Citera G, Maldonado Cocco JA, et al. Modificación y aplicación de un índice de actividad simplificado (IAS) en pacientes con artritis reumatoidea (AR) [abstract]. *Rev Argent Reumatol* 2005;16(Suppl):13.

-http://www.ramatters.eu/es_ES/work. Encuesta realizada a 6200 pacientes de ocho países diferentes, donde se evalúan distintos aspectos de la enfermedad.



Cuestionario RAID (Rheumatoid Arthritis Impact Disease)

Por favor **lea atentamente** las preguntas y marque con una X la respuesta que mejor refleje su estado de la semana pasada.

1. DOLOR

Marque con una cruz el número que mejor describe el dolor que usted sintió a causa de su artritis durante la última semana.

SIN DOLOR MÁXIMO DOLOR

 0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7 7.5 8 8.5 9 9.5 10

2. EVALUACIÓN DE DISCAPACIDAD

Marque con una cruz el número que mejor describe la dificultad que tuvo en la realización de las actividades físicas (diarias/cotidianas) debido a su artritis durante la última semana.

SIN DISCAPACIDAD MÁXIMA DISCAPACIDAD

 0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7 7.5 8 8.5 9 9.5 10

3. FATIGA

Marque con una cruz el número que mejor describe el nivel de fatiga debido a su artritis durante la última semana.

SIN FATIGA MÁXIMA FATIGA

 0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7 7.5 8 8.5 9 9.5 10

4. SUEÑO

Marque con una cruz que mejor describe las dificultades en el sueño (descanso nocturno) que usted sintió en relación a su artritis durante la última semana.

SIN DIFICULTAD MÁXIMA DIFICULTAD

 0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7 7.5 8 8.5 9 9.5 10

5. BIENESTAR FÍSICO

Considerando su artritis en general, ¿cómo puntuaría usted el nivel de bienestar físico durante la última semana? Marque con una cruz el número que mejor describe su nivel de bienestar físico.

MUY BIEN MUY MAL

 0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7 7.5 8 8.5 9 9.5 10

6. BIENESTAR EMOCIONAL

Considerando su artritis en general, ¿Cómo puntuaría usted su nivel de bienestar emocional durante la semana pasada? Marque con una cruz el número que mejor describe su nivel de bienestar emocional.

MUY BIEN MUY MAL

 0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7 7.5 8 8.5 9 9.5 10

7. ADAPTACIÓN

Considerando su artritis en general, ¿Cómo se las arregla usted (adapta) para afrontar sus tareas durante la última semana?

BIEN ADAPTADO MAL ADAPTADO

 0 0.5 1 1.5 2 2.5 3 3.5 4 4.5 5 5.5 6 6.5 7 7.5 8 8.5 9 9.5 10

SÓLO PARA USO
MÉDICO
CALCULO RAID
ponderado:=

(EVA dolor ×
0.21)
RESULTADO=

+

(EVA
discapacidad ×
0.16)
RESULTADO=

+

(EVA fatiga ×
0.15)
RESULTADO=

+

(EVA sueño ×
0.12)
RESULTADO=

+

(EVA bienestar
físico × 0.12)
RESULTADO=

+

(EVA bienestar
emocional ×
0.12)
RESULTADO=

+

(EVA adaptación
× 0.12)
RESULTADO=

SUMATOTAL=

PROMEDIO=