

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO**



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**CARRERA DE MEDICINA**

**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE  
MÉDICO GENERAL**

**TRABAJO DE TITULACIÓN**

Evaluación de la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. Riobamba, 2018 – 2020

**Autores:**

Pillajo Llanga Jessica Sabrina

Vargas Mata Jesica Maribel

**Tutor:**

Dr. Urbano Solís Cartas

**Riobamba – Ecuador**

**Año 2020**



**CERTIFICACIÓN:**

**EL TRIBUNAL DEL TRABAJO DE TITULACIÓN CERTIFICA QUE:**

El trabajo de titulación modalidad Proyectos de Investigación y Desarrollo, denominado: **“EVALUACION DE LA CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE. RIOBAMBA, 2018 – 2020”** de responsabilidad de las Tesistas Pillajo Llanga Jessica Sabrina y Vargas Mata Jesica Maribel, ha sido minuciosamente revisado y se autoriza su presentación.

**Dr. Patricio Vasconez Andrade**

**PRESIDENTE**



---

**Dr. Urbano Solis Cartas**

**DIRECTOR DE TESIS**



---

**Dr. Francisco Robalino**

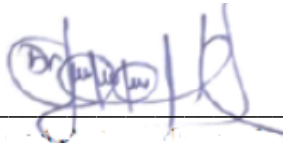
**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**


---

**Dr. Angel Mayacela**

**MIEMBRO DEL TRIBUNAL**



---



## CERTIFICACIÓN DE TUTORÍA

Yo, Dr. Urbano Solís Cartas, docente de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Chimborazo, en calidad de Tutor del proyecto de investigación titulado: **“Evaluación de la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. Riobamba, 2018 – 2020”**, presentado por la estudiante **Pillajo Llanga Jessica Sabrina**, en legal forma CERTIFICO haber revisado el desarrollo del mismo, por lo cual autorizo su presentación para la defensa pública.

Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad

Riobamba, 07 de diciembre del 2020

Mg. Dr. Urbano Solís Cartas

C.I. 0959949181

**TUTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**



## CERTIFICACIÓN DE TUTORÍA

Yo, Dr. Urbano Solís Cartas, docente de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Chimborazo, en calidad de Tutor del proyecto de investigación titulado: **“Evaluación de la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. Riobamba, 2018 – 2020”**, presentado por la estudiante **Vargas Mata Jesica Maribel**, en legal forma CERTIFICO haber revisado el desarrollo del mismo, por lo cual autorizo su presentación para la defensa pública.

Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad

Riobamba, 07 de diciembre del 2020

Mg. Dr. Urbano Solís Cartas

C.I. 0959949181

**TUTOR DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**



## AUTORÍA

Yo, **Pillajo Llanga Jessica Sabrina**, autora del trabajo de investigación titulado “**Evaluación de la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. Riobamba, 2018 – 2020**”, declaro que su contenido es original y corresponde al aporte investigativo personal. Soy responsables de las opiniones, expresiones, pensamientos y concepciones que se han tomado de varios autores como también del material de internet ubicado con la respectiva autoría para enriquecer el marco teórico. De la misma manera concedo los derechos de autor a la Universidad Nacional de Chimborazo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y norma vigente.

Riobamba, 05 de marzo del 2021

Pillajo Llanga Jessica Sabrina

C.I. 0603958760



## AUTORÍA

Yo, **Vargas Mata Jesica Maribel**, autora del trabajo de investigación titulado “**Evaluación de la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. Riobamba, 2018 – 2020**”, declaro que su contenido es original y corresponde al aporte investigativo personal. Soy responsables de las opiniones, expresiones, pensamientos y concepciones que se han tomado de varios autores como también del material de internet ubicado con la respectiva autoría para enriquecer el marco teórico. De la misma manera concedo los derechos de autor a la Universidad Nacional de Chimborazo, según lo establecido por la ley de propiedad intelectual, por su reglamento y norma vigente.

Riobamba, 05 de marzo del 2021

Vargas Mata Jesica Maribel

C.I. 0604021857



## DEDICATORIA

A Dios, por guiar cada paso y permitirme llegar hasta este momento tan importante de mi formación profesional. A mi madre y padre por ser un pilar importante y por demostrarme siempre su amor y apoyo incondicional. A mi esposo Rubén, quien ha sido mi amigo y mi guía para culminar esta hermosa etapa de mi vida que sin su apoyo y su amor nada de esto hubiera sido posible y a mis hijas Domenica y Arianita quienes me dieron la fuerza para seguir día a día siendo la luz de mi vida y lo que más amo en la vida.

*Pillajo Llanga Jessica Sabrina*

A mis padres que con la bendición de Dios me guiaron por un buen camino; muchos de mis logros se los debo a ustedes entre los que se incluye esta mi meta más anhelada, me motivaron constantemente para alcanzar y culminar mi sueño. A mi Hija Victoria quien es mi mayor inspiración y mi fuerza del día a día para continuar y seguir adelante.

*Vargas Mata Jesica Maribel*



## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por protegerme durante todo mi camino y darme fuerzas para superar los obstáculos y las dificultades que se presentaron

A mi madre y Padre quienes me han enseñado a no desfallecer ni rendirme ante nada y siempre perseverar a través de sus sabios consejos.

A mi esposo Rubén, por acompañarme durante todo este arduo camino y compartir conmigo alegrías y fracasos.

A mis hijas Domenica y Ariana por haberme dado la fuerza para alcanzar día a día nuevas metas.

Al Doctor Urbano Solís, tutor de tesis, por su valiosa guía y asesoramiento a la realización de la misma y gracias a todas las personas que ayudaron directa e indirectamente en la realización de este proyecto.

*Pillajo Llanga Jessica Sabrina*

Gracias a Dios por permitirme amar a mis padres, gracias a mis padres por permitirme conocer a Dios y su infinito amor.

Gracias a mis padres por ser los principales promotores de mis sueños, gracias infinitas a ellos por creer y confiar en mí y en mis expectativas, por su apoyo incondicional incluso cuando ya desistía de este gran sueño.

A mi esposo mi compañero y pilar fundamental en este arduo camino, quien me extendió su mano para juntos llegar a la meta.

Agradezco mucho a mi prestigiosa Universidad quien me abrió las puertas para iniciar con el sueño de ser médico, a mis maestros personas de gran sabiduría, al Doctor Urbano Solís por transmitir sus diversos conocimientos, gracias a su orientación para la culminación de este gran trabajo.

*Vargas Mata Jesica Maribel*





## ÍNDICE GENERAL

RESUMEN .....	1
ABSTRACT .....	2
INTRODUCCIÓN .....	3
CAPÍTULO I .....	5
1.1. Planteamiento del problema.....	5
1.2. Formulación del problema de investigación .....	5
1.3. Preguntas de investigación.....	6
1.4. Justificación de la investigación .....	6
1.5. OBJETIVOS .....	8
1.5.1. <i>Objetivo general</i> .....	8
1.5.2. <i>Objetivos específicos</i> .....	8
1.6. HIPÓTESIS.....	8
1.6.1. <i>Hipótesis general</i> .....	8
1.6.2. <i>Hipótesis específicos</i> .....	9
CAPÍTULO II.....	10
2. MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. Antecedentes del problema .....	10
2.2. Bases teóricas.....	12
2.2.1. <i>Artritis reumatoide</i> .....	12
2.3. Marco conceptual.....	17
2.3.1 <i>Artritis reumatoide (AR)</i> .....	17
2.3.2 <i>Calidad de vida relacionada con la salud</i> .....	17
2.3.3 <i>Discapacidad</i> .....	18
2.3.4 <i>Enfermedad autoinmune</i> .....	18
2.3.5 <i>Enfermedad crónica</i> .....	18
2.3.6 <i>Fármacos biológicos</i> .....	19



2.3.7 <i>Fármacos modificadores de la enfermedad</i> .....	19
CAPÍTULO III.....	20
3. METODOLOGÍA.....	20
3.1. Tipo y diseño de la investigación.....	20
3.2. Unidad de análisis .....	20
3.3. Población de estudio .....	20
3.4. Tamaño de la muestra .....	20
3.4.1 <i>Criterios de inclusión</i> .....	21
3.4.2 <i>Criterios de exclusión</i> .....	21
3.5. Variables de investigación .....	21
3.6. Operacionalización de las variables.....	23
3.7. Técnicas de recolección de datos .....	25
3.8. Instrumentos de investigación.....	25
3.9. Procesamiento de la información.....	27
3.10. Consideraciones éticas .....	28
CAPÍTULO IV.....	29
4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	29
4.1. RESULTADOS.....	29
4.2. DISCUSIÓN .....	35
CONCLUSIONES .....	41
RECOMENDACIONES.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	43
ANEXOS .....	49



## LISTA DE CUADROS

Tabla 1. Distribución de pacientes con diagnóstico de AR según características generales. ....	29
Tabla 2. Distribución de pacientes según características relacionadas con la AR.....	30
Tabla 3. Distribución de pacientes con diagnóstico de AR según percepción de CVRS y sexo..	31
Tabla 4. Distribución de pacientes con diagnóstico de AR según CVRS y características de la enfermedad.....	32
Tabla 5. Distribución de pacientes con diagnóstico de AR según capacidad funcional. ....	33
Tabla 6. Distribución de pacientes con diagnóstico de AR según capacidad funcional y características de la enfermedad. ....	33
Tabla 7. Distribución de pacientes con diagnóstico de AR según CVRS y capacidad funcional.	34
Tabla 8. Resultado de coeficiente de correlación de Pearson entre capacidad funcional y CVRS .....	35



## RESUMEN

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria, sistémica y autoinmune que se caracteriza por la presencia discapacidad funcional y disminución de percepción de calidad de vida. El objetivo de esta investigación fue determinar la percepción de la calidad de vida de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba durante el periodo comprendido entre enero 2018 y enero 2019. Se desarrolló una investigación básica, no experimental, descriptiva y correlacional en un total de 129 pacientes. Se aplicó el test de *Moriski Green* para identificar adherencia farmacológica y el cuestionario de láminas Coop/Wonca para identificar percepción de calidad de vida. También se determinó la capacidad funcional de los pacientes. Se utilizó coeficiente de correlación de Pearson para establecer correlación entre variables. Como principales resultado se obtuvo un promedio de edad de 63,28 años, predominio de sexo femenino (75,19%), mestizos (62,79%), con tiempo de evolución de la enfermedad menor de 3 años (44,17%), adherentes terapéuticos (76,74%) y con presencia de comorbilidades (64,34%). Se obtuvieron cifras de percepción de calidad de vida global de 24,23. Se concluye que se obtuvieron puntuaciones de percepción de CVRS elevadas, principalmente en pacientes femeninas. El tiempo de evolución mayor de 5 años, la presencia de comorbilidades, los esquemas terapéuticos inadecuados, las alteraciones nutricionales por exceso, el bajo nivel de conocimiento y la no adherencia farmacológica incidieron negativamente en la percepción de calidad de vida. Existió correlación positiva considerable entre capacidad funcional y percepción de calidad de vida.

**Palabras claves:** Artritis reumatoide; Capacidad funcional; Calidad de vida; Enfermedad reumática; Láminas Coop/Wonca.

## ABSTRACT

Rheumatoid arthritis is an inflammatory, systemic and autoimmune disease characterized by the presence of functional disability and decreased perception of quality of life. The objective of this research was to determine the perception of the quality of life of patients diagnosed with rheumatoid arthritis treated at the Riobamba Provincial General Teaching Hospital during the period between January 2018 and January 2019. A basic, non-experimental investigation was developed, descriptive and correlational in a 129 patients. The Moriski Green test was applied to identify pharmacological adherence and the Coop / Wonca slide questionnaire to identify perception of quality of life. The functional capacity of the patients was also determined. Pearson's correlation coefficient was used to establish correlation between variables. The main result was an average age of 63.28 years, a predominance of females (75.19%), and mixed-race (62.79%), with a time of evolution of the disease less than 3 years (44.17%), therapeutic adherents (76.74%) and with the presence of comorbidities (64.34%). Global quality of life perception figures of 24.23 were obtained. It's concluded that high HRQL perception scores were obtained, mainly in female patients. The evolution time greater than 5 years, the presence of comorbidities, the inadequate therapeutic regimens, the nutritional alterations due to excess, the low level of knowledge and the pharmacological non-adherence had a negative impact on the perception of quality of life. There was a considerable positive correlation between functional capacity and perception of quality of life.

**Key word:** Rheumatoid arthritis; Functional capacity; Quality of life; Rheumatic disease; Coop / Wonca sheets.

**Reviewed and corrected by:**

Msc. Armijos Monar Jacqueline Guadalupe

ENGLISH PROFESSOR

C.C. 0201712858

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades reumáticas (ER) constituyen un grupo de alrededor de 250 enfermedades que se caracterizan por afectar principalmente el sistema osteomioarticular aunque son consideradas como enfermedades sistémicas. Son consideradas como una de las principales causas de morbilidad a nivel general (Hernández Batista, Villafuerte Morales, Chimbolema Mullo, & Pilamunga Lema, 2020). Se clasifican en enfermedades inflamatorias y degenerativas; dentro del grupo de ER degenerativas destaca, por su prevalencia y afectación, la osteoartritis. Las enfermedades inflamatorias que con mayor frecuencia se presentan son la artritis reumatoide (AR), el lupus eritematoso sistémico y las Espondiloartropatías entre otras (Sánchez Torres, et al, 2014)

La AR es conceptualizada como una enfermedad inflamatoria, poliarticular y crónica que se caracteriza por la afectación de pequeñas articulaciones de manos y pies y presencia de autoanticuerpos (Solís Cartas, et al, 2019). Se describe una prevalencia que oscila entre el 1,3% y el 4,1% de la población. Aunque afecta a personas de cualquier edad, sexo y raza, se describe un pico de incidencia por encima de los 60 años de edad con predominio de afectación por el sexo femenino (León Fernández, et al, 2020).

Clinicamente se caracteriza por la presencia de dolor, inflamación, rigidez y deformidad. Estas manifestaciones, asociada a la afectación de diversos órganos y sistemas de órganos, generan distintos grados de discapacidad funcional y disminución de la percepción de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS). La AR es considerada como la sexta causa de discapacidad (Prada Hernández, et al, 2015).

La AR genera una gran afectación sistémica produciendo complicaciones articulares y sistémicas; el elevado y variado número de deformidades articulares, así como la afectación sistémica representada fundamentalmente por complicaciones cardio vasculares, respiratorias, neurológicas y dermatológicas son las responsables de la discapacidad y la afectación de la CVRS de los pacientes (Vinaccia, Quiceno, Lozano, & Romero, 2017). Se señala como elementos fundamental

en este sentido al proceso inflamatorio mantenido, con elevada producción de citoquinas proinflamatorias y auto anticuerpos. Las alteraciones del sistema inmunológico favorecen el curso progresivo y crónico de la enfermedad (Solis Cartas, Calvopiña Bejarano, & Valdés González, 2018).

La percepción de CVRS es definida como el nivel de satisfacción personal que involucra diversos dominios de la vida. Incluye el estado emocional de los pacientes motivado por la afectación que la enfermedad genera en la capacidad de realizar (Solis Cartas, & Calvopiña Bejarano, 2018). En este punto se entiende que percepción de CVRS es un reflejo del estado de conformidad del paciente con su enfermedad. Por lo tanto, su determinación en pacientes con enfermedades crónicas como la AR constituye un elemento vital para el seguimiento de los pacientes con esta enfermedad (Prada Hernández, et al, 2015; Solis Cartas, & Calvopiña Bejarano, 2018).

En Ecuador, a pesar de tener un estatus sociodemográfico de población en transición se reporta una tendencia no comprobada al aumento de la incidencia y prevalencia de la AR. Paradójicamente son escasos los estudios que abordan temas relacionados con las características sociodemográficas, clínicas y diagnósticas de esta enfermedad, menor aún las investigaciones que aborden la capacidad funcional y la percepción de CVRS de los pacientes diagnosticados con esta afección.

Es por eso que teniendo en cuenta la elevada prevalencia de la AR en la población general; el variado espectro de manifestaciones clínicas de la enfermedad, la afectación que genera la AR en la capacidad funcional y la percepción de CVRS de los pacientes y la poca existencia en Ecuador de estudios relacionados con la identificación de la percepción de CVRS; se decide realizar esta investigación con el objetivo de determinar la percepción de CVRS de los pacientes con diagnóstico de AR atendidos en el Hospital Provincial General Docente de Riobamba (HPGDR) en el periodo enero 2018 y enero 2020.



## **CAPÍTULO I**

### **1.1. Planteamiento del problema**

La determinación de la capacidad funcional y la percepción de CVRS de los pacientes con diagnóstico de AR constituyen elementos clinimétricos incluidos en el seguimiento de la evolución clínica de la enfermedad. Su conocimiento es un elemento de seguimiento y que tiene una elevada influencia en la toma de decisiones relacionadas con las adecuaciones que se realizan a los esquemas terapéuticos (Prada Hernández, et al, 2015). El conocimiento de estos elementos es considerado en la actualidad como una de los elementos medulares del pronóstico de los pacientes con AR (Solis Cartas, & Calvopiña Bejarano, 2018).

En Ecuador, a pesar de contarse con una guía diagnóstica y terapéutica para la AR, no se incluyen lineamientos para la determinación de los elementos clinimétricos antes mencionados, por lo que no se está realizando un seguimiento adecuado desde el punto de vista biopsicosocial de los pacientes. La poca existencia en Ecuador de estudios controlados donde se determine el comportamiento de la percepción de CVRS en los pacientes con esta enfermedad, limita a los profesionales de la salud de contar con una herramienta metodológica e ilustrativa del efecto que genera la AR en el estado de salud general del paciente, así como en su relación con el medio que lo rodea.

Teniendo en cuenta los elementos antes definidos y considerando la importancia de la determinación de la capacidad funcional y la percepción de CVRS en los pacientes con AR se define como problema de investigación el desconocimiento del comportamiento de la percepción de CVRS, y su relación con la capacidad funcional, de los pacientes con diagnóstico de AR atendidos en el HPGDR en el periodo comprendido entre enero 2018 y enero 2020.

### **1.2. Formulación del problema de investigación**

Se desconoce el comportamiento de la percepción de CVRS, y su relación con la capacidad funcional, de los pacientes con diagnóstico de AR atendidos en el HPGDR en el periodo comprendido entre enero 2018 y enero 2020.

### **1.3. Preguntas de investigación**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de AR atendidos en el HPGDR en el periodo 2018-2020?
- ¿Cuál es el comportamiento de la percepción de CVRS de los pacientes con diagnóstico de AR incluidos en la investigación?
- ¿Cómo se comporta la capacidad funcional de los pacientes con diagnóstico de AR atendidos en el HPGDR en el periodo 2018-2020?
- ¿Existe relación entre la percepción de CVRS y la capacidad funcional en los pacientes con diagnóstico de AR incluidos en el estudio?

### **1.4. Justificación de la investigación**

La AR constituye un problema de salud para las autoridades de salud a nivel mundial; quizás su incidencia y prevalencia no sean tan elevada como otras enfermedades crónicas no transmisibles; sin embargo, la afectación que producen a la capacidad funcional y la percepción de CVRS de los pacientes hace que sea una de las enfermedades que con mayor frecuencia son reportadas como temibles por pacientes y profesionales de la salud. Su afectación va más allá de limitar actividades físicas, sociales o deportivas; sino que también limita la función de distintos órganos generando nuevas afecciones o entorpeciendo el control de la actividad clínica de estas afecciones.

En Ecuador son escasos los estudios que abordan los temas relacionados con CVRS y capacidad funcional en pacientes con enfermedades reumáticas; la mayoría de ellos son investigaciones realizadas por Solis Cartas y colaboradores y se refieren principalmente a estos elementos en el curso de la osteoartritis (Solis Cartas, & Calvopiña Bejarano, 2018). En este sentido existen algunas investigaciones sobre AR, pero el número de pacientes incluidos y los métodos utilizados no son claros o no pueden ser considerados como elementos capaces de ser reproducidos a nivel nacional (Álvarez Cervantes, Alonso, Cortés Rojo, & Orozco, 2018).

El propio impacto que tiene la enfermedad sobre la ejecución de las actividades de la vida diaria de los pacientes con AR motiva conocer los elementos que influyen en la discapacidad y la disminución de la percepción de CVRS de los mismos. Es por eso que el estudio de los factores que inciden en la discapacidad funcional y la relación que tiene la misma con la disminución de la

percepción de la CVRS constituyen elementos teóricos que justifican la realización de este estudio; paralelamente se complementa esta justificación teórica con el estudio, análisis y actualización de los conocimientos básicos relacionados con la AR, la capacidad funcional y la calidad de vida.

Los elementos prácticos que justifican el estudio incluyen, entre otros, el contacto directo con pacientes con AR, conocer sus pensamientos, emociones, creencias y sugerencias será de gran valor a la hora de enfrentar el reto profesional; además permite identificar las deformidades resultantes de la enfermedad y principalmente los elementos relacionados con el problema de investigación planteado. Por último, el contacto con los pacientes permite llegar a ellos con información sobre elementos básicos relacionados con los esquemas terapéuticos, la adherencia farmacológica y elementos de cuidados en esta enfermedad.

Los elementos científicos también están presentes en este estudio y justifican el estudio. Los resultados obtenidos de la investigación evidencian como la AR afecta la capacidad funcional y la percepción de CVRS, pero también aporta los elementos que inciden en este fenómeno. Los resultados obtenidos pueden ser utilizados como herramienta de trabajo para identificar, erradicar o controlar los factores que inciden negativamente la actividad clínica de la enfermedad, la presencia de complicaciones, la disminución de la capacidad funcional y de la percepción de CVRS de estos pacientes.

Desde el punto de vista metodológico el estudio se justifica ya que se sigue una estructura definida por parte del método científico que conllevó a la realización de una investigación con elevados estándares científico metodológicos y que permitieron consolidar conocimientos relacionados con la metodología de investigación de forma general y orientados hacia las ciencias médicas; esta investigación constituye el punto de partida para el equipo de investigación para un trabajo científico mantenido sobre esta línea de investigación, partiendo del concepto que la investigación médica constituye el futuro de las ciencias relacionadas con la salud de la población.

La justificación social del estudio se relaciona directamente con los resultados obtenidos. Identificar los elementos inherentes a la capacidad funcional y la percepción de CVRS de las personas con AR permitirá enfocar las acciones dirigidas a minimizar el efecto de la enfermedad

en estos pacientes que constituyen los beneficiarios directos; además que permitirá una mayor reincorporación de los mismos a las actividades sociales y de la vida diaria. Por su parte los familiares de los pacientes, el equipo de salud y las autoridades de salud también serán beneficiados como beneficiarios indirectos del estudio, ya que cada uno de ellos resultara favorecido en cuanto a nivel de conocimiento de la AR, sus complicaciones y demás elementos de la enfermedad se refieren.

## **1.5. OBJETIVOS**

### ***1.5.1. Objetivo general***

- Determinar la percepción de CVRS de los pacientes con diagnóstico de AR atendidos en el HPGDR en el periodo 2018-2020.

### ***1.5.2. Objetivos específicos***

- Describir las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de AR atendidos en el HPGDR en el periodo 2018-2020.
- Determinar el comportamiento de la percepción de CVRS de los pacientes con diagnóstico de AR incluidos en la investigación.
- Determinar la capacidad funcional de los pacientes con diagnóstico de AR atendidos en el HPGDR en el periodo 2018-2020.
- Identificar la relación existente entre CVRS y la capacidad funcional en los pacientes con diagnóstico de AR incluidos en el estudio.

## **1.6. HIPÓTESIS**

### ***1.6.1. Hipótesis general***

- La CVRS de los pacientes con diagnóstico de AR atendidos en el HPGDR en el periodo 2018-2020 puede considerarse como baja.

### ***1.6.2. Hipótesis específicas***

- Las características sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de AR atendidos en el HPGDR en el periodo 2018-2020 favorecen la baja percepción de CVRS.
- Existe una baja percepción de CVRS en los pacientes con diagnóstico de AR incluidos en la investigación.
- Existe un elevado por ciento de pacientes con diagnóstico de AR atendidos en el HPGDR en el periodo 2018-2020 que presentan discapacidad funcional.
- Existe relación entre CVRS y la capacidad funcional de los pacientes con diagnóstico de AR incluidos en el estudio.

## CAPÍTULO II

### 2. MARCO TEÓRICO

#### 2.1. Antecedentes del problema

Los reportes sobre la AR han estado presentes en la literatura científica médica durante más de 200 años (Vinaccia, et al, 2017). Sus efectos generan impactos importantes tanto desde el punto de vista social, económico y político, aumentando paulatinamente el costo social justificado por una incidencia y prevalencia cada vez mayor (Vicente Herrero, Bueno, & García, 2018) El manejo de la enfermedad se torna complejo debido a la variedad clínica y de complicaciones, a esto se une los distintos cambios medioambientales, sociales y el patrón genético del individuo, los que también influyen en el curso clínico de la misma. Diversos estudios revelan que la AR es considerada como una enfermedad que aumenta el riesgo de mortalidad y disminuye el promedio de vida y la esperanza de vida de los pacientes que la padecen (Cárdenas Aranzana, 2019).

La repercusión que tiene la enfermedad en el contexto biopsicosocial de los pacientes ha motivado el interés por realizar investigaciones en torno a elementos clásicos y actualizados de la enfermedad (Uribe, et al, 2016) Sin embargo, la gran mayoría de estas investigaciones se centran en elementos relacionados con la expresión clínica, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, relegando a un segundo plano las investigaciones relacionadas con la discapacidad y la percepción de CVRS (Vicente Herrero, Bueno, García, 2018).

Existen investigadores que han centrado sus esfuerzos en el análisis de los costos directos e indirectos de la atención de pacientes con AR. En este sentido Vicente Herrero y colaboradores reportaron en el año 2018 que los costos de atención de la AR se encuentran al mismo nivel de otras enfermedades crónicas como es el caso de la diabetes mellitus y la hipertensión arterial principalmente; incluso siendo superior a otras enfermedades como el asma bronquial, la bronquitis crónica y algunos trastornos renales (Vicente Herrero, Bueno, & García, 2018).

Los avances que se han experimentado en el tratamiento de la AR también han sido motivo de estudios y publicaciones. El advenimiento de la terapia biológica ha jugado un papel fundamental en torno a esta afirmación, aunque aún continúan siendo las terapias modificadoras de la

enfermedad la primera elección farmacológica para el tratamiento de la enfermedad (Cárdenas Aranzana, 2019).

Solis Cartas y colaboradores (2019) reportan en Ecuador los avances en el control de la enfermedad con el apoyo de terapias alternativas como el uso de acupuntura, moxibustión y fitofármacos principalmente. La medicina natural y tradicional ha sido reportada por otros investigadores como efectiva en el control del dolor articular de pacientes con enfermedades reumáticas (Solis Cartas, Haro Chávez, Crespo Vallejo, & Salba Maqueira, 2019). Los esquemas terapéuticos que se prescriban deben hacerse basado en las características biopsicosociales de los pacientes, considerando las prioridades de los pacientes y teniendo en cuenta sus expectativas, intereses y costumbre (Solis Cartas, & Calvopiña Bejarano, 2018; Solis Cartas, Haro Chávez, Crespo Vallejo, & Salba Maqueira, 2019).

Otros estudios realizados en el continente americano también evalúan los resultados del control clínico de la enfermedad y de la capacidad funcional de los pacientes. En el caso de Colombia se estudiaron un total de 99 pacientes con enfermedad temprana con menos de un año de evolución de la enfermedad. Se describen como principales resultados el promedio de edad ligeramente inferior a los 50 años de edad y la disminución de la actividad clínica de la enfermedad en un periodo de tres meses. El esquema terapéutico utilizado incluyó la prescripción de tres fármacos modificadores de la enfermedad (González, et al, 2016).

Por su parte una investigación realizada en España se centró en los posibles efectos nocivos y beneficiosos de la utilización de fármacos biológicos en un total de 14 pacientes con diagnóstico de AR. Se evaluó la relación existente entre el proceso inflamatorio, la presencia o aparición de riesgo cardiovascular y el comportamiento del metabolismo óseo bajo los efectos de la terapia antirreumática. Los resultados obtenidos mostraron que la terapia biológica modificó la carga inflamatoria y el remodelado óseo pero sin encontrarse significación estadística de los datos obtenidos. Sin embargo no existieron resultados alentadores en torno al riesgo cardiovascular (Palma Sánchez, et al, 2016).

También en España se investigó sobre los efectos de la terapia ocupacional en torno a la disminución del dolor articular de los pacientes con AR y el aumento de la percepción de CVRS de pacientes sometidos a este proceso rehabilitador. Se incluyeron en el estudio un total de 62

pacientes y se sometió a terapia ocupacional grupal durante un mes. Los resultados evidenciaron disminución estadísticamente significativa de los niveles de dolor según escala visual del dolor (Moreno Rodríguez, García de Vicuña, Goicoechea García, & Tornero Molina, 2015).

Los estudios relacionados con la CVRS de los pacientes con AR han tenido presencia en el ámbito científico de las ciencias de la salud. En Cuba se investigaron a 150 pacientes con diagnóstico de AR establecida, la edad media del estudio fue de 56,3 años con una desviación estándar de 11,8 años. En este estudio se utilizó como cuestionario para la determinación de la percepción de CVRS el cuestionario Qol-RA. Se identificó una estrecha relación entre las variables CVRS, actividad clínica de la AR y capacidad funcional (Prada Hernández, et al, 2015).

Otra investigación realizada en Colombia tuvo como objetivo identificar la relación existente entre la actividad clínica de la AR, utilizando el índice DAS-28 y métodos ecográficos. SE estudiaron un total de 40 personas con AR definida y cuyo tiempo de evolución de la enfermedad se situó alrededor de los 10 años. Como resultado se reporta que la ecografía es un método imagenológico de inestimable utilidad en la determinación de los estadios iniciales de la inflamación subclínica. Se halló correlación entre las cifras del DAS-28 y el índice de actividad medido por estudios imagenológicos, utilizando la escala de grises y el dispositivo Power Doppler (Uribe, et al, 2016).

## **2.2. Bases teóricas**

### ***2.2.1. Artritis reumatoide***

La AR es conceptualizada como una enfermedad crónica, de origen autoinmune, con carácter sistémico, cuyo principal mecanismo fisiológico es la presencia de un proceso inflamatorio mantenido el cual presenta un origen desconocido (Ríos Acosta, et al, 2018). A pesar de no conocerse a ciencia cierta las causas que generan la aparición de la enfermedad se han señalado algunos factores que pueden ser considerados como factores de riesgo de la enfermedad; en este sentido se mencionan determinados agentes infecciosos como la *porfiria gingivalis* que es una bacteria que se ha aislado en la encía de los pacientes con AR, también se describe los hábitos de vida inadecuados como el consumo de alcohol y tabaco y factores genéticos relacionados a distintos genes del sistema de histocompatibilidad (Torres Lima, Hernández Cuéllar, & Rodríguez Torres, 2013; Vinaccia, et al, 2017).



Se reporta que distintos trastornos hormonales, principalmente en el sexo femenino, pueden ser capaces de provocar un inmunológico que produce un aumento de la diferenciación de células T provocando el aumento de la producción de citoquinas proinflamatorias con diferenciación y activación secundaria de células plasmáticas y linfocitos B que conlleva la producción de autoanticuerpos. Todo este mecanismo genera inflamación y daño articular y extra articular. (Solis Cartas, et al, 2018; Solis Cartas, & Calvopiña Bejarano).

Los estudios actuales sugieren que la naturaleza autoinmune de la AR está matizada por una elevada susceptibilidad genética desarrollada en algunos genes del sistema de histocompatibilidad; se señala además que la susceptibilidad genética no solo constituye un factor predisponente para la aparición de la enfermedad, sino que es considerado también como un factor condicionante de la evolución y progreso hacia la cronicidad de la enfermedad (Lescano Ruiz, Solis Cartas, & Rosero Mera, 2019).

El principal mecanismo patógeno de la enfermedad es la presencia de un proceso inflamatorio mantenido y crónico que tiene como órgano diana componente sinovial de las articulaciones; el nivel de afectación incluye principalmente el reclutamiento celular y el aumento de la producción de líquido articular. También se describen la neoformación vascular con aumento del riego sanguíneo articular y la producción acelerada de sustancias pro inflamatorias. Todos estos elementos, por si solos o conjugados, son los responsables del daño articular progresivo, que puede llegar a la aparición de determinadas deformidades en distintos grupos articulares. El grado mayor de afectación articular está dado por la destrucción articular en caso muy avanzados y con escaso control de la actividad clínica de la enfermedad (Lescano Ruiz, Solis Cartas, & Rosero Mera, 2019).

Desde el punto de vista clínico las manifestaciones pueden dividirse en dos grandes grupos: manifestaciones articulares y extra articulares. Las manifestaciones articulares pueden afectar cualquier grupo articular, pero son más evidentes y frecuentes en pequeñas articulaciones de manos y pies; otros grupos articulares que generalmente reciben afectación por la AR son los codos, rodillas, muñecas y articulaciones temporomandibulares (Prada Hernández, et al, 2015). Los síntomas articulares de la enfermedad constituyen la presencia de dolor, rigidez, inflamación,

deformidad y disminución de la movilidad articular; muy rara vez puede encontrarse rubor, el cual ha sido señalado por algunos autores como inexistente en el curso de la AR. (20)

Desde el punto de vista extra articular la afectación suele ser más severa y extensa que la toma articular. Se describe que todos los órganos y sistemas de órganos del cuerpo humano pueden sufrir la afectación resultante del proceso inflamatorio mantenido (Vergara Amador, & Rojas, 2016). Se reporta afectaciones en distintas funciones orgánicas como la vista, la audición, el olfato, trastornos psiconeurológicos, afectación de la capacidad reproductiva y sexual entre otras. Las complicaciones cardiorrespiratorias, neurológicas, digestivas y dermatológicas cuentan como las de mayor porcentaje de aparición en pacientes con AR (Espinosa Balderas, Hernández Sosa, & Cerdán Galán, 2018).

El diagnóstico de la enfermedad es eminentemente clínico, si bien es cierto que existen algunos marcadores humorales, serológicos y radiológicos que ayudan a confirmar el mismo. El diagnóstico se basa en la presencia de manifestaciones clínicas que incluyen la presencia de inflamación poli articular, con un curso mayor de 6 semanas y que se acompañe de rigidez matinal mayor de una; la presencia de síntomas generales como astenia, anorexia, febrícula vespertina y pérdida de peso también son elementos que aumentan la sospecha clínica de la enfermedad. En la actualidad se utilizan los criterios del Colegio Americano de Reumatología que facilitan el diagnóstico precoz de la enfermedad ((Espinosa Balderas, Hernández Sosa, & Cerdán Galán, 2018).

Las principales manifestaciones serológicas que orientan hacia el diagnóstico de la enfermedad incluyen la elevación de la proteína C reactiva, la aceleración de la velocidad de sedimentación globular, y la positividad de los anticuerpos anticitrulinados cíclicos. El proceso inflamatorio genera otras alteraciones indirectas como aumento del colesterol, triglicéridos y transaminasas, así como la disminución ligera de las cifras de hemoglobina y glóbulos rojos (Armas Hernández, et al, 2017). Desde el punto de vista imagenológico los elementos de sospecha más relevantes son la presencia de subluxaciones, quistes óseos, erosiones articulares y osteopenia yuxta articular; el principal inconveniente es que su presencia ha sido considerada tardía por algunos autores (Lescano Ruiz, Solis Cartas, & Rosero Mera, 2019).

En el tratamiento de la AR se reconocen los esquemas farmacológicos, no farmacológicos y el tratamiento quirúrgico. El objetivo de cada uno de ellos es lograr la minimización del dolor, el aumento de la función articular y el control del proceso inflamatorio y la actividad de la enfermedad; claro está, cada uno de ellos tiene sus dianas terapéuticas y sus mecanismos de acción que difieren considerablemente (Cárdenas Aranzana, 2019)

El manejo farmacológico de la enfermedad incluye dos grupos farmacológicos principales, los destinados a disminuir el dolor y la inflamación y los fármacos modificadores de la enfermedad (FAME). Dentro del primer grupo destacan el uso de antiinflamatorios no esteroideos, esteroides sistémicos e intra articulares y analgésicos. Estos fármacos reducen considerablemente las manifestaciones clínicas de la enfermedad, pero su acción sobre el control de la misma es escaso, sus principales reacciones adversas se relacionan con trastornos gastrointestinales, renales y dermatológicos fundamentalmente (Ríos Acosta, et al, 2018).

Los FAME se subdividen en biológico y no biológicos, estos últimos constituyen la primera línea de atención en este sentido y tiene al methotrexate y la leflunomida como sus principales exponentes (Martínez Ferrer, et al, 2017). Tienen un comienzo de acción relativamente demorado que puede variar entre 6 semanas y 6 meses en dependencia del fármaco utilizado, de ahí la importancia de mantener una terapia de puente con fármacos antiinflamatorios esteroideos fundamentalmente; los FAME pueden combinarse entre ellos para potenciar la acción farmacológica llegándose a utilizar hasta triple terapia (Ríos Acosta, et al, 2018). Existen otros fármacos inmunosupresores como la ciclosporina A, la ciclofosfamida y el micofenolato mofetil que han sido propuestos para casos refractarios a FAME no biológicos o presencia de complicaciones graves de la enfermedad (Martínez Ferrer, et al, 2017).

Los FAME biológicos constituyen un grupo farmacológico de reciente incorporación, su utilización comenzó a partir de la última década del siglo XX y ha venido adquiriendo mayor fuerza en los últimos años; una extensa variedad de productos biológicos han sido sintetizados para el uso en pacientes con enfermedades inmunológicas reumáticas y no reumáticas (Ríos Acosta, et al, 2018). Según Ruiz Mejía y colaboradores (2016) los FAME biológicos pueden clasificarse de la siguiente forma atendiendo a la diana terapéutica de cada uno de ellos:

- Antagonistas del factor de necrosis tumoral (anti-TNF: infliximab, adalimumab, etanercept, certolizumab-pegol y golimumab) Los más frecuentemente utilizados
- Antagonistas del antígeno CD20 (rituximab)
- Inhibidores de la activación de linfocitos T (anti-CTLA4: abatacept)
- Inhibidores de la interleuquina-1 (anakinra)
- Inhibidores de la interleuquina-6 (tocilizumab)

Los estudios realizados reportan que una elevada eficiencia de estos fármacos en el control de la actividad clínica de la enfermedad; sin embargo, paralelamente a los efectos beneficiosos se reportan sus dos principales limitaciones, el elevado costo y la presencia de graves eventos adversos. Es por eso que en la actualidad la utilización de estos fármacos se suscribe únicamente a casos con AR con escasa respuesta al tratamiento o con complicaciones graves de la enfermedad (Rosas, et al, 2018).

El tratamiento no farmacológico se basa en una serie de acciones encaminadas a disminuir el dolor, la inflamación, la rigidez y aumentar la función articular. Dentro de las acciones a realizar se incluyen el uso de terapias locales, principalmente crioterapia, de órtesis para corregir los defectos mecánicos, la educación a los pacientes y la terapia ocupacional. Las medidas de protección articular, la fisioterapia y la actividad física ayudan en el tratamiento de la enfermedad (Moreno Rodríguez, 2015).

En relación a la educación de los pacientes se describe como un factor fundamental en el control de la actividad de la enfermedad. Señala que mientras mayor es el nivel educativo de los pacientes mejor será su comportamiento en torno a los elementos que garantizan el control de la actividad clínica de la AR (Armas Hernández, et al, 2017).

La terapia ocupacional ha demostrado ser un medio eficaz en la reducción del dolor y en el control de manifestaciones clínicas propias de la AR. La terapia ocupacional ha sido señalado como un adecuado método que mejora la CVRS de los pacientes disminuyendo la discapacidad a punto de partida del aumento de la movilidad articular (Moreno Rodríguez, et al, 2015). Otras terapias no convencionales o no farmacológicas, como la medicina natural y tradicional, también han sido reportadas como de utilidad como coadyuvantes en el tratamiento de la AR, dentro de ellas

destacan la ozonoterapia, la acupuntura, la digitopuntura y la utilización de fitofármacos (Solis Cartas, & Calvopiña Bejarano, 2018).

La AR genera la aparición de distintos grados de limitación de realización de actividades que pueden ser de forma transitoria o permanente, constituyendo entonces discapacidad funcional. Las complicaciones de la enfermedad pueden suponer un daño de una o varias articulaciones disminuyendo la posibilidad del paciente para realizar determinados movimientos de forma independiente (Villarino, & Sancho, 2017). Ha sido señalada como una enfermedad que propicia un elevado número de comorbilidades, lo que hace más preocupante aún la evolución del estado de salud del paciente (Vicente Herrero, Bueno, & García, 2018). Este hecho hace que durante el curso de la enfermedad se asocien otras enfermedades de origen cardiovascular, renales y neurológicas que la postre suman mayor discapacidad y afectación de la percepción de CVRS en los pacientes con esta enfermedad. (Villarino, & Sancho, 2017).

Las enfermedades reumáticas, dentro de ellas la AR, demandan un régimen de asistencia a consulta periódico en el cual se realizara un monitoreo de elementos clásicos de la enfermedad como son, entre otros la capacidad funcional y la percepción de CVRS (Álvarez Cervantes, et al, 2018). Esta conducta permite tener una noción de elementos de la AR en los cuales se pueden realizar adecuaciones relacionadas con la educación a los pacientes y los esquemas terapéuticos que conduzcan a lograr mayores índices de control de la actividad clínica de la AR (Vicente Herrero, Bueno, & García, 2018)

## **2.3. Marco conceptual**

### **2.3.1 *Artritis reumatoide (AR)***

Enfermedad reumática, autoinmune, crónica, caracterizada por la presencia de un proceso inflamatorio permanente que incluye la presencia de manifestaciones clínicas articulares y extra articulares con elevado número de complicaciones en distintos órganos y sistemas de órganos del cuerpo humano (Prada Hernández, et al, 2015).

### **2.3.2 *Calidad de vida relacionada con la salud***

Según Schwartzmann (2003), es conceptualizada como

“la valoración que realiza una persona, de acuerdo con sus propios criterios, de su estado físico, emocional y social en un momento dado, y el reflejo del grado de satisfacción con una situación personal a nivel fisiológico (síntomatología general, discapacidad funcional, situación analítica, sueño o respuesta sexual), emocional (sentimientos de tristeza, miedo, inseguridad o frustración), y social (situación laboral o escolar, interacciones sociales en general, relaciones familiares, amistades, nivel económico, participación en la comunidad o actividades de ocio, entre otras)” (Vinaccia, et al, 2017).

### **2.3.3 Discapacidad**

Es definida por Prada Hernández y colaboradoras como pérdida de la habilidad para poder realizar una actividad cotidiana por parte de un individuo; esta discapacidad puede ser transitoria o permanente según su tiempo de duración. Múltiples son las causas que las generan, dentro de ellas se destacan los accidentes automovilísticos, enfermedades cerebrovasculares y enfermedades reumáticas y sus complicaciones (Prada Hernández, et al, 2015).

### **2.3.4 Enfermedad autoinmune**

Conjunto de enfermedades que tienen como elementos comunes en su etiopatogenia la presencia de alteraciones del sistema inmune consistente en un aumento de la producción de citoquinas pro inflamatorias y de autoanticuerpos que son los responsables del daño articular y extra articular, generando discapacidad funcional y disminución de la percepción de CVRS. Los principales exponentes son la AR, el lupus eritematosos sistémico, las miopatías inflamatorias, las espondiloartropatías, la colitis ulcerativa idiopáticas y otras (Vicente Herrero, Bueno, & García, 2018).

### **2.3.5 Enfermedad crónica**

Según Orozco Gómez y Castiblanco Orozco, (2015) constituyen un grupo de enfermedades de evolución crónica, las cuales no serán resolutivas desde el punto de vista terapéutico y cuyo principal objetivo es detener el progreso de la misma mediante el control de la actividad clínica. Son enfermedades que generan elevados índices de discapacidad y de afectación a la CVRS de los pacientes. Sus principales exponentes son la Hipertensión arterial, la diabetes mellitus, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, el asma bronquial, la artritis reumatoide, la osteoartritis y la insuficiencia renal entre otras (Orozco Gómez, & Castiblanco Orozco, 2015).

### **2.3.6 *Fármacos biológicos***

Fármacos cuyas dianas terapéuticas están orientadas hacia los principales mecanismos biológicos del cuerpo humano; están constituidos por macromoléculas de origen proteico, con muy bajo peso molecular, son efectivos en el control de la actividad clínica de las enfermedades reumáticas inflamatorias como la AR, el lupus eritematosos y otras más, pero el elevado número de complicaciones y reacciones adversas que generan y el elevado costo de los mismos limitan su uso generalizado: Constituyen fármacos de reservas a utilizar cuando los demás grupos farmacológicos y/o esquemas terapéuticos han fallado o no pueden ser utilizados por distintas causas (Gómez Ramírez, & Gómez Ramírez, 2015).

### **2.3.7 *Fármacos modificadores de la enfermedad***

Grupo de fármacos que tienen, entre otras, acciones inmunosupresoras o inmunomoduladoras, su principal acción constituye la disminución de la respuesta inmune con lo que se logra disminuir la actividad clínica de la enfermedad. Los principales exponentes de este grupo son el methotrexate y la leflunomida; son considerados como fármacos de primera línea en el tratamiento de la AR (Prada Hernández, et al, 2015).

## CAPÍTULO III

### 3. METODOLOGÍA

#### 3.1. Tipo y diseño de la investigación

Se realizó una investigación básica, no experimental y con un corte transversal. El enfoque del estudio fue mixto ya que se utilizaron elementos cualitativos y cuantitativos. El alcance del estudio fue descriptivo, correlacional y explicativo.

Se utilizaron métodos de investigación del nivel teórico dentro de los que destacaron el método histórico lógico, el analítico sintético y el inductivo deductivo. Los métodos del nivel estadístico utilizado fueron la determinación de chi cuadrado mediante nivel de confianza y del coeficiente de correlación de Pearson. La utilización de los distintos métodos de investigación facilitó el cumplimiento de los objetivos de la investigación.

#### 3.2. Unidad de análisis

La unidad de análisis estuvo constituida por el Hospital Provincial General Docente de Riobamba, donde se tuvo acceso a los pacientes y sus respectivas historias clínicas. Esta acción permitió obtener información relacionada con cada una de las variables de estudio.

#### 3.3. Población de estudio

La población del estudio estuvo constituido por la totalidad de pacientes con diagnóstico de AR atendidos en el HPGDR entre los meses de enero 2018 y enero 2019. El total de pacientes atendidos con esta enfermedad durante ese periodo fue de 158 pacientes.

#### 3.4. Tamaño de la muestra

Para realizar el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó la fórmula de cálculo muestral determinada para poblaciones conocidas que es la siguiente:

$$n = \frac{Z^2 \times p \times q \times N}{E^2 (N - 1) + Z^2 \times p \times q}$$

La nomenclatura utilizada fue:



- $n$  = muestra
- $Z$  = porcentaje de confianza
- $E$  = porcentaje de error
- $p$  = variabilidad positiva
- $N$  = población
- $q$  = variabilidad negativa

Una vez realizados los cálculos matemáticos se definió el tamaño de la muestra en 129 pacientes, los cuales debieron cumplir los criterios de inclusión y exclusión definidos para la investigación. Para conformar la muestra se utilizó el método aleatorio simple garantizando igualdad de condiciones y oportunidades a todos los pacientes para que se formaran parte del estudio.

#### **3.4.1 Criterios de inclusión**

- Pacientes mayores de 20 años con diagnóstico de AR según los criterios del Colegio Americano de Reumatología.
- Pacientes con diagnóstico de AR atendidos en el HPGDR en el periodo comprendido entre los meses de enero 2018 y enero 2020.
- Pacientes que estuvieron de acuerdo participar en el estudio y que lo expresaron mediante la firma del consentimiento informado (anexo 1).

#### **3.4.2 Criterios de exclusión**

- Pacientes cuyo diagnóstico de AR no fue realizado teniendo en cuenta los criterios del Colegio Americano de Reumatología.
- Pacientes que no se interesen en participar en el estudio por lo que no firmaron el consentimiento informado.

### **3.5. Variables de investigación**

Para la realización del estudio se tuvieron en cuenta las siguientes variables de investigación: edad, sexo, etnia, procedencia, nivel educacional, nivel económico, tiempo de evolución de la enfermedad, adherencia farmacológica, presencia de comorbilidades, tipo de comorbilidades,

capacidad funcional, percepción de CVRS, estado nutricional y nivel de conocimiento sobre autocuidado en la AR.

### 3.6. Operacionalización de las variables

Variable	Tipo de variable	Escala	Descripción	Indicador
Edad	Cuantitativa continua	De 20 a 39 años De 40 a 59 años 60 años y más	Según años cumplidos desde el nacimiento hasta el momento de la entrevista.	Frecuencia y porcentaje de pacientes según grupos de edad
Sexo	Cualitativa nominal dicotómica	Masculino Femenino	Según sexo biológicamente determinado	Frecuencia y porcentaje de pacientes según sexo
Etnia	Cualitativa nominal politómica	Blanco(a) Mestizo(a) Indígena Afroecuatoriano(a)	Según auto identificación étnica	Frecuencia y porcentaje de pacientes según etnia
Procedencia	Cualitativa nominal dicotómica	Urbana Rural	Según procedencia de los pacientes	Frecuencia y porcentaje de pacientes según procedencia.
Nivel educacional	Cualitativa ordinal	Analfabeto Básica Bachiller Superior	Ultimo año aprobado según sistema educativo formal.	Frecuencia y porcentaje de pacientes según nivel educacional
Nivel económico	Cualitativa ordinal	Bajo Medio Alto	Según per cápita familiar mensual: Bajo: menos de dos salarios básicos Medio: entre 2 y 3 salarios básicos Alto: 4 o más salarios básicos	Frecuencia y porcentaje de pacientes según nivel económico
Tiempo de evolución de la enfermedad	Cuantitativa continua	Menor de 3 años De 3 a 5 años De 6 a 10 años Más de 10 años	Según años del diagnóstico definitivo de la enfermedad	Frecuencia y porcentaje de pacientes según tiempo de evolución de la enfermedad
Adherencia farmacológica	Cualitativa nominal dicotómica	Adherente No adherente	Según resultados del test de Morisky Green	Frecuencia y porcentaje de pacientes según adherencia farmacológica.
Presencia de comorbilidades	Cualitativa nominal dicotómica	Si No	Pacientes con otros diagnósticos confirmados	Frecuencia y porcentaje de pacientes según presencia de comorbilidades
Tipo de comorbilidad	Cualitativa nominal politómica	Hipertensión arterial Diabetes mellitus Fibromialgia Hipotiroidismo		

		Síndrome metabólico Sobre peso Obesidad	Según tipo de enfermedad concomitante con diagnóstico confirmado.	Frecuencia y porcentaje de pacientes según tipo de comorbilidad asociada.
Capacidad funcional	Cualitativa nominal politómica	Sin discapacidad Discapacidad ligera Discapacidad moderada Discapacidad severa	Según resultados obtenidos mediante la aplicación del HAQ-CU. Sin discapacidad: menos de 0,5 puntos Discapacidad ligera: entre 0,5 y 1 punto Discapacidad moderada: Mayor de 1 y menor de 2 puntos. Discapacidad severa: 2 puntos o más	Frecuencia y porcentaje de pacientes según discapacidad funcional
Percepción de CVRS	Cualitativa nominal dicotómica	Adecuada Inadecuada	Según resultados del cuestionario de CVRS aplicado	Frecuencia y porcentaje de pacientes según CVRS
Estado nutricional	Cualitativa ordinal	Bajo peso Normo peso Sobrepeso Obeso	Según resultado del índice de masa corporal. Bajo peso: menos de 18,5 puntos Normo peso: entre 18,5 y 24,9 puntos Sobrepeso: entre 25,0 y 29,9 puntos Obesidad: 30 puntos o más	Frecuencia y porcentaje de pacientes según estado nutricional.
Nivel conocimiento sobre autocuidado en la AR	Cualitativa ordinal	Bajo Medio Alto	Según respuestas relacionadas con el autocuidado de los pacientes con AR. Bajo: respuestas positivas a 2 dimensiones Medio: respuestas positivas entre 3 y 4 dimensiones Alto: respuestas positivas a 5 o más dimensiones	Frecuencia y porcentaje de pacientes según nivel de conocimiento sobre autocuidado en la AR.

### **3.7. Técnicas de recolección de datos**

Fueron utilizadas dos técnicas de investigación la entrevista y la revisión documental. La entrevista fue la técnica de mayor utilización. Las entrevistas fueron conducidas por un miembro del equipo de investigación, se realizaron entrevistas individuales y grupales y tuvieron varios objetivos. Dentro de estos destacan la explicación sobre los objetivos y métodos del estudio, la aclaración de dudas de los participantes y la aclaración de duda a la hora de responder los cuestionarios de investigación.

También fue utilizada, aunque en menor grado, la revisión documental como técnica de investigación para completar el cumplimiento de los objetivos de la investigación. Esta técnica fue aplicada para realizar la búsqueda de información básica y actualizada sobre AR, capacidad funcional y CVRS. Además, se utilizó para revisar las historias clínicas de los pacientes y obtener información sobre elementos de la enfermedad que no fueran del dominio de los investigados o para aclarar dudas relacionadas con las respuestas de los mismos.

### **3.8. Instrumentos de investigación**

Durante la realización del estudio se utilizaron distintos instrumentos de investigación. El primero de ellos fue un cuestionario, a modo de encuesta, que se diseñó específicamente para la investigación y que fue sometido al escrutinio de expertos que aprobaron su aplicación. El cuestionario constó con un total de 17 preguntas orientadas en varias direcciones; las primeras 6 preguntas se orientaron hacia la recopilación de información relacionada con las características sociodemográficas de los pacientes. La segunda parte de la entrevista incorporó un total de 3 preguntas que pretendieron aportar información sobre los elementos relacionados con la AR y la tercera y última parte de la encuesta tuvo un total de 8 preguntas que permitieron explorar el nivel de conocimiento de los pacientes relacionados con el autocuidado de la AR (anexo 2).

La determinación del índice de masa corporal (IMC) fue el procedimiento utilizado para determinar el estado nutricional. La fórmula utilizada divide el peso, expresado en kilogramos, sobre la talla del paciente expresada en centímetros cuadrados. Para obtener el peso y la talla de cada uno de los casos se utilizó una balanza con tallímetro previamente certificada para su uso por el departamento de metrología del Ecuador. Para la interpretación de los resultados se tomaron en cuenta los valores de referencia establecidas por la OMS que son:

- Bajo peso: menos de 18,5
- Normo peso: de 18,5 a 24,9
- Sobre peso: de 25 a 29,9
- Obesidad: 30 o más

Con la finalidad de estudiar el comportamiento de la adherencia farmacológica de los pacientes con AR se utilizó un instrumento que ha sido ampliamente divulgado y utilizado a nivel mundial con este objetivo; el test de Moriski Green. Este test consiste en que el paciente responda 4 preguntas relacionadas con la acción que realiza con respecto a los fármacos prescritos por el profesional de la salud. Múltiples pueden ser las combinaciones que se obtienen, pero solo una de ellas muestra la adherencia farmacológica del paciente (No-Si-No-No), las demás respuestas son consideradas como no adherentes farmacológicos (anexo 3).

Para identificar la percepción de CVRS se utilizó los cuestionarios de láminas Coop/Wonca. Este cuestionario combina elementos gráficos con teóricos y explora la percepción de los pacientes en las últimas dos semanas; se centra en el estudio de 7 dimensiones (forma física, actividades sociales, actividades cotidianas, sentimientos, estado de salud, cambios en el estado de salud y dolor). Originalmente este cuestionario, creado en la universidad de Ontario, Canadá, contaba con 9 dimensiones, pero posteriormente se validó la versión actual de 7 dimensiones (anexo 4).

En cada dimensión, la pregunta tipo liker que se realiza, tiene 5 tipos de respuesta que propician una puntuación de 1 a 5 puntos, mientras mayor es la puntuación se considera que peor es la percepción de CVRS de la persona encuestada. Las puntuaciones generales del cuestionario pueden ir desde 7 a 35 puntos y aunque no se encuentra un valor de corte definido, distintos estudios coinciden en señalar puntuaciones mayores a 20 puntos como muestra de afectación de la percepción de CVRS.

Para identificar la capacidad funcional de los pacientes se utilizó la versión cubana del *Health Assessment Questionnaire* (HAQ-CU). Este cuestionario aborda la capacidad para realizar actividades de la vida diaria en relación al nivel de dependencia del paciente. Explora 8 dimensiones y cada una de ellas presenta 4 opciones de respuestas que van desde 0 puntos (sin discapacidad para realizar la actividad) hasta 3 puntos (dependencia total para realizar la actividad) (anexo 5).

Los resultados finales se promedian y según la puntuación obtenida es la interpretación en torno a la capacidad funcional del paciente. De esta forma, según el Colegio Americano de Reumatología, se obtienen los siguientes valores de referencia:

- Sin discapacidad: menos de 0,5 puntos
- Discapacidad ligera: entre 0,5 y 1 punto
- Discapacidad moderada: puntuación mayor de 1 punto y menor a 2 puntos
- Discapacidad severa: puntuaciones iguales o superiores a 2 puntos.

El cuestionario de investigación permitió cumplir el objetivo específico número 1 del estudio; la aplicación del cuestionario de láminas Coop/Wonca facilitó obtener la información necesaria para cumplir el objetivo específico número 2 del estudio. La aplicación del HAQ-Cu fue decisiva para dar cumplimiento al objetivo específico número 3 de la investigación. El objetivo específico número 4 se cumplió con la realización del procesamiento estadístico y la aplicación de pruebas de ese nivel de investigación.

### **3.9. Procesamiento de la información**

Para procesar la información, después de organizada y homogenizada la misma en una base de datos en el programa Excel, se utilizó el programa estadístico automatizado *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) en 20,5 para Windows. Se definieron medidas de tendencia central (promedio o media) y de dispersión (desviación estándar) en el caso de las variables cuantitativas; mientras que para las variables cualitativas se incluyó la determinación de frecuencia absolutas y porcentajes.

La prueba de chi cuadrado y el cálculo del coeficiente de correlación de Pearson se utilizaron para determinar correlación entre variables. El coeficiente de alfa de Cronbach permitió identificar la consistencia interna y confiabilidad del cuestionario de investigación que se utilizó. El margen de error fue definido en el 5%, mientras que para el nivel de confianza se estableció el 95%; con un  $p=0,05$  se definió la significación estadística de los resultados del estudio. Cada uno de los resultados obtenidos fueron mostrados en forma de tablas y gráficos estadístico, acción que favoreció la interpretación y comprensión de los mismos.

### **3.10. Consideraciones éticas**

Las normas estipuladas por la declaración de Helsinki II constituyeron las bases éticas de la investigación. Se utilizó el consentimiento informado para la incorporación voluntaria de los pacientes en el estudio. Todos los datos y resultados obtenidos se utilizaron únicamente con fines investigativos y se trataron bajo el principio de confidencialidad que incluyó la no utilización de datos de identidad personal y la destrucción de la base de datos después de terminado el informe final del estudio.



## CAPÍTULO IV

### 4. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. RESULTADOS

Después de realizar el procesamiento estadístico de la información recolectada se llega a los siguientes resultados

**Tabla 1.** Distribución de pacientes con diagnóstico de AR según características generales.

<b>Características generales</b>	<b>Muestra total de 129 pacientes con AR frecuencia (por ciento)</b>
<b>Promedio de edad (años)</b>	63,28 *DE 28,72
<b>Grupo de edades</b>	
De 20 a 39 años	17 (13,18)
De 40 a 59 años	43 (33,33)
De 60 años y más	69 (53,49)
<b>Sexo</b>	
Masculino	32 (24,81)
Femenino	97 (75,19)
<b>Etnia</b>	
Blanco(a)	31 (24,03)
Mestizo(a)	81 (62,79)
Indígena	12 (9,30)
Afroecuatoriano(a)	5 (3,88)
<b>Procedencia</b>	
Rural	31 (24,03)
Urbano	98 (75,97)
<b>Nivel educacional</b>	
Analfabeto	3 (2,32)
Básica	46 (35,66)
Bachiller	65 (50,39)
Superior	15 (11,63)
<b>Nivel económico</b>	
Bajo	79 (61,24)
Medio	39 (30,23)
Alto	11 (8,53)

**Fuente:** cuestionario de investigación      **\*DE:** desviación estándar

Al analizar las características generales de los pacientes incluidos en el estudio se obtuvo un promedio de edad de 63,28 años. El grupo de edad predominante fue de 60 años y más con una frecuencia de 69 pacientes que representó el 53,49% del total de personas con AR investigada. Le siguieron los pacientes entre 40 y 59 años (33,33%) y por último los pacientes entre 20 y 39 años

(13,18%). En relación al sexo existió predominio de féminas (75,19%) en comparación con los pacientes masculinos (24,81%).

El estudio de la autoidentificación étnica mostró que el 62,79% de los pacientes con AR se autoidentificaron como mestizos, el 9,30% se autoidentificó como indígenas, mientras que el 24,03% refirió ser blanco. Solo el 3,88% de los pacientes se autoidentificaron como afroecuatorianos. Se identificó que el 75,97% de los casos eran provenientes del área urbana y que el restante 24,03% procedían de área rural. El nivel educacional fue otra de las características generales investigadas, se obtuvo un predominio de pacientes bachilleres (50,39%), seguido de pacientes con nivel básico (35,56%). El 2,32% de los pacientes eran analfabetos, mientras que el 11,63% de ellos había alcanzado un nivel de educación superior. El análisis del nivel económico de los pacientes mostró que en el 61,24% este era bajo, en el 30,23% se identificó nivel económico medio y solo el 8,53% de los pacientes presentaba un nivel económico alto (tabla 1).

**Tabla 2.** Distribución de pacientes según características relacionadas con la AR.

<b>Características de la AR</b>	<b>Muestra del 129 pacientes con diagnóstico de AR</b>		
	Frecuencia	Por ciento	*p
<b>Tiempo de evolución de la enfermedad</b>			
Menor de 3 años	57	44,17	----
De 3 a 5 años	32	24,81	----
De 6 a 10 años	23	17,84	----
Más de 10 años	17	13,18	----
<b>Adherencia farmacológica</b>			
Adherentes	99	76,74	0,023
No adherentes	30	23,26	0,077
<b>Presencia de comorbilidades</b>			
Si	83	64,34	0,036
No	46	35,66	0,075
<b>Tipo de comorbilidades</b>			
	n=83 pacientes con comorbilidades		
Hipertensión arterial	32	38,50	----
Diabetes mellitus	11	13,58	----
Fibromialgia	19	23,46	----
Hipotiroidismo	22	27,16	----
Síndrome metabólico	10	12,34	----
Sobrepeso	36	44,44	----
Obesidad	15	18,07	----

**Fuente:** cuestionario de investigación \*p=0,05

En la tabla 2 se muestra los resultados relacionados con el análisis de los elementos relacionados con la AR. Se observa que el 44,17% de los pacientes presentaban, en el momento de la investigación, menos de 3 años de evolución de la enfermedad; el 24,81% refirió tiempo de evolución de la AR entre 3 y 5 años. El 17,84% refirió tiempo de evolución entre 6 y 10 años y solo el 13,18% de los casos refirió un tiempo de evolución de la enfermedad superior a los 10 años. El análisis de la adherencia farmacológica mostró que el 76,74% de los pacientes investigados son adherentes farmacológicamente.

Se observa que el 64,34% de los pacientes con AR presentan comorbilidades asociadas (tabla 2). Dentro de estas destaca el 44,44% de caso con sobrepeso, el 38,50% refirió diagnóstico de hipertensión arterial y el 27,16% manifestó tener diagnóstico de hipotiroidismo. Otras comorbilidades identificadas fueron la fibromialgia (23,46%), la obesidad (18,07%), la diabetes mellitus (13,58%) y el síndrome metabólico que fue referido por el 13,58% del total de caso con AR identificados (tabla 2).

**Tabla 3.** Distribución de pacientes con diagnóstico de AR según percepción de CVRS y sexo.

Percepción de CVRS	Muestra de 129 pacientes con diagnóstico de AR					
	Masculino		Femenino		Total	
	Media	*DE	Media	*DE	Media	*DE
Forma física	3,02	2-5	2,88	1-5	2,91	1-5
Actividades sociales	2,67	1-4	2,87	1-5	2,78	1-5
Actividades cotidianas	2,81	2-5	2,83	2-5	2,83	2-5
Sentimientos	2,61	1-4	2,73	1-4	2,70	1-4
Estado de salud	2,54	1-4	2,69	1-4	2,64	1-4
Cambios estado de salud	2,50	1-4	2,66	1-4	2,61	1-4
Dolor	3,21	2-5	3,28	2-5	3,26	2-5
Global	22,38	17-24	24,59	19-26	24,23	17-29

**Fuente:** cuestionario láminas Coop/Wonca \*DE: desviación estándar

El análisis de la percepción de CVRS de forma global y por sexos se muestra en la tabla 3. El estudio global señaló una puntuación de CVRS de 24,23, donde las puntuaciones más elevadas se obtuvieron en la dimensión dolor (3,26), dimensión forma física (2,91) y actividades cotidianas (2,83). Las demás dimensiones estudiadas obtuvieron puntuación por encima de los 2,60 puntos,

siendo la menos afectada la dimensión cambios en el estado de salud que obtuvo una puntuación de 2,61.

Al realizar el análisis en pacientes masculinos se obtuvo una puntuación global por debajo de la media del estudio (22,31); las dimensiones más afectadas fueron el dolor (3,21), la forma física (3,02) y las actividades cotidianas (2,81). En el caso de las pacientes femeninas la puntuación global fue ligeramente superior a la media del estudio (24,59) y las dimensiones más afectadas fueron el dolor (3,28), la forma física (2,88) y las actividades sociales (2,87) (tabla 3).

**Tabla 4.** Distribución de pacientes con diagnóstico de AR según CVRS y características de la enfermedad.

Características de la AR	Percepción de CVRS		
	Media	*DE	**p
<b>Tiempo de evolución de la enfermedad</b>			
Menor de 3 años	20,03	18-23	0,083
De tres a 5 años	23,21	21-25	0,064
De 6 a 10 años	25,11	23-27	0,035
Más de 10 años	26,89	24-29	0,022
<b>Adherencia farmacológica</b>			
Adherentes	21,89	20-23	0,07
No adherentes	26,02	23-28	0,026
<b>Presencia de comorbilidades</b>			
Si	25,46	22-28	0,031
No	21,87	19-23	0,07

**Fuente:** cuestionario de investigación \*DE: desviación estándar \*\*p=0,05

En la tabla 4 se muestra la distribución de pacientes con AR según la percepción de CVRS y los elementos investigados de la enfermedad. En relación al tiempo de evolución de la enfermedad se obtuvieron medias por encima de la media del estudio en pacientes con 6 o más años de diagnóstico de la enfermedad. Un resultado similar se obtuvo al analizar la adherencia farmacológica y la presencia de comorbilidades. Los pacientes adherentes farmacológicos presentaron puntuación de CVRS de 21,89, muy inferior a los 26,13 puntos de los pacientes no adherentes farmacológicos. En relación a la presencia de comorbilidades se observa que los casos con comorbilidades presentaron puntuaciones de 25,46, superiores a la media del estudio y a los 21,87 puntos de los pacientes que presentaban AR pero sin comorbilidades asociadas (tabla 4).

Se muestra que las puntuaciones obtenidas en pacientes mayores de 6 años de diagnóstico de la enfermedad, con presencia de comorbilidades, esquema terapéutico inadecuado y no adherentes farmacológicos fueron estadísticamente significativos. Estos resultados pueden ser considerados como factores que inciden negativamente en la percepción de CVRS de los pacientes con AR (tabla 4).

**Tabla 5.** Distribución de pacientes con diagnóstico de AR según capacidad funcional.

<b>Capacidad funcional</b>	<b>Muestra de 129 pacientes con AR</b>		
	<b>Frecuencia</b>	<b>Por ciento</b>	<b>*p</b>
Sin discapacidad	35	27,13	0,083
Con discapacidad	94	72,87	0,038
<b>Tipo de discapacidad</b>	n=94 pacientes con AR y discapacidad		
Discapacidad ligera	48	51,06	0,049
Discapacidad moderada	34	36,17	0,075
Discapacidad severa	12	12,77	0,097

**Fuente:** cuestionario HAQ-CU

\*p=0,05

El análisis de la determinación de la capacidad funcional mostró como dato estadísticamente significativo que el 72,87% de los pacientes con AR presenta algún grado de discapacidad funcional. Solamente 35 pacientes (27,13%) no presentaron algún nivel de discapacidad funcional (tabla 5). Los resultados del análisis del tipo de discapacidad se muestran en la tabla 5. En ella se observa que el 51,06% de los pacientes con discapacidad presentó discapacidad ligera, dato que fue estadísticamente significativo; el 36,17% de los pacientes presentó discapacidad moderada y el restante 12,77% discapacidad severa.

**Tabla 6.** Distribución de pacientes con diagnóstico de AR según capacidad funcional y características de la enfermedad.

<b>Característica de la AR</b>	<b>Capacidad funcional</b>			
	<b>Con discapacidad</b>		<b>Sin discapacidad</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>Por ciento</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Por ciento</b>
<b>Tiempo de evolución de la enfermedad</b>				
Menor de 3 años	39	68,42	18	31,58
De 3 a 5 años	21	65,62	11	34,38
De 6 a 10 años	18	78,26	5	21,74
Más de 10 años	16	94,12	1	5,88
<b>Adherencia farmacológica</b>				
Adherentes	67	67,68	32	32,32

No adherentes	27	90,0	3	10,0
<b>Presencia de comorbilidades</b>				
Si	70	84,34	13	15,66
No	14	30,43	32	69,57

**Fuente:** cuestionario de investigación

La tabla 6 muestra que el 94,12% de pacientes con tiempo de evolución de la enfermedad mayor de 10 años presentaron discapacidades. Igualmente el 78,26% de los pacientes con diagnóstico de AR entre 6 y 10 años, que también presentaron algún grado de discapacidad funcional. Los pacientes adherentes terapéuticos presentaron algún tipo de discapacidad funcional en el 67,68%, en comparación con el 90,0% de pacientes no adherentes con discapacidad funcional. En relación a la presencia de comorbilidades y discapacidad funcional, esta última fue superior en los pacientes que si presentaron comorbilidades asociadas (84,34%) en comparación con los pacientes con AR sin comorbilidades asociadas que alcanzó solamente el 30,43%.

**Tabla 7.** Distribución de pacientes con diagnóstico de AR según CVRS y capacidad funcional.

Capacidad funcional	Percepción de CVRS		
	Media	*DE	**p
Con discapacidad	26,28	24-29	0,026
Sin discapacidad	19,22	17-22	0,082
<b>Tipo de discapacidad</b>			
Discapacidad ligera	24,21	22-26	0,069
Discapacidad moderada	25,93	22-26	0,063
Discapacidad severa	27,42	23-29	0,064

**Fuente:** cuestionarios de CVRS y Capacidad funcional \*p=0,05

En la tabla 7 se muestra que la media de puntuación de percepción de CVRS de los pacientes con AR que presentaron discapacidad (26,28) fue muy superior a la media de puntuación de percepción de CVRS de los pacientes con AR sin discapacidad (19,22).

En relación al análisis entre el grado de discapacidad y la puntuación media de percepción de CVRS se observa que a medida que aumentó el nivel de discapacidad también los hicieron las puntuaciones medias de percepción de CVRS. De esta forma los pacientes con discapacidad ligera presentaron puntuaciones de CVRS de 24,51, los casos con discapacidad moderada alcanzaron puntuación de 25,93 y la mayor cifra, por ende peor percepción de CVRS, se observó en los pacientes con discapacidad severa que ascendió hasta 27,42 puntos (tabla 7).

**Tabla 8.** Resultado de coeficiente de correlación de Pearson entre capacidad funcional y CVRS

<b>Variables</b>	<b>CVRS</b>	<b>Capacidad funcional</b>
Capacidad funcional	Coeficiente	0,83
	*Significación	0,01
	n	129
CVRS	Coeficiente	1
	Significación	0,01
	n	1299

\*p=0,01

En la tabla 8 se muestra el resultado del coeficiente de correlación de Pearson entre las variables CVRS y capacidad funcional. El valor obtenido de 0,83, con un  $p=0,01$ , muestra que existe una correlación positiva considerable entre estas dos variables.

## 4.2. DISCUSIÓN

La AR es una enfermedad crónica que, a pesar de no disponer de la incidencia y prevalencia de otras enfermedades crónicas no transmisibles, las complicaciones y manifestaciones clínicas que genera la convierten una de las 10 primeras causas de discapacidad a nivel general, siendo considerable también su afectación en la percepción de CVRS. El control de la actividad clínica de la enfermedad constituye la única alternativa viable para controlar el proceso inflamatorio y de esta forma disminuir la presencia e intensidad de manifestaciones clínicas y de complicaciones de la enfermedad (Armas Hernández, et al, 2017).

Las características generales de los pacientes con AR incluidos en este estudio coinciden con otros reportes realizados a nivel nacional e internacional. Se encontró un predominio de pacientes femeninas en comparación con pacientes masculinos. Este resultado es similar el reportado por Prada y colaboradores (2015) quienes también reportan un predominio estadísticamente significativo de pacientes femeninas con AR. Por su parte González Otero y colaboradores (2015) también reportan predominio de féminas con AR en relación a pacientes masculinos.

Se describe que una posible explicación que muestre la predilección de la AR por el sexo femenino puede estar relacionada con los trastornos hormonales que se producen durante la menopausia; en este periodo existe una disminución brusca de la producción y síntesis ovárica de estrógenos y progesterona (Armas Hernández, et al, 2017). Ambas hormonas han sido reportadas con posible

función protectora sobre el cartílago articular, pero también han sido descritas con cierto papel inmunomodulador del sistema inmune (Mendoza Coussette, & Alonso Biosca, 2018). La disminución brusca limita la protección articular y predispone la aparición de alteraciones inmunológicas.

Esta explicación también explica hasta cierto punto el aumento de la incidencia y prevalencia de la enfermedad por encima de los 50 años, resultado que no solo fue encontrado en este estudio, sino que también ha sido reportado en otras investigaciones como la de Prada Hernández y colaboradores (2015), González Otero y colaboradores (2015) y Armas Hernández y colaboradores (2017). Los trastornos inmunológicos son más frecuentes durante la adolescencia, por la inestabilidad del sistema, o hacia la tercera edad, secundario a los cambios que ocurren durante el proceso del envejecimiento (Quiroga Meriño, et al, 2016; Herrera Suárez, et al, 2019).

Los traumas y micro traumas repetitivos también han sido un factor señalado por Solís Cartas y colaboradores (2017) como un factor desencadenante de inflamación articular; la cual si se presenta en un individuo predispuesto genéticamente puede desencadenar una respuesta inflamatoria exagerada y mantenida perpetuando el proceso inflamatorio y generando secundariamente un trastorno inmunológico. Es por eso que la combinación de estos factores, en una paciente predispuesta y en periodo menopaúsico puede desencadenar la alteración inmunológica que lleve al aumento de la producción de auto anticuerpos.

Otras de las características investigadas estuvieron relacionadas con el nivel de conocimiento, la procedencia, auto identificación étnica y el nivel económico de los pacientes; aunque no pueden ser comparadas con otros estudios si aportan elementos relacionados con las características etnográficas de la población ecuatoriana. Se observó una amplia diversidad etnográfica que en el contexto del estudio estuvo mayoritariamente compuesta por pacientes autoidentificados como mestizos e indígenas; con predominio de la población urbana sobre la rural.

El nivel educacional predominante fue el de bachiller y básica, expresión de los esfuerzos gubernamentales por garantizar una educación inclusiva con posibilidad de acceso de toda la población, como derecho constitutivo. Por su parte el predominio de pacientes con bajo nivel económico también es expresión de la crítica situación económica que atraviesa el país caracterizada por elevados índices de desempleo y de trabajo no óptimo. Estas características



pueden influir en determinados elementos de la AR como son la disponibilidad económica para acudir a consultas y adquirir fármacos, así como comprender la importancia de mantener una adecuada adherencia farmacológica.

El análisis de las características de la enfermedad arrojó resultados significativos; el primero de ellos está relacionado con el tiempo de evolución de la enfermedad, en el cual el predominio de pacientes con menos de 5 años de evolución está influenciado por el tiempo que hace que el hospital cuenta con especialista en Reumatología. Existió un predominio de pacientes con esquemas terapéuticos adecuados según la guía ecuatoriana para el diagnóstico y tratamiento de la AR, estos elementos no pudieron ser comparado con otros reportes por la escases de los mismos y por la no inclusión de estas variables.

La adherencia farmacológica fue otro de los elementos relacionados con la AR investigados, a pesar de existir un porcentaje significativo de pacientes adherentes todavía se considera, por parte del equipo de investigación como elevado el porcentaje de pacientes no adherentes. La adherencia farmacológica es considerada como uno de los elementos fundamentales para controlar la actividad clínica de la AR y disminuir la presencia de complicaciones de la misma (Ruiz Mejía, Parada Pérez, Urrego Vásquez, & Gallego González, 2016). La AR es una enfermedad crónica cuyos fármacos utilizados para su control, como es el caso del methotrexate, tiene un tiempo de comienzo de su acción bastante largo, por lo que interrumpir su administración puede suponer disminución de las concentraciones sanguíneas del fármaco por periodo prolongado. Esta situación favorece la perpetuación del proceso inflamatorio (Andaluz Cando, Cifuentes Tumaille, Dávila Aguirre, & Reyes Ortiz, 2017).

La presencia y tipo de comorbilidades fue otro de los elementos de la AR investigados; el elevado porcentaje de pacientes con AR y comorbilidades asociados también ha sido reportado por otros autores que describen elevados porcentajes de comorbilidades en pacientes con enfermedades reumáticas (Solis Cartas, et al, 2019). Las comorbilidades asociadas se explican por el efecto que produce la enfermedad, específicamente el proceso inflamatorio mantenido, sobre los distintos tejidos y órganos del cuerpo humano (Andaluz Cando, Cifuentes Tumaille, Dávila Aguirre, Reyes Ortiz, 2017).

El sobrepeso, la hipertensión arterial, el hipotiroidismo y la fibromialgia fueron las comorbilidades más frecuentes. Estudios como el de Solis y Calvopiña (2018) también reportan comorbilidades en pacientes con osteoartritis donde la hipertensión arterial y los trastornos nutricionales por exceso ocupan un papel privilegiado. En este sentido resulta importante destacar que en el contexto de la investigación existe un aumento no documentado de la incidencia y prevalencia de esta enfermedad.

En relación a la hipertensión arterial es importante señalar que es considerada como la enfermedad crónica no transmisible de mayor incidencia y prevalencia, reportándose cifras de entre 12 y 15% de la población adulta (Herrera Giró, et al, 2017) A esta situación se debe añadir dos elementos fundamentales de la AR que pueden aumentar las cifras de tensión arterial. Uno de ellos es el proceso inflamatorio propiamente dicho que genera daños en la íntima vascular y el proceso cicatrizal resultante disminuye la elasticidad vascular favoreciendo el aumento de la resistencia periférica. El otro elemento importante se relaciona con los eventos adversos secundarios al uso de antiinflamatorios esteroideos y no esteroideos, los cuales son grupos farmacológicos utilizados con elevada frecuencia para controlar el dolor y la inflamación en el curso de la AR.

Mención aparte merecen las alteraciones nutricionales por exceso, según cifras ofrecidas por el Instituto Nacional de Estadísticas y Censo del Ecuador más del 50% de la población adulta sufre sobre peso y cerca del 30% de ellos obesidad (INEC, 2019) Tanto el sobrepeso como la obesidad aumentan el perfil lipídico generando daño en la íntima vascular (De la Rosa, & Acosta Silva, 2018). Además estos estados nutricionales también son considerados como factores de riesgo para otras afecciones crónicas como la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y el síndrome metabólico entre otros (Villena Chávez, 2017).

En esta investigación también se obtuvieron elevados porcentajes de alteraciones nutricionales por exceso, con destaque para el sobrepeso; los factores que pueden influir en estos resultados se relacionan principalmente con la inactividad física, el uso de glucocorticoides, el proceso inflamatorio y la lipogénesis; cada uno de ellos juega un papel fundamental en el aumento del peso corporal de los pacientes con AR.

El análisis de la percepción de CVRS fue el elemento distintivo del estudio; a pesar de no describirse en la literatura un punto de corte para establecer una adecuada percepción de CVRS al

utilizar las láminas Coop/Wonca, se describen en distintas investigaciones que valores superiores los 20 puntos son muestras de disminución de la percepción de CVRS (Solis Cartas, Barbón Pérez, & Martínez Larrarte, 2017). En este estudio se obtuvieron puntuaciones superiores a 20 puntos tanto en pacientes masculinos como en pacientes femeninos, siendo las cifras superiores en el sexo femenino.

Este resultado es similar al encontrado por Prada Hernández y colaboradores (2015) quienes utilizaron otro cuestionario de calidad de vida, pero igualmente concluyen que la AR incide negativamente en la CVRS de los pacientes con esta enfermedad. Otras investigaciones han utilizado este mismo cuestionario en otras enfermedades reumáticas como el síndrome de Sjogren y la Osteoartritis (Solis Cartas, & Calvopiña Bejarano, 2018).

Quizás más importante que determinar la percepción de CVRS sea identificar los elementos que inciden negativamente en la misma. En este estudio se pudo determinar que la no adherencia terapéutica, el inadecuado esquema terapéutico, la presencia de comorbilidades y el tiempo de evolución mayor de 5 años son condiciones que inciden negativamente en la percepción de CVRS. Otras investigaciones también han reportado estudios similares abordando algún elemento de los antes mencionados como es el caso de la presencia de comorbilidades (Solis Cartas, & Calvopiña Bejarano, 2018).

Estos resultados se explican por la acción directa del proceso inflamatorio sobre el metabolismo del cuerpo humano. Todos los elementos antes mencionados inciden de una u otra manera en la perpetuación del proceso inflamatorio y ese es el elemento clave de la aparición de complicaciones de discapacidad funcional y de disminución de percepción de CVRS. La afectación orgánica es secundaria al mantenimiento de la actividad clínica de la enfermedad (Gómez Ramírez, & Gómez Ramírez, 2017).

Un resultado similar se obtuvo en relación a la capacidad funcional de los pacientes. La AR es una enfermedad con un gran potencial generador de discapacidad funcional; el resultado obtenido mostró un elevado por ciento de pacientes con discapacidad funcional donde predominó la discapacidad funcional ligera. Al igual que en la percepción de CVRS los elementos como fueron la no adherencia farmacológica, el tiempo de evolución mayor de 5 años, el tratamiento inadecuado

y la presencia de comorbilidades son elementos que se determinaron, desde el punto de vista estadístico, como factores que generan discapacidad funcional. La posible explicación a esta situación se basa en el propio proceso inflamatorio y los efectos que el mismo produce sobre el metabolismo y el equilibrio biopsicosocial de las personas con esta enfermedad (Martín Carbonell, Cantera Ocegüera, & Schuman Betancourt, 2017).

Un elemento preocupante es el bajo nivel de conocimiento de los pacientes sobre las acciones de autocuidado a tener en cuenta en relación con la enfermedad; si los pacientes no conocen las acciones a realizar para mejorar su autocuidado será imposible mantener elementos importantes bajo control como la adherencia farmacológica y el estado nutricional entre otros. Este resultado muestra la necesidad de realizar acciones encaminadas a elevar el nivel de conocimiento de la población sobre estos elementos generales y específicos de la AR.

Por último, se identificó una correlación positiva considerable entre la capacidad funcional y la percepción de CVRS; este resultado muestra que a medida que aumentan las puntuaciones de capacidad funcional (mayor discapacidad), también aumentan las puntuaciones de CVRS que es un indicador de peor percepción. Es por esto que se necesita diseñar acciones encaminadas a minimizar la acción de los elementos antes mencionados con el objetivo de disminuir la discapacidad funcional y mejorar la percepción de CVRS de los pacientes con AR basado en el control de la actividad clínica de la enfermedad.

## CONCLUSIONES

- Existió un predominio de pacientes femeninas, de procedencia urbana, con nivel educacional de bachiller y con nivel económico bajo. Predominaron los casos adherentes farmacológicos, con esquemas terapéuticos adecuados y con presencia de comorbilidades, dentro de las que destacaron el sobrepeso, la hipertensión arterial, el hipotiroidismo y la fibromialgia.
- Se obtuvieron puntuaciones de percepción de CVRS elevadas, principalmente en pacientes femeninas. El tiempo de evolución de la enfermedad mayor de 5 años, la presencia de comorbilidades, los esquemas terapéuticos inadecuados, las alteraciones nutricionales por exceso, el bajo nivel de conocimiento sobre autocuidado y la no adherencia farmacológica fueron elementos que incidieron negativamente en la percepción de CVRS de los pacientes con AR.
- Existió predominio de pacientes con discapacidad funcional, con predominio de la discapacidad funcional ligera. El tiempo de evolución de la enfermedad mayor de 5 años, la presencia de comorbilidades, los esquemas terapéuticos inadecuados, las alteraciones nutricionales por exceso, el bajo nivel de conocimiento sobre autocuidado y la no adherencia farmacológica fueron elementos que incidieron negativamente en la percepción de CVRS de los pacientes con AR.
- Se encontró una correlación positiva considerable entre capacidad funcional y percepción de CVRS, lo que muestra que a nivel que aumentan las puntuaciones de capacidad funcional también aumentan las de percepción de CVRS, evidenciando la discapacidad y la disminución de percepción de CVRS

## **RECOMENDACIONES**

- Socializar los resultados del presente estudio para aumentar la percepción de la población relacionada con acciones de autocuidado general y sobre todo en pacientes con AR.
- Continuar con el estudio de condiciones o factores que inciden de manera determinante en la percepción de CVRS y la capacidad funcional de los pacientes con enfermedades reumáticas, específicamente.
- Diseñar, implementar y ejecutar acciones encaminadas a elevar el nivel de conocimiento de la población sobre elementos relacionados con el cuidado de la salud, entre los que se incluyen acciones para disminuir la presencia de alteraciones nutricionales entre otras
- Actualizar las guías, normas y protocolos de actuación relacionadas con el diagnóstico y tratamiento de la AR para adecuarse a los estándares internacionales de la enfermedad basado en los elementos de medicina basada en evidencia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez Cervantes, M., Alonso, C.G., Cortés Rojo, C., & Orozco, AR. (2018). Funcionamiento familiar, actividad de la enfermedad y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide que reciben tratamiento con etanercept y adalimumab: estudio preliminar. *Cuadernos de Atención Primaria*,24(1),4-10. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6793913>
- Andaluz Cando, M.E., Cifuentes Tumaille, M.Y., Dávila Aguirre, E.M., & Reyes Ortiz, L.J. (2017). Afecciones oftalmológicas más frecuentemente asociadas a enfermedades reumáticas. *Rev Cubana de Reumatolo*, 19(Supl. 1),202-208. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962017000400006&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962017000400006&lng=es&tlng=es)
- Armas Hernández, A., Solís Cartas, U., Prada Hernández, D.M., Benítez Falero, Y., & Vázquez Abreu, R.L. (2017). Factores de riesgo ateroescleróticos en pacientes con artritis reumatoide. *Revista Cubana de Medicina Militar*,46(1),51-63. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=77973>
- Cárdenas Aranzana, M.J. Efectividad y eficiencia de la terapia biológica en artritis reumatoide en la práctica clínica habitual. Doctoral dissertation, Universidad de Córdoba. Córdoba, España. 2019. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=134531>
- Carreño Rolando, I.E., Camacho Sosa, K., Santiesteban Álvarez, E., & Morales Fuentes, M.A. (2019). La inmunoterapia una alternativa terapéutica en ancianos con cáncer de pulmón de células no pequeñas. *Revista Médica Electrónica*,41(5):1279-1287. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1684-18242019000501279&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242019000501279&lng=es&tlng=es)
- De la Rosa, J.M., & Acosta Silva, M. (2018). Posibles factores de riesgo cardiovasculares en pacientes con hipertensión arterial en tres barrios de Esmeraldas, Ecuador. *Revista Archivo Médico de Camagüey*,21(3):361-369. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552017000300007&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552017000300007&lng=es&tlng=es)
- Espinosa Balderas, D., Hernández Sosa, M., & Cerdán Galán, M. (2018). Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide. *Atención Familiar*,24(2):67-71. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887117300214>

- Gómez Ramírez, O.J., & Gómez Ramírez, A.P. (2017). Calidad de vida, nivel de salud percibido y factores sociodemográficos en personas con artritis reumatoide. *Aquichan*,17(2):150-161. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.5294/aqui.2017.17.2.4>
- González, M.L., Rueda, J., González, H., Cantor, E., & Martínez, A. (2016). Artritis reumatoide temprana: resultados clínicos y funcionales de una cohorte en un centro de alta complejidad, Cali-Colombia. *Revista Colombiana de Reumatología*,23(3),148-154. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2016.04.004>
- González Otero, Z., Egüez Mesa, J., Fusté Jiménez, C., Reyes Medina, E., Borges López, J., & González Otero, L. (2015). Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con artritis reumatoide: características tomográficas y evolución. *Revista Finlay*,5(4),264-274. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2221-24342015000400006&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342015000400006&lng=es&tlng=es)
- Hernández Batista, S.D., Villafuerte Morales, J.E., Chimbolema Mullo, S.O., & Pilamunga Lema, C.L. (2020). Factores de riesgo cardiovascular en pacientes con enfermedades reumáticas. *Rev Cubana de Reumatolo*,22(1),[aprox. 8 p.]. Recuperado de: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/723>
- Herrera Giró, M., Acosta González, M., Dueñas Herrera, A., Armas Rojas, N., De La Noval García, R., Castellanos Almeida, J. (2017). Prevalencia de la Hipertensión Arterial en trabajadores de una institución de salud. *Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular*,23(2):322-327. Recuperado de: <http://www.revcardiologia.sld.cu/index.php/revcardiologia/article/view/697>
- Instituto Nacional de Estadística y Censo (INEC). Estado nutricional de la población Ecuatoriana. Quito, Ecuador, 2019.
- León Fernández, O.S., Takon Oru, G., López Cabreja, G.M., Serrano Espinosa, I., & García Fernández, E. (2020). Gamma glutamil transferasa, un marcador de la eficacia clínica del ozono médico y su rol patológico en la artritis reumatoide y la osteoartritis de rodilla. *Rev Cubana de Reumatolo*,22(1),[aprox. 9 p.]. Recuperado de: <http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/756>
- Lescano Ruiz, M., Solís Cartas, U., & Rosero Mera, L.P. (2019). Complicaciones articulares severas en la artritis reumatoide. *Rev Cubana de Reumatolo*,21(1),1-5. Recuperado de: <http://revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/686>



- Martín Carbonell, M., Cantera Ocegüera, D., & Schuman Betancourt, D. (2017). Estructura familiar, dolor y capacidad funcional en adolescentes con enfermedades reumáticas. *Revista Cubana de Pediatría*,89(1),30-39. Recuperado de:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-75312017000100005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312017000100005&lng=es&tlng=es)
- Martínez Cantos, J.M., Morales Medina, M.L., Poma Cisneros, L.A., Ghia Coronado, C.A. (2017). Complicaciones psicosociales de los pacientes con artritis reumatoide juvenil. *Rev Cubana de Reumatolo*,19(3):132-1328. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962017000300005&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962017000300005&lng=es&tlng=es)
- Martínez Ferrer, A., Aguilar Zamora, M., Montolio Chiva, L, Valls Pascual, D., Ibáñez García, E., & Alegre Sancho, J.J. Baricitinib en el tratamiento de la artritis reumatoide. *Revista Sociedad Valenciana de Reumatología*,7(2),17-22. Recuperado de:  
<https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6418718.pdf>
- Mendoza Coussette, U., & Alonso Biosca, M.E. (2018). Predicción del riesgo coronario en la Artritis Reumatoide mediante variables asociadas a su actividad inmunológica. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas*,37(2),105-116. Disponible en:  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03002018000200012&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002018000200012&lng=es&tlng=es)
- Moreno Rodríguez, R., García de Vicuña, R., Goicoechea García, C., & Tornero Molina, J. (2015). Efectos de la intervención desde terapia ocupacional sobre la percepción del dolor crónico y la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*,22(3),95-101. Recuperado de:  
[http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v22n3/02\\_original.pdf](http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v22n3/02_original.pdf)
- Orozco Gómez, Á.M., & Castiblanco Orozco, L. (2015). Factores psicosociales e intervención psicológica en enfermedades crónicas no transmisibles. *Revista Colombiana de Psicología*, 24(1),203-217. Recuperado de: <http://doi:10.15446/rcp.v24n1.42949>
- Palma Sánchez, D., Haro Martínez, A.C., Gallardo Muñoz, I., Portero De la Torre, M., Mayor González, M., Peñas, E., & Reyes García, R. (2016). Cambios inducidos en DKK1 en pacientes con artritis reumatoide que inician tratamiento con terapia biológica. *Revista*

de Osteoporosis y Metabolismo Mineral,8(1),30-35. Recuperado de:

<http://scielo.isciii.es/pdf/romm/v8n1/original4.pdf>

Prada Hernández, D., Hernández Torres, C., Gómez Morejón, J., Gil Armenteros, R., Reyes Pineda, Y., Solís Carta, U., et al. (2015). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. *Rev Cubana de Reumatolo*,17(1),48-60. Recuperado de:

<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/385>

Quiroga Meriño, L.E., Estrada Brizuela, Y., Peña Galván, L., & García Álvarez, P.J. ((2016). Influencia del estado inmunológico preoperatorio en adultos mayores en la cirugía mayor electiva. *Revista Archivo Médico de Camagüey*,20(6):648-659. Recuperado de:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552016000600008&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000600008&lng=es&tlng=es)

Ríos Acosta, C., Vallejo, C., Calapaqui Aguirre, W., García, A., Torres Toala, F.G. (2018). Artritis reumatoide y sus esquemas terapéuticos. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*,5(2),19-29. Recuperado de:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6608291>

Rosas, J., Martín López, M., Otón, T., Balsa, A., Calvo, Alén, J., Sanmartí, R., & Carmona, L. (2018). Aspectos prácticos de la medición de los niveles de fármacos biológicos y de anticuerpos antifármaco en artritis reumatoide y espondiloartritis. *Reumatología Clínica*,3(4). Recuperado de:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X18302201>

Ruiz Mejía, C., Parada Pérez, A.M., Urrego Vásquez, A., & Gallego González, D. Adherencia al tratamiento en artritis reumatoide: condición indispensable para el control de la enfermedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*,32(3). Recuperado de:

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252016000300015&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252016000300015&lng=es&tlng=es)

Sánchez Torres, C., Suárez Martín, R., Barrios Rivera, I., Garrido González, J., Poalasin Narváez, L., López Mantecón, A., & Martínez Larrarte, J. (2014). Consideraciones éticas en la atención de las enfermedades reumáticas. *Rev Cubana de Reumatolo*,16(3),283-296. Recuperado de:

<http://www.revreumatologia.sld.cu/index.php/reumatologia/article/view/353>

- Solis Cartas, U., Calvopiña Bejarano, S., & Valdés González, E. (2018). Calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con osteoartritis del cantón Riobamba. *Rev Cubana de Reumatolo*,21(1),e55. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2554482>
- Solis Cartas, U., & Calvopiña Bejarano, S. (2018). Comorbilidades y calidad de vida en osteoartritis. *Rev Cubana de Reumatolo*,20(2),e17. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.1188918>
- Solis Cartas, U., Ríos Guarango, P., Yartu Couceiro, R., Arias Pastor, F., López Proaño, G., Cárdenas de Baños, L., et al. (2019). Uso de la medicina natural en el tratamiento de la artritis reumatoide. *Rev Cubana de Reumatolo*,21(3),e61. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5281/10.5281/zenodo.2566538>
- Solis Cartas, U., Haro Chávez, J., Crespo Vallejo, J., & Salba Maqueira, M. (2019). Absceso óseo en un paciente joven con artritis reumatoide, a propósito de un caso. *Rev Cubana de Reumatolo*,21(1 Supp. 1),e64. Recuperado de: <http://dx.doi.org/10.5281/zenodo.2579309>
- Torres Lima, A.M., Hernández Cuéllar, M.V., & Rodríguez Torres, A.Y. Immune System and pregnancy: topics in both healthy women and rheumatic patients. *Rev Cuba Reumatolo*,15(2),76-82. Recuperado de: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1817-59962013000200006&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962013000200006&lng=es)
- Uribe, L., Cerón, C., Amariles, P., Llano, J.F., Restrepo, M., Montoya, N., & González, L.A. (2016). Correlación entre la actividad clínica por DAS-28 y ecografía en pacientes con artritis reumatoide. *Revista Colombiana de Reumatología*,23(3),159-169. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2016.05.002>
- Vergara Amador, E., & Rojas, A. (2016). La muñeca reumatoidea. Aspectos esenciales en el tratamiento. *Revista Colombiana de Reumatología*,23(1):24-33. Recuperado de: <https://dx.doi.org/10.1016/j.rcreu.2015.12.001>
- Vicente Herrero, M.T., Bueno, S.D., & García, L.C. (2018). Valoración de limitaciones en reumatología. Herramientas más utilizadas en la práctica. *Revista Colombiana de Reumatología*,13(3),134-139. Recuperado de: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0121812318300987>

- Villarino, M.R., & Sancho J.J.A. (2017). Valoración del riesgo cardiovascular en pacientes con artritis reumatoide. *Revista de la SVR: Sociedad Valenciana de Reumatología*,7(2),29-31. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6418721.pdf>
- Villena Chávez, J.E. (2017). Prevalencia de sobrepeso y obesidad en el Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*,63(4):593-598. Recuperado de: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2304-51322017000400012&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322017000400012&lng=es&tlng=es)
- Vinaccia, S., Quiceno, J.M., Lozano, F., & Romero, S. (2017). Calidad de vida relacionada con la salud, percepción de enfermedad, felicidad y emociones negativas en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Acta Colombiana de Psicología*,20(1),49-59. Recuperado de: <http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2017.20.1.4>

## ANEXOS

### Anexo 1. Consentimiento informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado paciente, somos estudiantes de la carrera de medicina de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo y estamos realizando un trabajo de investigación titulado “ **CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA**”. La investigación forma parte de los requisitos necesarios para obtener el título de Médico General.

Durante el desarrollo de la investigación se le aplicaran una serie de cuestionarios para identificar características generales de los pacientes, adherencia farmacológica, capacidad funcional y percepción de calidad de vida relacionada con la salud. Adicionalmente se le realizará determinación del peso y la talla para determinar su estado nutricional.

La participación en el estudio es gratuita por lo que no generará gasto alguno para usted. Los datos serán utilizados con total confidencialidad y solamente con fines investigativos. La decisión de participar es totalmente voluntaria, pudiendo abandonar la misma cuando considere conveniente, sin que eso traiga consigo medidas represivas contra su persona. Por esta razón, solicito su autorización para participar en la investigación.

Yo \_\_\_\_\_ estoy de acuerdo en participar en la investigación, habiendo sido informada sobre los objetivos de la investigación.

Para que conste mi libre voluntad,

Firmo la presente el día \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Firma \_\_\_\_\_

## Anexo 2. Cuestionario de investigación

### CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN

Estimado paciente, somos estudiantes de la carrera de medicina de la Universidad Nacional de Chimborazo y estamos realizando un trabajo de investigación titulado “**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE ATENDIDOS EN EL HOSPITAL PROVINCIAL GENERAL DOCENTE DE RIOBAMBA**”. La investigación forma parte de los requisitos necesarios para obtener el título de Médico General.

Solicitamos que por favor responda las siguientes preguntas con la mayor sinceridad posible, solo le tomará alrededor de 8 minutos y sus respuestas son vitales para el correcto desarrollo de la investigación. Muchas gracias.

Fecha: \_\_\_\_\_

Código: \_\_\_\_\_

#### I. Características generales

1.- ¿Cuál es su edad? \_\_\_\_\_

2.- ¿Cuál es su sexo? (1) Masculino \_\_\_\_\_ (2) Femenino \_\_\_\_\_

3.- ¿Cuál es su procedencia? (1) Rural \_\_\_\_\_ (2) Urbana \_\_\_\_\_

4.- ¿Con que etnia se auto identifica?

(1) Blanco(a) \_\_\_\_\_ (2) Mestizo(a) \_\_\_\_\_ (3) Indígena \_\_\_\_\_ (4) Afroecuatoriano(a) \_\_\_\_\_

5.- ¿Cuál es su nivel educacional?

(1) Analfabeto \_\_\_\_\_ (2) Básica \_\_\_\_\_ (3) Bachiller \_\_\_\_\_ (4) Superior \_\_\_\_\_

6.- ¿Cómo considera usted su nivel económico?

(1) Bajo \_\_\_\_\_ (2) Medio \_\_\_\_\_ (3) Alto \_\_\_\_\_

#### II. Relacionado con la Artritis Reumatoide

7.- ¿Qué tiempo hace que tiene diagnóstico de la enfermedad?

(1) Menor de 3 años \_\_\_\_\_ (2) De 3 a 5 años \_\_\_\_\_ (3) De 6 a 10 años \_\_\_\_\_

(4) Más de 10 años \_\_\_\_\_

8.- ¿Además de la artritis reumatoide presenta usted alguna otra enfermedad?

(1) Si \_\_\_\_\_ (2) No \_\_\_\_\_

(3) En caso de respuesta afirmativa señale la o las afecciones que usted padece

A)

B)

C)

9.- Mencione los medicamentos y las dosis que usted tiene actualmente para el control de la enfermedad

A)

B)

C)

D)

E)

F)

### **III. Relacionada con el nivel de conocimiento sobre autocuidado**

10.- Mencione las medidas que usted considera importante sobre el cuidado de los pacientes con artritis reumatoide.

A)

B)

C)

11.- Mencione la importancia que usted considera que tiene mantener una adecuada adherencia farmacológica.

A)

B)

C)

12.- Mencione la importancia que usted considera que tiene mantener un adecuado estado nutricional.

A)

B)

C)

13.- Mencione la importancia que usted considera que tiene realizar actividades físicas de forma sistemática.

A)

B)

C)

14.- Mencione la importancia que usted considera que tiene mantener un adecuado régimen de asistencia a consulta.

A)

B)

C)

15.- Mencione la importancia que usted considera que tiene de mantener un adecuado control de las demás enfermedades asociadas a la artritis reumatoide.

A)

B)

C)

16.- Mencione la importancia que usted considera que tiene mantener una adecuada adherencia farmacológica.

A)

B)

C)



IV. Otros elementos

Peso:

Talla:

IMC:

HAQ CU:

CVRS:

Adherencia farmacológica:

Muchas gracias

**Anexo 3.** Test de Moriski Green

Por favor responda si o no a las siguientes preguntas

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?	Sí	No
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?	Sí	No
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?	Sí	No
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?	Sí	No

#### Anexo 4. Cuestionario de láminas Coop/Wonca

##### CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA R/C SALUD "COOP WONCA"

1. Durante las 2 últimas semanas ... ¿Cuál ha sido la actividad física que pudo realizar durante, al menos, 2 minutos?	
1	Muy intensa (Ej. Correr deprisa)
2	Intensa (Ej. correr con suavidad)
3	Moderada (Ej. Caminar a paso rápido)
4	Ligera (Ej. Caminar despacio)
5	Muy ligera (Ej. Caminar lentamente o no poder caminar)
2. Durante las 2 últimas semanas ... ¿En qué medida le han molestado los problemas emocionales, tales como sentimientos de ansiedad, depresión, irritabilidad o tristeza y desánimo?	
1	Nada en absoluto
2	Un poco
3	Moderadamente
4	Bastante
5	Intensamente
3. Durante las 2 últimas semanas ... ¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales, tanto dentro como fuera de casa, a causa de su salud física o por problemas emocionales?	
1	Ninguna en absoluto
2	Un poco de dificultad
3	Dificultad moderada
4	Mucha dificultad
5	Todo, no he podido hacer nada
4. Durante las 2 últimas semanas ... ¿Su salud física y estado emocional, han limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?	
1	No, nada en absoluto
2	Ligeramente
3	Moderadamente
4	Bastante
5	Muchísimo
5. ¿Cómo calificaría su estado de salud en comparación con el de hace 2 semanas?	
1	Mucho mejor
2	Un poco mejor
3	Igual, por el estilo
4	Un poco peor
5	Mucho peor
6. Durante las 2 últimas semanas ... ¿Cómo calificaría su salud general?	
1	Excelente
2	Muy buena
3	Buena
4	Regular
5	Mala
7. Durante las 2 últimas semanas ... ¿Cuánto dolor ha tenido?	
1	Nada de dolor
2	Dolor muy leve
3	Dolor ligero
4	Dolor moderado
5	Dolor intenso

**Anexo 5.** Cuestionario de Capacidad Funcional (HAQ-CU)

	<b>Durante la <u>última semana</u>, ¿ha sido usted capaz de...</b>	<b>Sin dificultad</b>	<b>Con alguna dificultad</b>	<b>Con mucha dificultad</b>	<b>Incapaz de hacerlo</b>
Vestirse y abarse	1) Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2) Enjabonarse la cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantarse	3) Levantarse de una silla sin brazos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4) Acostarse y levantarse de la cama?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer	5) Cortar un filete de carne?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6) Abrir un cartón de leche nuevo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	7) Servirse la bebida?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	8) Caminar fuera de casa por un terreno llano?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	9) Subir cinco escalones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Higiene	10) Lavarse y secarse todo el cuerpo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	11) Sentarse y levantarse del retrete?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	12) Ducharse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcanzar	13) Coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	14) Agacharse y recoger ropa del suelo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prensión	15) Abrir la puerta de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	16) Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	17) Abrir y cerrar los grifos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otras	18) Hacer los recados y las compras?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	19) Entrar y salir de un coche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	20) Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>