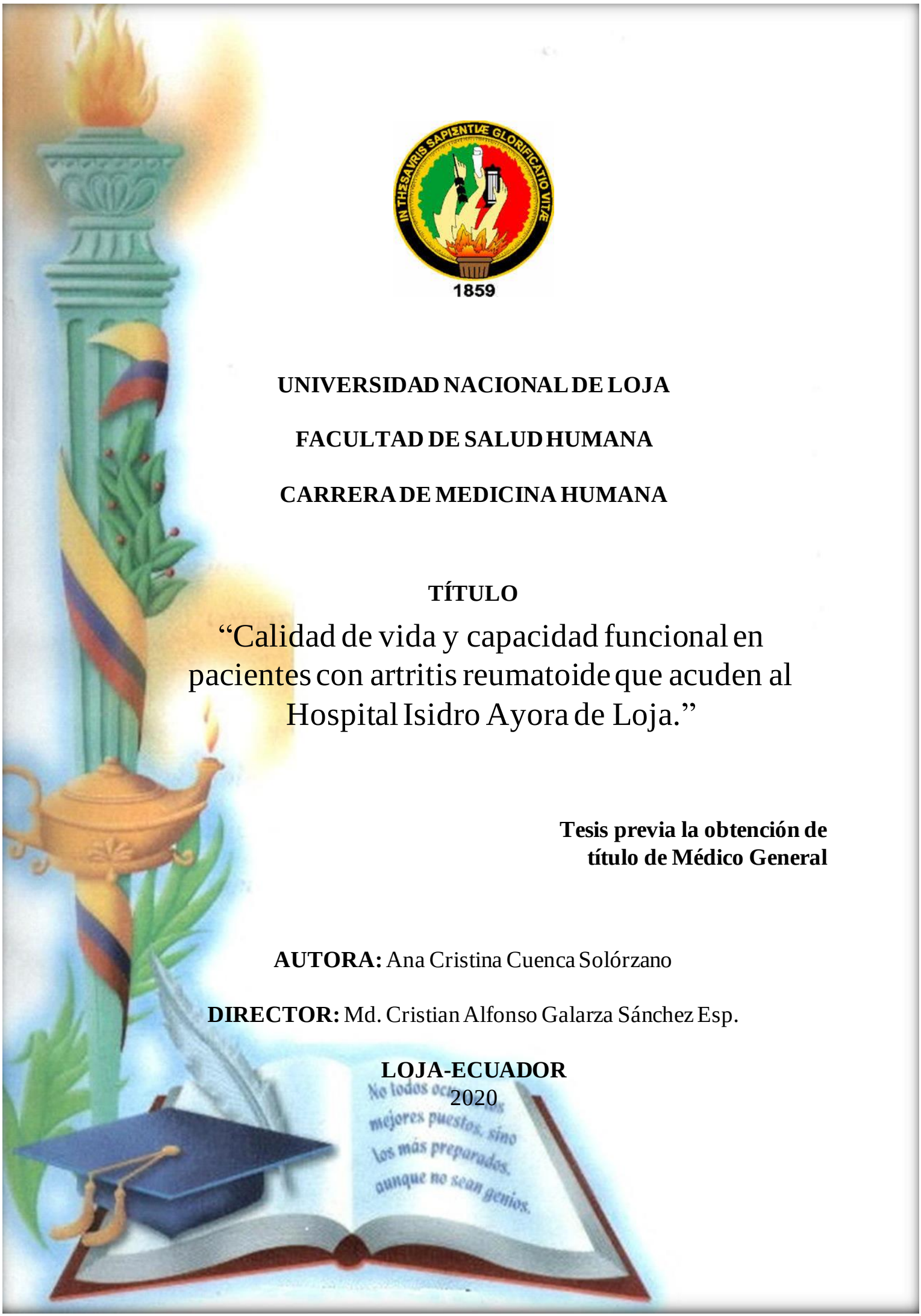


UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

TÍTULO

"Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide que acuden al Hospital Isidro Ayora de Loja."

Tesis previa la obtención de título de Médico General

AUTORA: Ana Cristina Cuenca Solórzano

DIRECTOR: Md. Cristian Alfonso Galarza Sánchez Esp.

LOJA-ECUADOR

2020

CERTIFICACIÓN

Md. Cristian Alfonso Galarza Sánchez, Esp.

DIRECTOR DE TESIS

Certifica:

Haber revisado y supervisado el trabajo investigativo titulado: "Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide que acuden al Hospital Isidro Ayora de Loja."; de autoría de la Estudiante Ana Cristina Cuenca Solórzano, el mismo que está acorde con los estudios de la Facultad de la Salud Humana, Pregrado de la Universidad Nacional de Loja, por consiguiente, autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Loja, 14 de julio de 2020

Firmado electrónicamente por:
CRISTIAN ALFONSO GALARZA SANCHEZ

……..

Md. Cristian Alfonso Galarza Sánchez, Esp.

AUTORÍA

Yo, Ana Cristina Cuenca Solórzano, declaro ser la autora del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Además, acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el repositorio institucional Biblioteca Virtual.

ANA CRISTINA CUENCA SOLORZANO

Digitally signed by ANA CRISTINA CUENCA SOLORZANO
Date: 2020.07.14 12:06:25 -05'00'

……..

Ana Cristina Cuenca Solórzano

CI: 1150392593

Fecha: 14 de julio de 2020

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Ana Cristina Cuenca Solórzano, declaro ser autora de la tesis titulada: **"CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE ACUDEN AL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA."**; autorizo al Sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, para que, con fines académicos, muestre al mundo la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad del contenido de la siguiente manera en el Repositorio digital institucional:

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo de investigación en el RDI, en las redes de información del país y del exterior, con las cuales tenga convenio la Universidad Nacional de Loja.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia de la tesis que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 14 días del mes de julio de 2020 firma la autora.

ANA CRISTINA CUENCA SOLORZANO

Digitally signed by ANA CRISTINA CUENCA SOLORZANO
Date: 2020.07.14 12:07:24 -05'00'

……..

Autora: Ana Cristina Cuenca Solórzano

Cédula: 1150392593 Correo electrónico: ana.cuenca@unl.edu.ec

Celular: 0968883974

Datos complementarios:

Director de tesis: Md. Cristian Alfonso Galarza Sánchez, Esp.

Tribunal de grado:

Presidente: Dra. María Esther Reyes Rodríguez, Mg. Sc.

Vocal: Dr. Edgar Augusto Guamán Guerrero, Mg. Esp.

Vocal: Dra. Angelica María Gordillo Íñiguez, Esp.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo de manera especial a:

A mis padres y hermanos, que siempre me han ofrecido su amor, calidez, comprensión y apoyo incondicional en todos los aspectos de mi vida, especialmente en esta maravillosa aventura; quienes creen en mí y son la razón de lo que soy ahora y mis logros.

A mis maestros, quienes con su conocimiento han guiado mi crecimiento profesional y personal.

Autora

AGRADECIMIENTO

Mi cordial agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de Salud Humana, a la carrera de Medicina Humana, por ser mi alma mater y permitirme llevar a cabo mi preparación académica por estos 6 años, a los docentes que durante el curso de la carrera supieron compartir sus conocimientos, experiencias y cualidades.

De manera especial al Md. Cristian Alfonso Galarza Sánchez, Esp., que con interés y dedicación ha guiado este proceso investigativo.

A la Lic. Sonia Costa, por su colaboración en esta investigación.

Al personal del Hospital Isidro Ayora, por su autorización y colaboración; a los pacientes que con toda la buena voluntad y predisposición formaron parte en el desarrollo de esta investigación.

ÍNDICE

CARÁTULA……...i

CERTIFICACIÓN..... ii

AUTORÍA iii

CARTA DE AUTORIZACIÓN iv

DEDICATORIA v

AGRADECIMIENTO vi

1 Título 1

2 Resumen 2

Summary……3

3 Introducción 4

4 Revisión de Literatura..... 6

4.1 Artritis Reumatoide 6

4.1.1 Definición. 6

4.1.2 Etiología. 6

4.1.3 Epidemiología. 7

4.1.4 Fisiopatología.. 8

4.1.5 Clasificación. 8

4.1.6 Cuadro clínico. 10

4.1.6.1 Manifestaciones articulares. 10

4.1.6.1.1 Manos y muñecas. 10

4.1.6.1.2 Hombros.....11

4.1.6.1.3 Codos. 11

4.1.6.1.4 Pies y tobillos.. 11

4.1.6.1.5 Rodillas.. 12

4.1.6.1.6 Caderas.. 12

4.1.6.1.7 Columna vertebral.. 12

4.1.6.2 Manifestaciones extraarticulares. 12

4.1.6.2.1 Pulmón. 13
4.1.6.2.2 Piel. 13
4.1.6.2.3 Corazón. 14
4.1.6.2.4 Sistema nervioso. 14
4.1.6.2.5 Órganos hematopoyéticos.....14
4.1.6.2.6 Ojos. 15
4.1.6.2.7 Riñón. 15
4.1.6.2.8 Gastrointestinal..... 15
4.1.6.2.9 Vasculitis. 15
4.1.6.2.10 Músculo. 15
4.1.6.2.11Hueso……15
4.1.7 Diagnóstico. 15
4.1.8 Estudios de laboratorio. 16
4.1.9 Estudios de imagen. 16
4.1.10 Diagnóstico diferencial. 17
4.1.11 Evolución. 18
4.2 Calidad de vida 19
4.2.1 Medición de la calidad de vida. 19
4.2.2 Quality of life – Rheumatoid Arthritis (QoL-RA)..... 21
4.3 Capacidad funcional 21
4.3.1 Health Assessment Questionnaire (HAQ). 22
5 Materiales y métodos 24
5.1 Tipo de estudio 24
5.2 Área de estudio 24
5.3 Población 24
5.4 Criterios de inclusión y exclusión 24
5.4.1 Criterios de inclusión 24
5.4.2 Criterios de exclusión 24

5.5 Método, instrumento y procedimiento 25

5.5.1 Método..... 25

5.5.2 Instrumentos. 25

5.5.2.1 Consentimiento informado de la OMS. *25*

5.5.2.2 Quality of Life–Rheumatoid Arthritis (QoL-RA). 25

5.5.2.3 Health Assessment Questionnaire (HAQ)..... 26

5.5.3 Procedimiento. 26

5.6 Recursos 26

5.6.1 Recursos humanos 26

5.6.2 Recursos materiales 26

6 Resultados..... 28

7 Discusión 35

8 Conclusiones 391

9 Recomendaciones 40

10 Referencias Bibliográficas 41

11 Anexos 44

11.1 Anexo 1……44

11.2 Anexo 2……46

11.3 Anexo 3……48

11.4 Anexo 4……...…….49

11.5 Anexo 5……...…….51

11.6 Anexo 6……...…….52

11.7 Anexo 7……...…….53

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Distribución de casos de artritis reumatoide según sexo, Servicio de Reumatología-HGIAL, 2018 ..... *28*
Gráfico 2: Distribución de casos de artritis reumatoide según grupos de edad, Servicio de Reumatología-HGIAL, 2018 ..... *28*
Gráfico 3:Distribución de casos de artritis reumatoide según años de evolución, Servicio de Reumatología-HGIAL, 2018 ..... *29*
Gráfico 4: Distribución de casos de artritis reumatoide según calidad de vida; Servicio de Reumatología-HGIAL; 2018 ..... *29*
Gráfico5: Distribución de casos de artritis reumatoide según calidad de vida y sexo, Servicio de Reumatología-HGIAL, 2018 ..... *30*
Gráfico 6: Puntajes promedios de las categorías del cuestionario QoL-RA, HGIAL, 2018 ..... *30*
Gráfico 7: Distribución de casos de artritis reumatoide según capacidad funcional, Servicio de Reumatología-HGIAL, 2018 ..... *31*
Gráfico 8: Distribución de casos de artritis reumatoide según capacidad funcional y sexo, Servicio de Reumatología-HGIAL, 2018 ..... *31*
Gráfico9: Puntajes promedios de las categorías del cuestionario HAQ, HGIAL, 2018 .... *32*
Gráfico 10: Puntaje promedio del QoL-RA según el tiempo de evolución de la enfermedad, HGIAL, 2018 ..... *32*
Gráfico 11: Puntaje promedio del HAQ según el tiempo de evolución de la enfermedad, HGIAL, 2018 ..... *33*
Gráfico 12:Correlación lineal entre puntajes promedio de QoL-RA y HAQ, Servicio de Reumatología-2018 ..... *33*

1 Título:

Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide que acuden al Hospital Isidro Ayora de Loja

2 Resumen

La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica que tiene gran impacto por su capacidad de inducir daño articular permanente y ocasionar discapacidad funcional variable que disminuye la calidad de vida de los pacientes. El objetivo general de esta investigación fue evaluar la calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea. Se realizó un estudio descriptivo, prospectivo de enfoque cuantitativo en 104 pacientes con artritis reumatoide establecida, atendidos en el servicio de Reumatología del Hospital Isidro Ayora de Loja en el período de agosto-noviembre de 2018. Para la evaluación de la calidad de vida y capacidad funcional de los pacientes se aplicó los cuestionarios Quality of Life–Rheumatoid Arthritis (QoL-RA) y Health Assessment Questionnaire (HAQ) respectivamente. El sexo femenino predominó con un 83.7%, con una edad media de presentación de enfermedad de 50 años. La calidad de vida en general fue buena, teniendo una puntuación media total de 6.2, las principales categorías que más afectan la calidad de vida de los pacientes estudiados fueron dolor, artritis, y tensión nerviosa. La incapacidad funcional en general fue moderada, con una puntuación media total de 1.1, las categorías que representan mayor dificultad para su ejecución fueron prensión, alcanzar y otras actividades. Llegándose a concluir que los pacientes evaluados poseen una calidad de vida buena e incapacidad moderada. A medida que transcurre el tiempo de evolución de la enfermedad, la calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes se deteriora.

Palabras claves: Artritis reumatoide, calidad de vida, capacidad funcional

Summary

Rheumatoid arthritis is a systemic disease that has a great impact due to its ability to induce permanent joint damage and cause variable functional disabilities that decrease the quality of life of patients. The general objective of this investigation was to evaluate the quality of life and functional capacity in patients with rheumatoid arthritis. A descriptive, prospective study with a quantitative approach was carried out in 104 patients with established rheumatoid arthritis, treated at the Rheumatology service of the Isidro Ayora Loja Hospital in the period of August-November 2018. For the evaluation of the quality of life and functional capacity of the patients, the Quality of Life – Rheumatoid Arthritis (QoL-RA) and Health Assessment Questionnaire (HAQ) questionnaires were applied respectively. The female sex predominated with 83.7%, with an average age of disease presentation of 50 years. Overall quality of life was good, with a total mean score of 6.2 (81.7%). The main categories that most affected the quality of life of the patients studied were pain, arthritis, and nervous tension. Functional disability in general was mild to moderate, with a total mean score of 1.1, the categories that represent the greatest difficulty for its execution were pressure, reaching and other activities. In conclusion, the evaluated patients have a good quality of life and moderate disability. As the disease progression time elapses, the quality of life and functional capacity of patients deteriorates.

Key words: Rheumatoid arthritis, quality of life, functional capacity

3 Introducción

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica, grave, progresiva que incrementa la morbimortalidad de las personas que la padecen cuya prevalencia a nivel mundial es del 1% aproximadamente, afecta con mayor frecuencia a mujeres de alrededor de los 40 años, con una relación mujer: hombre entre 2:1 y 3:1 a nivel mundial, aunque a nivel de Latinoamérica se ha encontrado una relación mujer: hombre hasta de 8:1. (MSP Ecuador, 2016)

En Norteamérica, datos en Canadá y Estados Unidos informan prevalencias entre el 0,8 y 1,1% aunque algunos estudios reportan que existe un incremento en poblaciones especiales como nativos americanos con una prevalencia de hasta del 5,3 %. En Europa, en países como Inglaterra, Holanda, Finlandia, Suecia y Dinamarca se encuentran datos de prevalencia entre el 0,5 y el 1 %, un poco más elevados que los países localizados al suroriente de este continente y los reportados en Asia y África, en donde la prevalencia se encuentra entre el 0,15 y el 0.35 % con excepción de la república del Congo que presenta una prevalencia del 0,9 %. En Latinoamérica estudios de prevalencia realizados en Argentina y en Brasil la reportan entre el 0,9 y el 0,45 %, respectivamente. (Muñetón & Quintana, 2015)

Las articulaciones son una de las estructuras en las cuales existe mayor repercusión de esta patología provocando grados variables de deformidad articular que lamentablemente se traducen en discapacidad funcional, ello altera el desarrollo de las actividades de la vida cotidiana del paciente llegando a requerir asistencia de terceros; además tiene un gran impacto a nivel social, emocional y económico dado que afecta la productividad laboral del paciente, disminuye el ingreso familiar y conlleva a altos gastos médicos. Todas estas variables deterioran la calidad de vida de los pacientes respecto a la población general. (Espinosa, Hernández, & Cerdán, 2017)

Aunque el curso de la enfermedad es heterogéneo y depende de muchas variables se ha podido observar que dentro de los dos primeros años desde el diagnóstico los pacientes suelen experimentar discapacidad moderada, y después de 10 años el 30% son discapacitados severamente además que existe reducción en la esperanza de vida en pacientes con AR. (MSP, 2014)

El antecedente del interés por esta temática surge en las prácticas preprofesionales durante el proceso de formación académica, al ser testigo de las condiciones de los pacientes donde era claramente visible el deterioro precoz de sus habilidades físicas, sociales, laborales y de su independencia. Es realmente importante conocer la realidad de estos pacientes para saber cómo se puede intervenir para mejorar integralmente su calidad de vida.

Se pretende con esta investigación establecer un parámetro de referencia de la situación actual y real que viven los pacientes con artritis reumatoide, así como recalcar la necesidad de emplear nuevas políticas de salud enfocadas en preservar la habilidad funcional, la calidad de vida, el bienestar psicosocial y en beneficiar a los pacientes con la disponibilidad de una amplia gama de medidas terapéuticas, ya que el padecimiento de esta patología representa un alto costo económico que la mayoría de las veces resulta inaccesible para la economía del paciente y su entorno familiar.

Con la finalidad de contar con estadísticas y estudios locales que sirvan de referente a nuevas investigaciones enfocadas a temáticas relacionadas, se plantea esta investigación que busca dar respuesta a la pregunta principal ¿Cuál es la calidad de vida y capacidad funcional de pacientes con Artritis Reumatoide que acuden al servicio de Reumatología del Hospital Isidro Ayora de Loja?.

En este trabajo de investigación se plantearon como objetivo general, evaluar la calidad de vida y capacidad funcional de pacientes con Artritis Reumatoide que acuden al servicio de Reumatología del Hospital Isidro Ayora de Loja; y como objetivos específicos, determinar la distribución de casos de artritis reumatoide de acuerdo con el sexo, grupo etáreo y años de evolución de enfermedad, identificar las categorías que se encuentran mayormente afectando la calidad de vida y capacidad funcional de los pacientes con artritis reumatoide, y conocer la relación entre la calidad de vida y capacidad funcional con los años de evolución de la enfermedad.

4 Revisión de Literatura

4.1 Artritis Reumatoide

4.1.1 Definición. La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica, sistémica, de naturaleza autoinmune cuya etiología aún no está determinada; se caracteriza por su significativa afinidad por la membrana sinovial y por su capacidad de provocar inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones. En el transcurso de su evolución existe la posibilidad de compromiso sistémico extraarticular. (MSP Ecuador, 2016)

El proceso inflamatorio que se desencadena a nivel de las articulaciones produce dolor y tumefacción, si la inflamación persiste produce daño articular progresivo provocando deformidad, dolor crónico y discapacidad; sin tratamiento, la esperanza de vida de estos pacientes se reduce considerablemente. E ahí la importancia de identificar oportunamente a los pacientes para frenar la inflamación, así como los efectos degenerativos y discapacidades**.** (MSP, 2014)

4.1.2 Etiología. Se desconoce, sin embargo, se sabe que es producto de una interacción de factores ambientales y susceptibilidad genética.

A lo largo de la historia a sido posible relacionarla con factores desencadenantes de origen infeccioso como Mycoplasma, virus de Epstein-Barr, citomegalovirus, parvovirus B19, Mycobacterium tuberculosis, Escherichia coli, Proteus mirabilis y diversos retrovirus que son capaces de originar una respuesta inmunológica exagerada y descontrolada en un individuo genéticamente predispuesto. (Duró, 2010**)**

La herencia de la AR es multigénica, no mendeliana, y se supone que existe una susceptibilidad genética para presentar la enfermedad en un círculo familiar por la tendencia de afección en hermanos de pacientes de AR que oscila entre el 2-17%. Desde la década de los 70, se reconoce la influencia del complejo de histocompatibilidad HLA-DR4 en determinar susceptibilidad genética para desarrollar AR. Sin embargo, a pesar de los vínculos citados aún existen casos esporádicos de AR en donde no existe historia familiar. (Vélez, Rojas, Borrero, & Restrepo, 2012)

Con la innovación del estudio de los genes se ha identificado que la susceptibilidad para desarrollar la AR reposa en el brazo largo del cromosoma 2.

En cuanto al factor ambiental que se ha vinculado con un mayor riesgo de AR es el consumo de cigarrillo. Los individuos portadores del alelo HLA-DRB1 y que son fumadores tienen mayor riesgo de desarrollar AR respecto con los no fumadores.

Se ha relacionado que las partículas presentes en el humo de cigarrillo estimulan la activación de los macrófagos epiteliales en el pulmón y la translocación nuclear del factor de transcripción inductor de genes de moléculas proinflamatorias factor nuclear kB (NFkB) en células de la respuesta innata; además de que varios componentes del cigarrillo tienen un efecto inductor de citrulinación, proceso que favorece la transformación de antígenos propios en autoantígenos; seria la explicación de por qué en los pacientes fumadores con AR existe un incremento en la proporción de proteínas citrulinadas. Otros factores ambientales asociados con un mayor riesgo de AR son la dislipidemia y la obesidad. (Vélez, Rojas, Borrero, & Restrepo, 2012).

No se conocen las causas específicas que terminan estimulando a los fibroblastos, macrófagos y linfocitos T CD4+ a producir citocinas proinflamatorias en la membrana sinovial, especialmente factor de necrosis tumoral alfa (TNF-a) e interleucinas (IL-1, IL-6, IL-15 y IL-18), éstas son las responsables de la sinovitis y de la inducción de secreción de otras citocinas proinflamatorias que por reacción en cadena van a inducir la síntesis y secreción de mediadores inflamatorios como metaloproteasas, óxido nítrico y prostaglandinas que conducen a la destrucción del cartílago articular. (Duró, 2010)

4.1.3 Epidemiología. La población adulta a nivel mundial que se encuentra afectada por artritis reumatoide es de aproximadamente el 0.5 a 1 %. En cuanto a la incidencia y la prevalencia de AR, estas varían en sentido global de acuerdo a la localización geográfica y en algunos grupos étnicos dentro de un país. Por ejemplo, en algunos estudios, tribus estadounidenses nativas como Yakima, Pima y Chippewa reportan tasas de prevalencia del 7%. A diferencia de ello, muchos estudios poblacionales de África y Asia indican tasas de prevalencia menores, dentro del 0.2 a 0.4 %. (Kasper, y otros, 2015)

Como es común en muchas enfermedades autoinmunitarias, la AR afecta con mayor frecuencia a mujeres que a varones en una proporción de 2 a 3:1. Sin embargo, investigaciones en algunos países de Latinoamérica y África indican un predominio mayor de la enfermedad en mujeres, en comparación con varones, en proporciones de 6 a 8:1. La importante preponderancia del género femenino de presentar AR, ha sido causa de que se planteen teorías en busca de explicar la posible participación de los estrógenos en la patología de la enfermedad, estas teorías se orientan a la existencia de cierta participación de los estrógenos para intensificar la respuesta inmunitaria. Algunas investigaciones

experimentales han indicado que los estrógenos estimulan la producción de TNF-α, una citocina importante en la patogenia de la AR. (Kasper, y otros, 2015)

Sin embargo, no se han encontrado diferencias en el perfil de hormonas sexuales en mujeres sanas y con AR. Curiosamente, se ha observado que el uso de anticonceptivos orales puede ejercer un efecto protector contra la AR. (Vélez, Rojas, Borrero, & Restrepo, 2012)

4.1.4 Fisiopatología. En la patogenia de la AR están ampliamente involucradas tanto la respuesta inmunitaria innata como la adaptativa.

Se ha planteado la hipótesis que el elemento detonador inicial posiblemente sea la interacción de productos de un agente microbiano, bacteriano o viral con receptores en las células de la inmunidad innata; estos al ser activados involucrarían a la inmunidad adaptativa al proveer la señal de estimulación de linfocitos T y B. (García, 2014)

Existen receptores capaces de reconocer patrones moleculares que se encuentran presentes en las células dendríticas, monocitos y macrófagos y al reconocer patrones moleculares de agentes patógenos derivados de las bacterias o virus se activan y generan una respuesta inflamatoria local. Cuando estos receptores son activados por moléculas propias estimulan la liberación de autoanticuerpos por los linfocitos B; y la producción de citocinas proinflamatorias por los linfocitos T y B se encargan de prolongar y perpetuar el proceso inflamatorio. (Vélez, Rojas, Borrero, & Restrepo, 2012)

El tejido más afectado por la AR es la membrana sinovial, la cual está constituida por una delgada capa de tejido conectivo que limita la cavidad articular, ocupada por el líquido sinovial, y que envuelve la articulación. Aunque la sinovial es el foco principal, en la AR se pueden producir alteraciones del sistema inmune que implique la lesión de otros sistemas de modo que pueden presentarse manifestaciones inflamatorias específicas en otros órganos y alteraciones sistémicas no específicas, consecuencia de la inflamación sistémica. (Pablos- Álvarez, 2014)

4.1.5 Clasificación. Los criterios para establecer el diagnóstico de AR están basados en una historia clínica minuciosa, un examen físico completo, examenes de laboratorio y la exclusión de diagnósticos diferenciales.

El Colegio Americano de Reumatología y la Liga Europea contra el Reumatismo (ACR/EULAR) 2010 desarrollaron criterios utilizando información de 3.000 pacientes

procedentes de 6 cohortes de artritis reumatoide. La finalidad de éstos nuevos criterios no es dar un diagnóstico sino identificar a pacientes con mayor riesgo de presentar enfermedad persistente y o erosiva, de forma que se puedan beneficiar de un tratamiento oportuno y temprano con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME). (Kelh, Der Fer, & Henderson, 2015)

Estos criterios se basan en la presencia confirmada de sinovitis en al menos una articulación, ausencia de un diagnóstico alternativo que pueda explicarla y obtener una puntuación ≥ 6 en el sistema representado en la tabla 1. Los nuevos criterios incluyen: patrón de afectación articular (grande vs pequeño y el número de articulaciones), la serología (factor reumatoide [FR] y anticuerpos antipéptidos citrulinados [ACPA]), la duración de la sinovitis y los reactantes de fase aguda (RFA). Además, permiten clasificar automáticamente a los pacientes con AR si presentan cambios radiológicos clásicos, si padecen una enfermedad de larga evolución (activa o inactiva) y en los sujetos que no cumplan los criterios en un momento dado, pero que los cumplan con la evolución. (Ballina-García F. , 2014)

Para la clasificación de la AR según los Criterios ACR/EULAR 2010 se suma la puntuación de las categorías A-D; una puntuación de ≥6/10 es necesaria para la clasificación de un paciente con AR definida. Paciente que: tienen al menos una articulación con sinovitis clínica definida (tumefacción); y con sinovitis no explicada mejor por otra enfermedad (Kelh, Der Fer, & Henderson, 2015)

Tabla 1. Criterios para la clasificación de Artritis Reumatoide 2010 ACR/EULAR

A. Afectación articular	
1 articulación grande	0
2-10 articulaciones grandes	1
1-3 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de articulaciones grandes)	2
4-10 articulaciones pequeñas (con o sin compromiso de grandes articulaciones)	3
>10 articulaciones (al menos 1 articulación pequeña)	5
B. Serología (al menos 1 resultado de la prueba es necesario para la clasificación)	
FR y ACPA negativos	0

FR y/o ACPA positivos bajos (< 3 VN)	2
FR y/o ACPA positivos alto (> 3 VN)	3
C. Reactantes de fase aguda (al menos 1 prueba es necesaria para la clasificación)	
VSG y PCR normales	0
VSG y/o PCR elevadas	1
D. Duración de los síntomas	
<6 semanas	0
≥6 semanas	1

Fuente: Manual Washintong de especialidades clínicas Reumatología. Artritis Reumatoide, 2012.

4.1.6 Cuadro clínico. La AR es reconocida como una enfermedad sistémica que no solamente afecta a las articulaciones, sino que durante su evolución puede comprometer a múltiples órganos y sistemas.

4.1.6.1 Manifestaciones articulares. Es muy común que los pacientes con AR padezcan de dolor de origen inflamatorio exacerbado en el reposo; aumento de volumen articular ya sea por derrame sinovial o por hipertrofia de la membrana sinovial; rigidez de las articulaciones tras cierto periodo de reposo, esta significativamente relacionado con el grado de actividad de la enfermedad; debilidad y atrofia muscular por desuso de las articulaciones; deformidad articular que aparece en fases avanzadas y se debe al engrosamiento óseo, las luxaciones y subluxaciones que permiten las lesiones capsulares y ligamentosas.

4.1.6.1.1 Manos y muñecas. En la mayoría de los pacientes las articulaciones metacarpofalángicas (MCF) y las articulaciones interfalángicas proximales (IFP), principalmente en los 3 primeros dedos son las más afectadas. Es muy raro la afectación de las articulaciones interfalángicas distales (IFD).

Al examen físico es posible determinar la existencia de sinovitis al palpar la superficie lateral de IFP, mientras que en las MCF se identifica por la desaparición de los valles que normalmente existen entre ellas.

Al nivel del sistema ligamentoso es común la tenosinovitis de los tendones flexores que puede provocar síndrome del túnel carpiano; la tenosinovitis de los tendones extensores “dedos en resorte” provocada por nódulos en los tendones flexores que impiden el libre deslizamiento de los tendones; y las roturas tendinosas.

Además, en las fases avanzadas de la enfermedad se producen deformidades características de esta enfermedad a nivel de las articulaciones de las manos.

Como, los dedos en ojal o de boutonnière que son provocados por una hiperflexión de la articulación IFP e hiperextensión de la IFD; los dedos en cuello de cisne se deben a una hiperextensión de la articulación IFP e hiperflexión de la IFD; y la desviación o ráfaga cubital que se e trata de una subluxación de los dedos hacia el lado cubital de la mano.

4.1.6.1.2 Hombros. Es común que aquellos pacientes en etapas avanzadas de la enfermedad presenten afectación de la articulación del hombro, estás experimentan dolor y limitación en todos los movimientos articulares. Al tratarse de una articulación profunda, por lo general no se aprecia inflamación. La articulación glenohumeral y acromioclavicular sufre sinovitis progresiva que conduce a la formación de erosiones y por lo tanto a destrucción articular. Cuando se afectan la bursa subacromiodeltoidea, los tendones del manguito de los rotadores y de la porción larga del bíceps, aumenta el riesgo de ruptura.

*4.1.6.1.3 Codos***.** Articulación afectada con frecuencia, se presenta inicialmente como una limitación de la extensión de la articulación posteriormente se afecta el movimiento de flexión provocando mayor limitación y disfuncionalidad. A nivel de las articulaciones del codo es común la inflamación bilateral de la bolsa serosa olecraniana, así como la presencia de nódulos subcutáneos. En estados avanzados no es extraordinario suponer que se desarrollen neuropatías compresivas en el nervio cubital y en la rama interósea del nervio mediano.

4.1.6.1.4 Pies y tobillos. Las articulaciones metatarsofalángicas (MTF) se presentan dolorosas a la palpación, aunque no siempre es visible tumefacción. Al progresar la enfermedad estas articulaciones se subluxan desplazando la bolsa grasa ubicada bajo la articulación que la protege durante la marcha facilitando la formación de callosidades y úlceras que pueden llegar a sobreinfectarse.

Los dedos se desvían adoptando la forma de garra o dedos en martillo. El primer dedo del pie se desvía en valgo y el quinto dedo en varo, conformando un antepié triangular. Además, el antepié se ensancha y el arco transverso del pie desaparece de modo que el paciente adopta un pie plano valgo. Es frecuente que, en formas graves y avanzadas de AR a nivel de la zona perimaleolar se evidencie la inflamación de la articulación tibioastragalina con la probabilidad de producir una compresión del nervio tibial posterior, lo que inevitablemente origina un síndrome del tarso. En el tendón de Aquiles pueden aparecer nódulos reumatoides por el roce de la zona.

*4.1.6.1.5 Rodillas***.** Durante el examen físico de pacientes con AR se puede detectar signos inflamatorios a nivel de las articulaciones rotulianas, como aumento de calor local en la cara anterior de la rótula y la presencia de derrame evidenciado por el signo del choque rotuliano. Las articulaciones de las rodillas son una de las localizaciones que se prefieren para la extracción del líquido sinovial, el cual tiene un importante valor en el diagnóstico. Es característico que en las fases avanzadas las rodillas terminen inestables y puedan deformarse en flexión, varo o valgo.

Cuando el líquido sinovial se encuentra bajo tensión puede originar en la fosa poplítea un quiste de Baker, que puede comprimir la vena poplítea y dificultar el retorno venoso o, también, puede romperse y diseminar su contenido en tejido intersticial de la pierna.

4.1.6.1.6 Caderas. Su afectación es frecuente en las fases avanzadas de la AR. Los pacientes refieren dolor articular a nivel de la región inguinal que con frecuencia se irradia hacia el muslo, la rodilla o hacia la nalga. Al tratarse de una articulación profunda no es posible identificar la inflamación por inspección, sin embargo, al examen físico durante los movimientos pasivos de la articulación se puede detectar limitación importante, así como un acortamiento de la extremidad y dificultades a la marcha.

En las radiografías de la articulación es posible observar un desplazamiento medial de la cabeza del fémur o protrusión acetabular, que conducen a la necesidad de una prótesis articular.

4.1.6.1.7 Columna vertebral. A nivel de las articulaciones vertebrales, la zona con mayor afectación es la columna cervical sobre todo la articulación atloidoaxoidea; en esta articulación una importante sinovitis puede producir erosión del ligamento transverso que fija la odontoides al arco anterior del atlas provocando inestabilidad en C1-C2. Cuando la apófisis odontoides del axis protruye en el canal raquídeo, se puede observar en las radiografías como una distancia entre el arco anterior del atlas y la apófisis odontoides es > 3 mm; sin embargo, es rara la compresión de las estructuras neurológicas. Aún más raro, es que en una subluxación vertical el axis protruya través del foramen magnum occipital produciendo invaginación basilar, insuficiencia vascular vertebrobasilar y, en ocasiones, muerte repentina. (Ballina-García F. , 2014)

4.1.6.2 Manifestaciones extraarticulares. Se denominan manifestaciones extraarticulares a las complicaciones que se hayan relacionadas con la afectación sistémica de la AR. Su manifestación tiene una importante influencia en el pronóstico y calidad de vida.

4.1.6.2.1 Pulmón. Clínicamente el compromiso pulmonar es infrecuente. La afectación pulmonar de la AR incluye:

- *Pleuritis.* Puede ser unilateral o bilateral. Las características del líquido del derrame pleural son recuento celular bajo (predominantemente linfocitos), complemento y glucosa bajos, aumento de la LDH y de la adenosina-desaminasa y presencia de factor reumatoide (FR).
- *Nódulos parenquimatosos o necrobióticos.* Comúnmente son estructuras asintomáticas, y cuando manifiestan síntomas son derivados de complicaciones ya que pueden cavitarse y sobreinfectarse. A veces, aunque raramente los nódulos pueden diseminarse (nodulosis reumatoide) durante el tratamiento con metotrexato.
- *Enfermedad pulmonar intersticial.* Su frecuencia es de hasta 19 %. Por lo general son asintomáticos y cuando presentan sintomatología se puede apreciar disnea, tos seca y estertores crepitantes. Se ha establecido una asociación entre la aparición de enfermedad pulmonar intersticial con el uso de metotrexato y terapias antifactor de necrosis tumoral (anti-TNF).
- En la literatura también se han descrito casos de bronquiolitis obliterante, bronquiectasias, síndrome de Caplan (nódulos pulmonares con sílice en pacientes con AR y neumoconiosis) e hipertensión pulmonar aislada, con mucha menor frecuencia.

4.1.6.2.2 Piel. En la piel

- Nódulos subcutáneos**.** Su presencia se asociado con factor reumatoideo positivo, tabaquismo y HLA-DRB1*0401. Se detectan hasta en un 35 % de los casos de AR, seropositivas. Son indoloros, firmes y móviles o adheridos a planos profundos, se desarrollan en áreas de fricción, como el olécranon, tendones de la mano, tendón de Aquiles, etc., es decir en superficies extensoras; también pueden aparecer en vísceras como la pleura, el pulmón, el pericardio, los anillos valvulares y el miocardio. Pueden desaparecer espontáneamente o con la implementación del tratamiento.

La terapia con metotrexato, leflunomida o etanercept puede desencadenar la aparición de nódulos generalizados, lo que se conoce como “nodulosis reumatoide”.

- *Úlceras cutáneas.* Son de origen multifactorial, como estasis venosa, insuficiencia arterial, infiltración neutrofílica o vasculitis, sobre todo aparecen en miembros inferiores. Para su curación se suele requerir terapia inmunosupresora.

- *Atrofia cutánea.* Piel en “papel de fumar”; esta se torna fina, con alto riesgo de rotura de capilares cutáneos, hemorragias y formación de equímosis. Se debe al tratamiento crónico con corticoides.

4.1.6.2.3 Corazón.

- *Pericarditis.* Presente en el 10 % de los casos de AR y 30% en hallazgos ecográficos. Excepcionalmente puede evolucionar a pericarditis constrictiva o taponamiento cardíaco.
- *Enfermedad cardiovascular.* Según varios estudios ecográficos y angiográficos se ha evidenciado que en AR existe un incremento de la arteriosclerosis a nivel de carótidas y coronarias. Las manifestaciones más habituales son: infarto de miocardio y cardiopatía isquémica, fallo cardíaco congestivo, accidente cerebrovascular y enfermedad arterial periférica, patologías cuya presencia esta incrementada en la AR. Al presentarse estas manifestaciones en los pacientes de AR provoca un incremento en la comorbilidad y mortalidad, que llega a ser un 50% superior a la de la población general. Al parecer algunos tratamientos podrían estar incrementando el riesgo de esta comorbilidad, sobre todo los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y los esteroides; mientras que el metotrexate y las terapias anti-TNF lo reducen.

4.1.6.2.4 Sistema nervioso.

- *Síndrome del túnel carpiano.* El compromiso de las articulaciones de la muñeca y tenosinovitis de los tendones flexores en AR puede ser causa de la compresión del nervio mediano en el túnel del carpo.
- *Subluxación atloido-axoidea.* Esta subluxación es producida por la inestabilidad de la articulación C1- C2 en la columna cervical que según su compromiso a nivel de la médula espinal puede conducir a mielopatía con cuadriparesia espástica, trastornos sensitivos en extremidades e incluso pérdida repentina de conciencia.

4.1.6.2.5 Órganos hematopoyéticos.

- *Síndrome de Felty.* Se trata de una asociación de AR con neutropenia y esplenomegalia, tienen también fiebre, úlceras cutáneas, infecciones a repetición, vasculitis, neuropatía y trombocitopenia.
- *Leucemia de linfocitos grandes granulares.* Conocido también como seudo-síndrome de Felty porque cursa con neutropenia, esplenomegalia e incremento de la susceptibilidad a infecciones bacterianas, asociado a la presencia en sangre periférica y

médula ósea de una expansión clonal de linfocitos atípicos con fenotipo de linfocito T citotóxico, o menos frecuentemente de célula NK.

4.1.1.1.1 *Ojos.* Es posible que los pacientes con AR presenten: síndrome de Sjögren que se caracteriza por queratoconjuntivitis seca, fotofobia, sensación de cuerpo extraño en ojos y sequedad de la boca; escleritis que produce dolor ocular intenso, fotofobia y lagrimeo; y cataratas, cuya aparición se relaciona con el uso de esteroides a dosis bajas de forma crónica.

4.1.6.2.6 *Riñón.* El compromiso renal como resultado directo de AR es raro, y cuando se presenta se manifiesta como glomerulonefritis focal mesangioproliferativa o vasculitis renal. La afectación renal más frecuente es la toxicidad renal por fármacos, como las sales de oro, la d-penicilamina, los AINE o la ciclosporina.

4.1.6.2.7 *Gastrointestinal.* Su afectación es resultado del uso crónico de AINES los cuales se asocian con la presencia de úlcera péptica, hemorragia digestiva y riesgo de perforación; es posible reducir el riesgo de estas complicaciones con el uso de inhibidores de la ciclooxigenasa 2 (COX-2) y agentes profilácticos, como el omeprazol. El empleo de esteroides a dosis bajas no parece ser ulcerogénico.

4.1.6.2.8 *Vasculitis.* Es más frecuente en pacientes hombres con enfermedad avanzada, nódulos y FR elevado. Puede cursar con úlceras cutáneas, gangrena digital, infarto intestinal o en otros órganos.

4.1.6.2.9 *Músculo.* La debilidad muscular que sufren los pacientes se debe a la importante incapacidad funcional que provoca la AR y una atrofia muscular inducida por la falta de uso que a una verdadera miositis. Se deben desestimar causas iatrogénicas como el uso de glucocorticoides, los antimaláricos y las estatinas ante la presencia de miositis.

4.1.6.2.10 *Hueso.* En la AR existe disminución generalizada de la masa ósea y con ello un incremento del riesgo de fracturas especialmente vertebrales. La osteoporosis se debe por una parte a la inflamación con liberación de citocinas que estimulan la actividad osteoclástica y también a la inmovilidad y el uso de esteroides. (Ballina-García F. , 2014)

4.1.1 Diagnóstico. El diagnóstico de AR se basa en gran medida en los signos y síntomas de la artritis inflamatoria crónica, el análisis de laboratorio y estudios radiográficos aportan información complementaria al diagnóstico.

En 2010, en el intento por lograr la colaboración entre el ACR y la EULAR, se revisaron los criterios de clasificación de la AR del ACR de 1987 con la finalidad de poder

establecer el diagnóstico temprano e identificar a quienes pueden de beneficiarse de la introducción temprana de FARME. Una puntuación ≥6 cumple con las exigencias o normas para definir la AR. (Ballina-García F. , 2014)

4.1.2 Estudios de laboratorio. Al tratarse de una enfermedad sistémica inflamatoria, los pacientes con AR inicialmente presentan elevación de marcadores inflamatorios inespecíficos como velocidad de sedimentación eritrocitaria (VSG) o de la proteína C reactiva. Se debe investigar la presencia de FR y ACPA ante el antecedente de toda artritis crónica compatible con la clínica de AR. La presencia de títulos altos de FR es sugestiva de AR. El ACPA es altamente específico para AR y particularmente útil en pacientes FR negativo. (Alperi-López, 2014)

En el suero de los pacientes con AR, se identifican isotipos IgM, IgG e IgA del FR. El tipo IgM es detectado en el 75 a 80 % de modo que su negatividad no descarta la presencia de AR; debido a que se encuentra presente en otras patologías como en el síndrome primario de Sjögren, el lupus eritematoso sistémico, la crioglobulinemia esencial mixta tipo II y también en infecciones crónicas, como endocarditis bacteriana subaguda, hepatitis B y C. Además, el FR sérico puede ser detectado en hasta el 1 a 5 % de la población sana. (Kasper, y otros, 2015)

La especificidad diagnóstica de ACPA se acerca a 95 %, de modo que una prueba positiva es útil para diferenciar artritis reumatoidea, de otras modalidades de artritis. ACPA tiene mayor especificidad que FR, se asocia al desarrollo de erosiones y a una enfermedad persistente. La existencia en un paciente de FR y ACPA tiene un valor predictivo positivo para artritis reumatoide del 100%. La presencia de FR positivo predice el desarrollo de AR y la aparición de erosiones. La persistencia de títulos elevados se asocia a un mal pronóstico. (MSP Ecuador, 2016)

Es importante que los pacientes con AR sean evaluados con los siguientes complementarios de laboratorio: biometría hemática, reactantes de fase aguda: PCR y VSG, factor reumatoide, anticuerpos antipéptidos citrulinados, pruebas de función hepática (AST, ALT, GGT, fosfatasa alcalina, albúmina), perfil lipídico, función renal (creatinina), calcio y análisis elemental de orina. (MSP Ecuador, 2016)

4.1.3 Estudios de imagen. La radiografía convencional es una herramienta que se utiliza para evaluar la integridad articular en pacientes con AR.

Se trata de una prueba segura, económica y disponible. Estudios realizados en artritis indiferenciada mostraron que la presencia de erosiones en las radiografías da una alta probabilidad de tener AR y adicionalmente las erosiones radiográficamente evaluables son un factor de mal pronóstico.

La ecografía tiene un valor añadido a la exploración clínica en el diagnóstico de la artritis reumatoide temprana y en la evaluación de la remisión de la AR. La presencia de signos de inflamación en el ultrasonido parece aumentar el riesgo de progresión de la artritis reumatoide, lo que implica relevancia clínica. En cuanto a la evaluación de la remisión, esta revisión muestra que en muchos pacientes con baja actividad de la enfermedad o en remisión clínica, no se detectaron signos de inflamación en el ultrasonido, incluso en aquellos que cumplieron con los criterios estrictos de remisión clínica. Estos hallazgos son relevantes y a que los resultados de estos estudios sugieren que los signos de sinovitis en el ultrasonido en Doppler predicen la progresión del daño articular radiográfico. (Duró, 2010)

La resonancia magnética nuclear (RMN) en pacientes con AR puede identificar erosiones óseas antes que la radiografía convencional, el hallazgo de edema óseo y sinovitis que predicen la progresión erosiva. Por este motivo se ha propuesto que la RMN sea herramienta para diagnóstico y pronóstico entre los individuos con artritis reumatoide; sin embargo, no es una herramienta disponible en todos los niveles de atención. (Kelh, Der Fer, & Henderson, 2015)

La tomografía por emisión de positrones (PET) es una técnica de imagen sensible, cuantitativa y no invasiva que permite la proyección de imagen en artritis inflamatoria. El PET tiene ventajas por su mayor sensibilidad para la detección de inflamación de bajo grado, formación de imágenes tridimensionales y potencial para cuantificar la captación del trazador. Debido a los costos y la carga de radiación, el PET no tendrá valor clínico para el diagnóstico de artritis. Sin embargo, tiene el potencial para hacer detección temprana, monitorear actividad de la enfermedad y en última instancia, predecir el resultado terapéutico en particular de agentes biológicos. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

4.1.4 Diagnóstico diferencial. La artritis puede ser parte del curso de varias entidades, que, por lo tanto, deben tenerse en cuenta en el diagnóstico diferencial con la AR.

Es obligación del médico que evalúa en el primer momento al paciente con sintomatología, considerar y evaluar los diagnósticos diferenciales.

Tabla 2. Diagnósticos diferenciales de AR

Grupo de Enfermedades	Enfermedades
Infecciosas	Viral (Dengue, VIH, Parvovirus, CMV, Hepatitis) Bacterianas (N.gonorhoeae, S. aureus), Mycobacterium, fúngicas, etc.
Espondiloartritis	Artritis reactiva (Chlamydia, Salmonella, Shigella, Yersinia), Espondilitis Anquilosante, Artritis psoriatica, Artritis Enteropáticas.
Enfermedades reumáticas sistémicas	LES, polimiositis/dermatomiositis, esclerosis múltiple, Síndrome de Sjorgen, Síndrome de Behcet, Polimialgia reumática, Vasculitis sistémicas.
Artritis por microcristales	Gota, Pseudogota, etc.
Desordenes Endocrinos	Hipotiroidismo, Hipertiroidismo.
Neoplasias	Metástasis, Linfoma, Síndrome paraneoplásico, etc.
Otras	Osteoartritis, Hemocromatosis, Amiloidosis, Sarcoidosis, Angioedema.

Fuente: Guía Clínica AUGE. Artritis Reumatoide, 2014

4.1.5 Evolución. La AR es una enfermedad crónica de curso progresivo. En realidad, es difícil predecir el curso que seguirá la enfermedad en un paciente en específico, depende de una amplia gama de factores.

La AR presenta remisiones durante el embarazo. Después del parto la artritis recidiva. Todo paciente con AR debe ser controlado ambulatoriamente cada tres meses, clínica y biológicamente. En cada visita debe ser explorado de forma sistemática como si se tratara de una primera visita. El control biológico debe incluir VSG, PCR, hemograma completo, anticuerpos antinucleares (AAN), FR, perfil lipídico, función renal y hepática, y sedimento de orina con proteinuria.

Es importante anualmente realizar una radiografía de tórax y de ambas manos (palma-placa) y ambos pies (planta-placa), así como de las articulaciones con limitación de la

movilidad. Si se trata de una paciente mujer en periodo posmenopáusico y tiene tratamiento con corticoides, es necesario practicar una densitometría ósea cada 2 años.

La valoración de la capacidad funcional se realiza mediante el cuestionario Health Assessment Questionnaire (HAQ), que consta de 20 preguntas agrupadas en ocho categorías, a las que se aplica una puntuación según el grado de dificultad para su realización. (Duró, 2010)

4.2 Calidad de vida

La OMS, en Ginebra, en el año de 1966, durante el Foro Mundial de la Salud, definió calidad de vida: como "La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones». Se trata de un concepto que está influido por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con su entorno. Así, se puede llegar a una definición global: «nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada persona de elementos objetivos y subjetivos en distintas dimensiones de su vida". (Robles, Rubio, De la Rosa, & Nava, 2016)

4.2.1 Medición de la calidad de vida. Debido a que es un tema de mucha subjetividad, es difícil definir variables específicas para la medición de la calidad de vida; sin embargo, basándose en el modelo de Wilson & Cleary ha sido posible dividirlas en: síntomas, factores psicológicos y biológicos, estado funcional actual, percepción de salud del propio paciente. Tomando en cuenta las características de las esferas: emocional, socioeconómico, psicosocial. (Robles, Rubio, De la Rosa, & Nava, 2016)

Ballina manifiesta en su publicación que "a pesar de la falta de consenso conceptual, la mayoría de las mediciones de calidad de vida llevadas a cabo coincide en que éstas deben comprender, al menos, los siguientes campos: aspectos físicos, incluyendo el deterioro de funciones, los síntomas y el dolor causado por una enfermedad o por su tratamiento; aspectos psicológicos, cubriendo un amplio rango de estados emocionales y funciones cognitivas e intelectuales, y aspectos sociales, haciendo hincapié en el aislamiento social y en la autoestima asociados al papel social de las enfermedades crónicas. Existen también determinantes que influyen en la calidad de vida y que pueden ser divididos en dos amplios

grupos: a) sociodemográficos, como edad, sexo, ingresos, etc.; y b) relacionados con la salud, como las variables de proceso y de desenlace." (Ballina-García, 2008)

El propósito de la medición de la calidad de vida es proporcionar una mejor valoración de la salud de los individuos y de las poblaciones, y también de los beneficios y perjuicios que pueden ocasionar las intervenciones terapéuticas.

"Existen tres tipos básicos de medidas de calidad de vida:

- Medidas globales que han sido diseñadas para medir la calidad de vida de forma global o en conjunto. En ocasiones es una sola pregunta que interroga sobre la calidad de vida, o bien un instrumento que valora la satisfacción del paciente en varios aspectos.
- Medidas genéricas también están diseñadas para la medición global de la calidad de vida y principalmente para propósitos descriptivos. Su ventaja es que pueden ser utilizadas en diversas enfermedades y poblaciones y, por tanto, permiten comparaciones. Sin embargo, pueden tener una insuficiente sensibilidad para detectar cambios moderados en las enfermedades.
- Medidas específicas a diferencia de los tipos anteriores, estás se centran en grupos o en problemas particulares, una ventaja es que mejoran la sensibilidad a los cambios, aunque no permiten comparaciones. Se pueden subdividir en: específicas de enfermedad, que se centran en el estudio de grupos concretos de pacientes (p. ej., ancianos, artritis reumatoide, etc.) y se han diseñado principalmente para monitorizar la respuesta al tratamiento de una situación particular; y en específicas de dimensión, que se centran en problemas concretos, como dolor, fatiga, estado psíquico, etc., y son útiles para valorar la respuesta de grupos de pacientes a determinadas intervenciones." (Ballina-García, 2008)

La artritis reumatoide siendo una enfermedad crónica, de curso heterogéneo que afecta principalmente a las articulaciones y por ende a la función física, psíquica, social, laboral y económica; resulta importante evaluar como la enfermedad afecta a la esfera de vida global de los pacientes durante el transcurso de la enfermedad. (Gómez, 2014)

Las medidas de la calidad de vida en reumatología incluyen las medidas globales como los cuestionarios SF-36, el Sicknen Impact Profile (SIP), y el Nothinghan Health Profile (NHP); y por otro lado los cuestionarios correspondientes a medicione específicas incluyen

Artritis Impact Measurement Scale (AIMS), el Rheumatoid Arthritis of Quality of life (Qol-RA), el Rapid Assesment os Disease Activity in Rheumatology (RADAR). (Espinosa, Hernández, & Cerdán, 2017)

4.2.2 Quality of life – Rheumatoid Arthritis (QoL-RA). El ACR y la EULAR, recomiendan la determinación de la calidad de vida en pacientes con AR de forma continua pues aportan una valoración más amplia del estado de salud de los pacientes.

El QoL-RA se encuentra integrado por ocho ítems, que evalúan las dimensiones físicas, psicológicas y sociales, dentro de una escala con diez posibilidades, que van desde 1 muy mala calidad de vida, hasta 10 excelente calidad de vida. Evalúa dimensiones de actividad física, ayuda de familiares y amigos, dolor artrítico, tensión nerviosa, salud, interacción con familiares y amigos, nivel de artritis y estado de ánimo. La puntuación calificada es mayor mejor sea la calidad de vida. Los resultados de las categorías se promedian. Para determinar la calidad de vida se considera que valores de 1-4 indican mala calidad de vida; 5-9 indican buena calidad de vida y 10 indica excelente calidad de vida. (Espinosa, Hernández, & Cerdán, 2017)

4.3 Capacidad funcional

La capacidad funcional se considera como "la facultad que posee una persona para realizar las actividades de la vida diaria sin necesidad de supervisión, dirección o asistencia, es decir, la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles sociales dentro de un amplio rango de complejidad" (Giraldo & Franco, 2008)

La artritis reumatoide es una enfermedad grave que produce discapacidad. La mayoría de los pacientes que la padecen experimentan reagudizaciones persistentes, de los cuales, solo un 10% remite en forma espontánea o en cortos periodos de tratamiento; mientras que aproximadamente un 50% de pacientes tendrá clase funcional III/IV al cabo de 10 años de enfermedad, un 33% no podrá trabajar en 5 años y la expectativa de vida está reducida 5-10 años. (MSP Ecuador, 2016)

Tabla 3. Criterios revisados por el Colegio Americano de Reumatología para la clasificación del estado funcional en la Artritis reumatoide

CLASE FUNCIOAL	DEFINICIÓN
I	Capacidad completa para realizar las actividades usuales de la vida diaria, que incluyen actividades recreativas, y laborales.

II	Puede realizar las actividades usuales de autocuidado y recreacionales, pero con limitaciones en las actividades laborales.
III	Puede realizar las actividades de autocuidado, pero tiene limitaciones en las actividades recreacionales y laborales.
IV	Tiene limitaciones para realizar las actividades usuales de autocuidado, recreacionales y laborales.

Fuente: Sociedad Española de Reumatología, 2011

La discapacidad funcional subjetiva se evalúa mediante cuestionarios específicos validados a nivel internacional. Estos cuestionarios se basan en la percepción que tiene el propio paciente sobre la enfermedad que padece. Evalúan dimensiones de la salud que se ven más deterioradas por la AR, sobre todo la discapacidad en relación con la función física y el dolor, existen varios cuestionarios con este propósito, entre los cuales se encuentran el HAQ, el Modified Health Assessment Questionnarie (MHAQ) (versión reducida del HAQ), el Health Assessment Questionnarie Disability Index (HAQ-DI) o el Arthritis Impact Measurement Scales. (AIMS). Debido a su amplia difusión, validación y aceptación a nivel internacional, el más utilizado en la actualidad es el HAQ. (MSP, 2014)

4.3.1 Health Assessment Questionnaire (HAQ). Es un instrumento que permite evaluar la capacidad funcional en pacientes con AR. Se trata de un cuestionario que originalmente fue desarrollado en la Universidad de Stanford Arthritis Center; ha sido ampliamente usado en varios estudios y se ha demostrado su confiabilidad y validez a nivel mundial.

Incluye ocho secciones de las actividades de la vida diaria, como la capacidad de vestirse y arreglarse, levantarse de una silla o cama, comida, caminar, lo referente a la higiene, el alcance, agarrar y otras actividades. Cada área es evaluada mediante tres componentes que miden el grado de dificultad para realizar una tarea en específico. Cada una de las preguntas tiene valor entre 0 puntos y 3 máximo, en dependencia que se pueda ejecutar sin ninguna dificultad (0), con alguna dificultad (1), con mucha dificultad (2), o imposibilidad para la realización (3). El puntaje mayor de cada categoría se escoge como valor para dicha área. Si el paciente precisa de ayuda para la realización de una tarea específica, se le otorga el valor de 2. El índice de incapacidad se obtiene al calcular la sumatoria del puntaje de todas las categorías respondidas en el rango de 0-3 divididas por el número de áreas. Se evalúan como de incapacidad ligera valores entre 0- 1, entre 1 y 2

será evaluada de moderada, y sobre 2 se considera severa la discapacidad funcional. El cuestionario se completa en alrededor de cinco a 8 minutos. (MSP, 2014)

5 Materiales y métodos

El presente trabajo de investigación se llevó a cabo en el Hospital General Isidro Ayora de Loja, ubicado en la parroquia Sucre en la Av. Manuel Agustín Aguirre, Manuel Montero e Imbabura, en el servicio de Reumatología durante el periodo agosto-noviembre de 2018.

5.1 Tipo de estudio

Estudio descriptivo, prospectivo de enfoque cuantitativo

5.2 Área de estudio

Hospital General Isidro Ayora de Loja

5.3 Población

Pacientes que acuden al Hospital General Isidro Ayora de Loja y recibieron atención en el servicio de reumatología en el periodo agosto-noviembre de 2018. Con la finalidad de que el estudio sea representativo se optó por evaluar a la población que acudió por consulta externa durante dicho periodo, fueron 104 pacientes.

5.4 Criterios de inclusión y exclusión

5.4.1 Criterios de inclusión:

- Pacientes que firmen el consentimiento informado
- Pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide en tratamiento en el Hospital General Isidro Ayora de Loja
- Pacientes $\geq$ 18 años con Artritis Reumatoide

5.4.2 Criterios de exclusión:

- Pacientes con artritis reumatoide con enfermedad tumoral
- Pacientes con artritis reumatoide y lesión traumática grave que no fue causada por la AR
- Pacientes con artritis reumatoide que hayan sido recientemente intervenidos quirúrgicamente

5.5 Método, instrumento y procedimiento

5.5.1 Método. La presente investigación se realizó en el Hospital Isidro Ayora de Loja durante el periodo agosto-noviembre 2018. Previa autorización y firma del consentimiento informado, a través de entrevista personal se obtuvieron datos sociodemográficos: sexo, edad, ocupación, escolaridad, comorbilidades en los pacientes con diagnóstico de AR, atendidos en el servicio de Reumatología. Además, fueron sometidos a una encuesta conformada por dos cuestionarios ampliamente reconocidos, aplicados y validados a nivel internacional para evaluar la calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con AR, el Quality of Life–Rheumatoid Arthritis (QoL-RA) y el Health Assessment Questionnaire (HAQ).

5.5.2 Instrumentos.

5.5.2.1 Consentimiento informado de la OMS. (Anexo 1), el cual consta de 2 partes:

Información para el sujeto de investigación. Es un resumen escrito de la información mínima que debe tener en conocimiento la persona evaluada para cumplir con el principio ético sustantivo del consentimiento informado. Este documento de información será la base o la guía para la explicación verbal y discusión del estudio con el sujeto o su representante legal.

Formulario de consentimiento informado para la firma. Es el documento que la persona o su representante legal y el testigo (si aplica) van a firmar y fechar, para dejar con ello una evidencia documentada o constancia de que el sujeto ha recibido información suficiente acerca del estudio, el producto de investigación y de sus derechos como sujeto de investigación y que desea libre y voluntariamente participar en el estudio.

5.5.2.2 Quality of Life–Rheumatoid Arthritis (QoL-RA). (Anexo 2), versión en español del instrumento validado por Danao et al., en población hispana en los EE. UU. Esta escala permitió evaluar la calidad de vida de los 104 pacientes con AR objeto de estudio en esta investigación; consta de 8 dimensiones o categorías que miden la habilidad física, dolor articular, interacción familiar y con amigos, apoyo familiar y de amigos, estado de ánimo, tensión nerviosa, artritis y salud.

A cada categoría se le puede calificar en una escala de 1 a 10. , siendo 1 mala calidad de vida y 10 excelente calidad de vida. La puntuación aumenta cuan mejor sea la calidad de vida.

Los resultados de las dimensiones se promedian; valores de 1 a 4 indican mala calidad de vida, 5 a 9 indican buena calidad de vida y 10 indica excelente calidad de vida.

5.5.2.3 Health Assessment Questionnaire (HAQ). (Anexo 3). Para evaluar la capacidad funcional de los pacientes se utilizó el presente cuestionario que consta de 20 preguntas distribuidas en 8 categorías: vestirse y asearse, levantarse, comer, caminar, higiene, alcance, prensión y otras actividades. Cada una de las preguntas tiene un valor de acuerdo con la capacidad de ejecución que tiene el paciente: (0) sin ninguna dificultad, (1) con alguna dificultad, (2) con mucha dificultad, o (3) imposibilidad para la realización.

El mayor puntaje obtenido en cada categoría se escoge como valor para dicha dimensión. Si el paciente precisa ayuda para la realización de una tarea específica, se le otorga el valor de 2. El índice de incapacidad se obtiene al promediar los valores de todas las categorías, evaluando una incapacidad funcional ligera (valores entre 0-1), incapacidad moderada (entre 1-2) y valores (mayores a 2) incapacidad severa.

5.5.3 Procedimiento. Los cuestionarios fueron aplicados a los pacientes de dos maneras: (1) autoadministración (para quienes sepan leer y tengan un adecuado grado de instrucción) y (2) mediante entrevista por parte del investigador. El tiempo promedio estimado para la aplicación fue de 15 minutos aproximadamente.

Las variables de estudio consideradas fueron edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad, capacidad funcional, calidad de vida.

Para el análisis estadístico y representación gráfica, los datos fueron introducidos en la plataforma de Microsft Excel 2016 y SPSS Statistics versión 22.0 por medio de los cuales se obtuvieron los parámetros estadísticos de frecuencia, porcentaje, media o promedio y para la correlación de variables se empleó el coeficiente de correlación de Pearson.

5.6 Recursos

5.6.1 Recursos humanos

- Autora: Ana Cristina Cuenca Solórzano
- Director de tesis: Md. Cristian Alfonso Galarza Sánchez Esp.

5.6.2 Recursos materiales

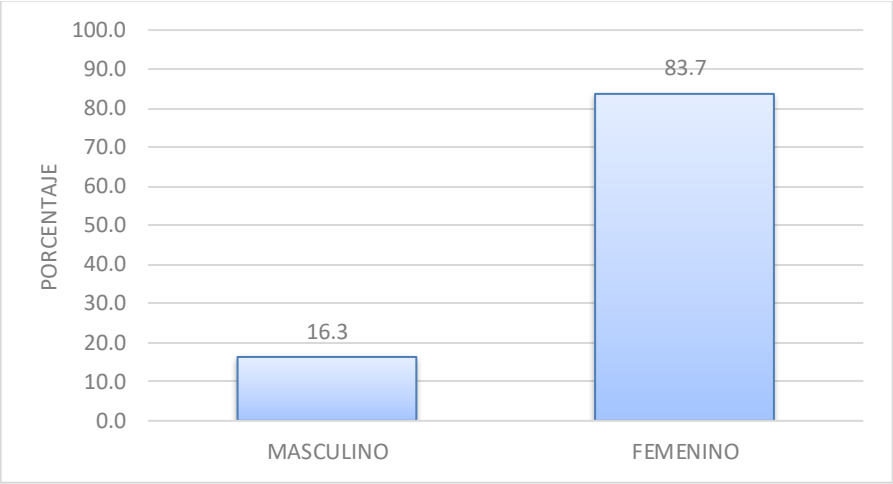
- Papelería (hojas de papel, lápiz, borrador, esferos, resaltadores, almohadilla de huella digital, etc.)
- Computadora

- Impresora

6 Resultados

En respuesta a uno de los objetivos que se planteó en esta investigación: determinar la distribución de artritis reumatoide en pacientes atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Isidro Ayora de acuerdo con el sexo, grupo etáreo y años de evolución de enfermedad; se presentan las siguientes graficas.

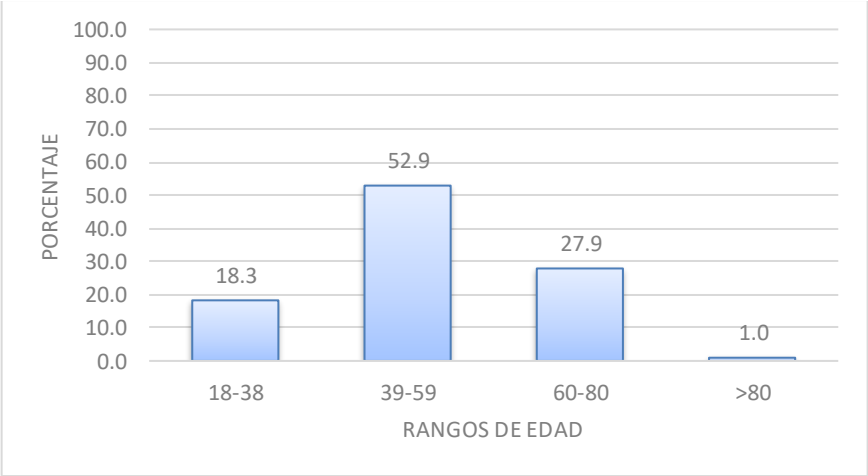
Gráfico 1: Distribución de casos de artritis reumatoide según sexo, Servicio de Reumatología-HGIAL, 2018



Fuente: Encuesta
Elaboración: Ana Cristina Cuenca

Análisis: Del total de participantes de la investigación el 83.7% corresponde al sexo femenino; mientras que el 16.3% corresponde al sexo masculino.

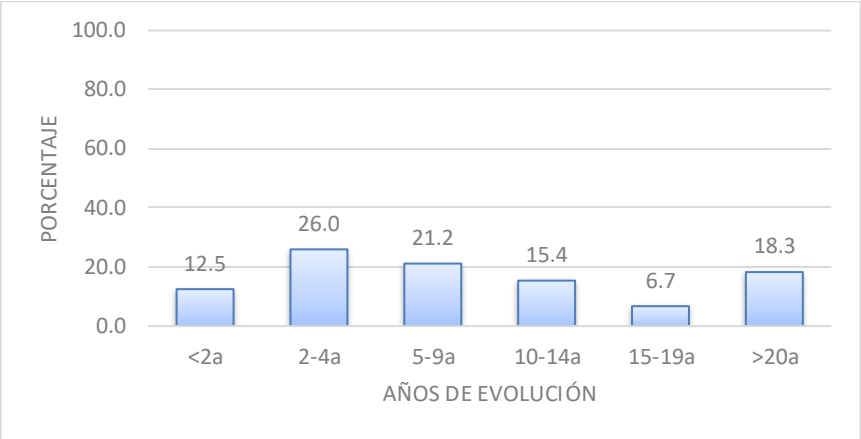
Gráfico 2: Distribución de casos de artritis reumatoide según grupos de edad, Servicio de Reumatología-HGIAL, 2018



Fuente: Encuesta
Elaboración: Ana Cristina Cuenca

Análisis: De la población estudiada el 52.9 % corresponde a pacientes entre 39-59 años; 27.9% entre 60-80 años; 18.3% entre 18-38 años y 1.0% corresponde a pacientes mayores de 80 años.

Gráfico 3:Distribución de casos de artritis reumatoide según años de evolución, Servicio de Reumatología-HGIAL, 2018

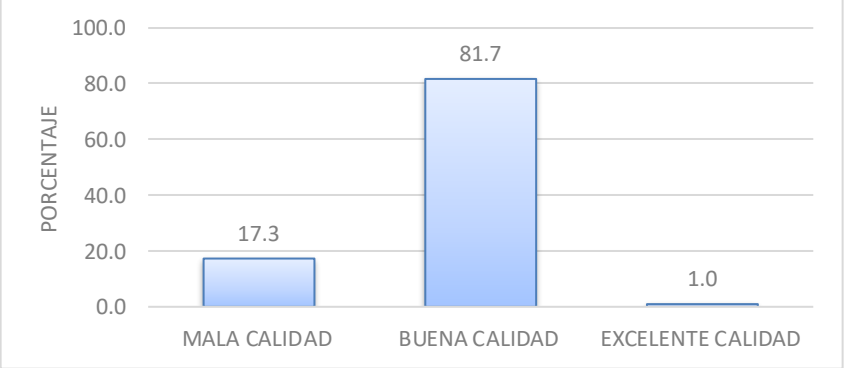


Fuente: Encuesta
Elaboración: Ana Cristina Cuenca

Análisis: De los 104 pacientes estudiados el 26.0% corresponde a pacientes con una evolución de enfermedad entre 2 a 4 años; 21.2% corresponde entre 5 a 9 años de evolución; 18.3% presenta una evolución mayor a 20 años; 15.4% tiene entre 10 a 14 años de evolución; 12.5% presenta menos de 2 años de evolución de enfermedad; y 6.7% corresponde a pacientes con una evolución entre 15 a 19 años.

A continuación, se presentan las gráficas que expresan los resultados de la evaluación de la calidad de vida en los pacientes estudiados, su distribución según el sexo y los puntajes promedios de cada una de las categorías del cuestionario QoL-RA

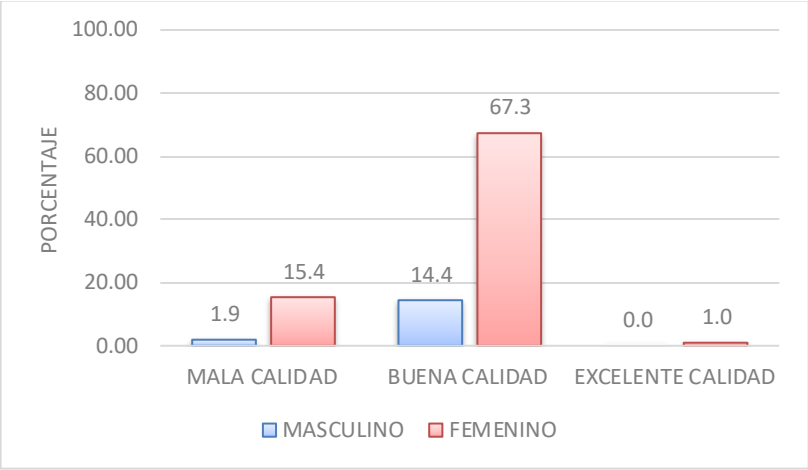
Gráfico 4: Distribución de casos de artritis reumatoide según calidad de vida; Servicio de Reumatología-HGIAL; 2018



Fuente: Encuesta
Elaboración: Ana Cristina Cuenca

Análisis: De los 104 pacientes a quienes se les aplicó el cuestionario QoL-RA; el 81.7% presenta buena calidad de vida, el 17.3% tiene mala calidad de vida.

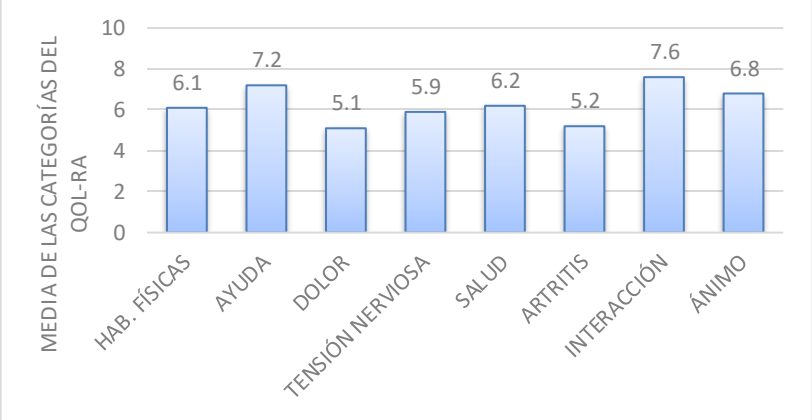
Gráfico5: Distribución de casos de artritis reumatoide según calidad de vida y sexo, Servicio de Reumatología-HGIAL, 2018



Fuente: Encuesta
Elaboración: Ana Cristina Cuenca

Análisis: De los 104 pacientes que participaron en la investigación, el 67.3% y 15.3% corresponden a mujeres con buena calidad de vida y mala calidad de vida respectivamente; mientras que el 14.4% y 1.9% corresponden a hombres con buena calidad de vida y mala calidad de vida respectivamente.

Gráfico 6: Puntajes promedios de las categorías del cuestionario QoL-RA, HGIAL, 2018



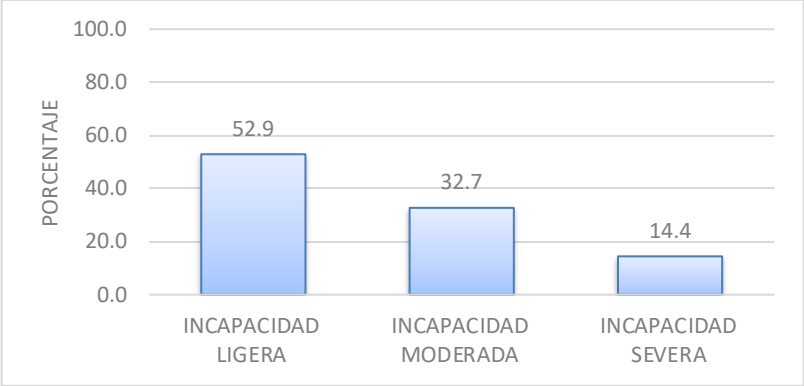
Fuente: Encuesta
Elaboración: Ana Cristina Cuenca

Análisis: Las categorías del cuestionario QoL-RA con el menor puntaje medio sobre diez puntos fue para la categoría dolor con 5.1, seguido de artritis con 5.2 y tensión nerviosa con 5.9. Lo que significa que estas categorías son las que se encuentran más

deterioradas y por lo tanto contribuyen a una reducción en la calidad de vida de los pacientes estudiados. Los puntajes más altos fueron para las categorías interacción 7.6 y ayuda 7.2. La puntuación media total del QoL-RA fue de 6.2.

En las siguientes graficas se presentan los resultados de la evaluación de la capacidad funcional de los pacientes estudiados, su distribución según el sexo y los puntajes promedios de cada una de las categorías del cuestionario HAQ.

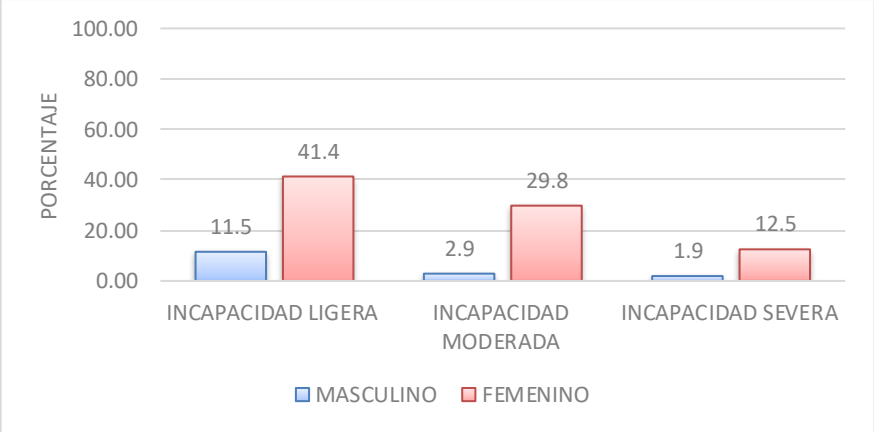
Gráfico 7: Distribución de casos de artritis reumatoide según capacidad funcional, Servicio de Reumatología-HGIAL, 2018



Fuente: Encuesta
Elaboración: Ana Cristina Cuenca

Análisis: De los 104 pacientes que fueron evaluados con el cuestionario HAQ, el 52.9% posee incapacidad ligera, el 32.7% incapacidad moderada y el 14.4% incapacidad severa.

Gráfico 8: Distribución de casos de artritis reumatoide según capacidad funcional y sexo, Servicio de Reumatología-HGIAL, 2018

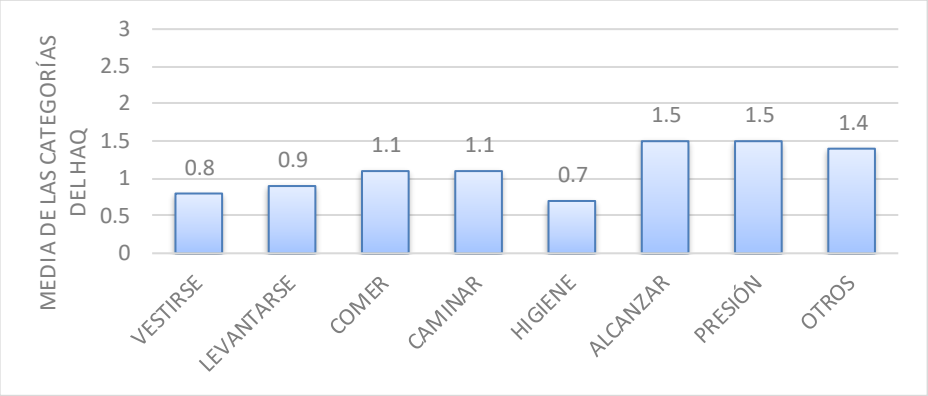


Fuente: Encuesta
Elaboración: Ana Cristina Cuenca

Análisis: De los 104 pacientes evaluados, el 41.4% fueron mujeres con incapacidad ligera, mientras que el 11.5% fueron hombres; el 29.8% fueron mujeres con incapacidad

moderada, mientras que el 2.9% fueron hombres; el 12.5% fueron mujeres con incapacidad severa y el 1.9 corresponde a hombres.

Gráfico9: Puntajes promedios de las categorías del cuestionario HAQ, HGIAL, 2018

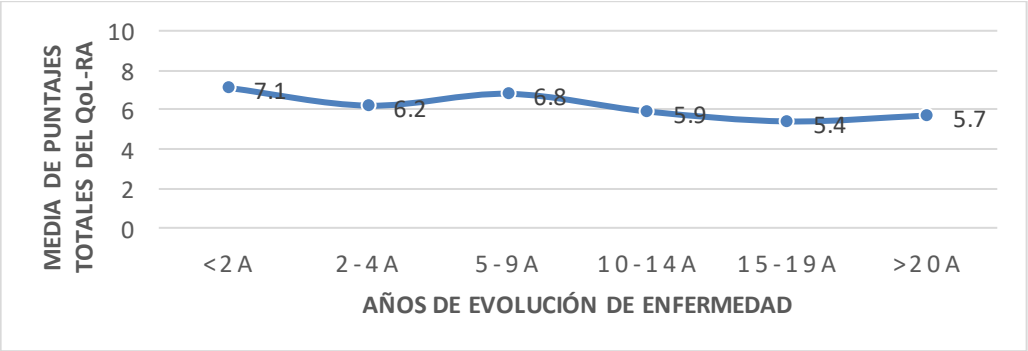


Fuente: Encuesta
Elaboración: Ana Cristina Cuenca

Análisis: Las categorías del cuestionario HAQ con los menores puntajes obtenidos en una escala del uno al tres fueron higiene con 0.7, vestirse con 0.8 y levantarse con 0.9, indicando menor dificultad para la ejecución de dichas actividades, es decir, incapacidad ligera. Por el contrario, las categorías prensión con 1.5, alcanzar con 1.5 y otros con 1.4 fueron las de más alto puntaje lo que significa mayor dificultad para su ejecución. La puntuación media total del HAQ fue de 1.1.

Con la finalidad de expresar la relación entre la calidad de vida y capacidad funcional con los años de evolución de la enfermedad, se calcula la media de los puntajes obtenidos de los pacientes en cada uno de los rangos de edad.

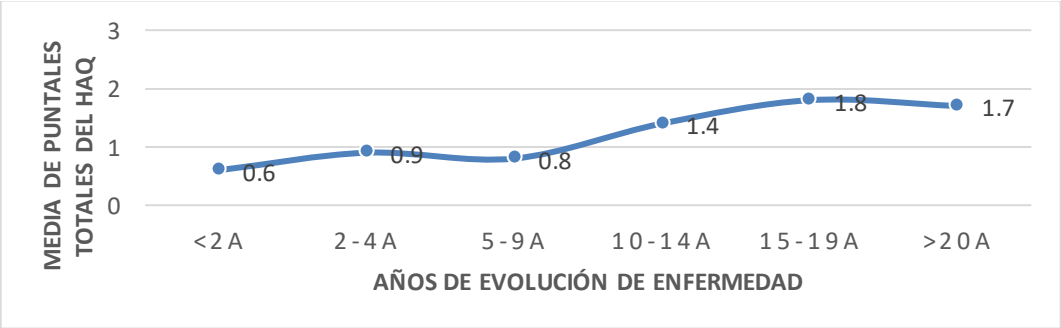
Gráfico 10: Puntaje promedio del QoL-RA según el tiempo de evolución de la enfermedad, HGIAL, 2018



Fuente: Encuesta
Elaboración: Ana Cristina Cuenca

Análisis: En este gráfico se observa que a medida que aumenta el tiempo de evolución de la enfermedad, la calidad de vida expresada en el puntaje promedio del QoL-RA tiene una tendencia a disminuir. El puntaje promedio del QoL-RA en aquellos pacientes que tenían < 2 años de evolución de la enfermedad fue de 7.1, entre 2-4 años de evolución de su enfermedad de 6.2, entre 10 y 14 años de evolución de enfermedad de 5.9, entre 15-19 años de evolución de 5.4.

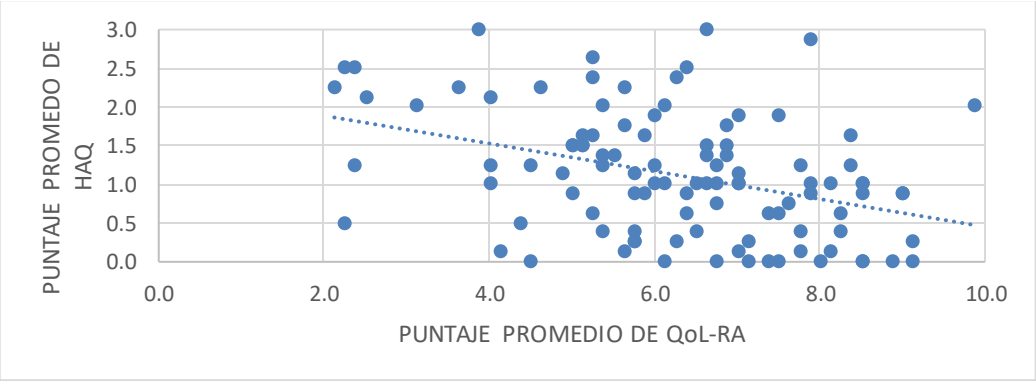
Gráfico 11: Puntaje promedio del HAQ según el tiempo de evolución de la enfermedad, HGIAL, 2018



Fuente: Encuesta
Elaboración: Ana Cristina Cuenca

Análisis: En este gráfico se puede observar que a medida que aumenta el tiempo de evolución de la enfermedad, la capacidad funcional expresada en el puntaje promedio del HAQ tiene una tendencia a aumentar, lo que se traduce en aumento de la incapacidad funcional. El puntaje promedio del HAQ en aquellos pacientes que tenían < 2 años de evolución de la enfermedad fue de 0.6, entre 2-4 años de evolución de su enfermedad de 0.9, entre 10 y 14 años de evolución de enfermedad de 1.4, entre 15-19 años de evolución de 1.8.

Gráfico 12:Correlación lineal entre puntajes promedio de QoL-RA y HAQ, Servicio de Reumatología-2018



Fuente: Encuesta
Elaboración: Ana Cristina Cuenca

Análisis: La correlación entre puntajes promedio de QoL-RA y HAQ fue de r=-0.39 lo que significa que existe una correlación inversa moderada, pues a medida que aumentan las puntuaciones del HAQ en los pacientes con artritis reumatoide, la calidad de vida, evaluada a través del valor de la escala QoL-RA, disminuye. La correlación entre QoL-RA y HAQ de acuerdo con los rangos de edad fue de r=-0.96 lo que significa que existe una correlación inversa fuerte; pues a medida que avanzan los años de evolución de la enfermedad las puntuaciones del HAQ se incrementan mientras que los puntajes de QoL-RA, disminuyen.

7 Discusión

Los instrumentos empleados para la evaluación tanto de la calidad de vida (QoL-RA) y capacidad funcional (HAQ) son escalas que han sido ampliamente usadas y aplicadas alrededor del mundo por su validez y por su importante aporte en la valoración de los pacientes con artritis reumatoide.

Según los resultados obtenidos en este trabajo de investigación, la artritis reumatoide afecta con mayor frecuencia al sexo femenino en el 83.7%; mientras que el 16.3% corresponde al sexo masculino (87 mujeres, 17 hombres); coincidiendo con la proporción mujer: hombre de 8:1 a nivel de Latinoamérica, que indica la literatura. (MSP Ecuador, 2016). En un estudio realizado en Veracruz, Mexico en el que se incluyeron 217 pacientes, el género femenino predominó en el 92%. (Espinosa, Hernández, & Cerdán, 2017)

De la población estudiada el 52.9 % corresponde a pacientes entre 39-59 años, con una edad media de presentación de la enfermedad de 50.0 años; resultados similares se reportaron en un estudio realizado en Cuba donde la edad media de presentación de la enfermedad fue de 56.3 años, predominando el grupo entre 56-75 años (43,8 %), (Prada, Hernández, Gómez, Armenteros, & Molinero, 2015). En contraste, en un estudio realizado en la ciudad de Quito en el año 2016, donde se incluyeron 46 pacientes, la media de edad de inicio de enfermedad de los pacientes estudiados fue de 41.2 años. (Naranjo, 2017)

De acuerdo con los resultados obtenidos, de los 104 pacientes estudiados el 26% corresponde a pacientes con una evolución de enfermedad entre 2 a 4 años; en contraste, en el estudio de Naranjo, el mayor porcentaje lo obtuvo el grupo de 5 a 9 años de evolución con 32.61% y el grupo de 2 a 4 años obtuvieron 17.39%. (Naranjo, 2017)

Con base en los resultados obtenidos mediante la aplicación del cuestionario QoL-RA, la calidad de vida en forma general fue buena en los pacientes estudiados, teniendo una puntuación media total de 6.2. El 81.7% de los pacientes percibió como buena su calidad de vida y el 17.3% como mala calidad de vida. Una puntuación media similar de 6,8 reportó la investigación en 163 pacientes quiteños en el año 2016. (Cruz, Montero, Salazar, & Villacís, 2017). A diferencia, en 217 pacientes mexicanos con artritis reumatoide, se determinó que la calidad de vida fue buena con una puntuación media 7.3. (Espinosa, Hernández, & Cerdán, 2017).

En cuanto a las categorías del cuestionario QoL-RA aplicado a los pacientes con artritis reumatoide del Hospital Isidro Ayora, la menor puntuación media sobre diez puntos fue

para la categoría dolor con 5.1, seguido de artritis con 5.2 y tensión nerviosa con 5.9. Los puntajes más altos fueron para las categorías interacción con 7.6 y apoyo con 7.2. Resultados similares se observan en el estudio de Espinosa, Hernández, & Cerdán cuyo objeto de estudio fueron pacientes mexicanos, se identificarón que las categorias con los promedios más bajos fueron dolor con 6.8 y tensión nerviosa con 6.6; mientras que los promedios más altos fueron apoyo con 8.4 e interacción con 8.0. (Espinosa, Hernández, & Cerdán, 2017). En el estudio de Prada, Hernández, y Gómez donde fueron evaluados pacientes cubanos, se observó que las menores puntaciones fueron las categorías de artritis con 6.92, salud personal con 6.32 y dolor con 6.12; mientras que los mayores valores promedios fueron de las categorías apoyo con 7.81, interacción con 7.72, estado de ánimo con 7.32 y tensión nerviosa con 7.11.

Según los resultados obtenidos en esta investigación mediante la aplicación del cuestionario HAQ, la incapacidad funcional en forma general de los pacientes estudiados es moderada, teniendo una puntuación media total de 1.1. El 52.9% posee incapacidad ligera, el 32.7% incapacidad moderada y el 14.4% incapacidad severa. En un estudio realizado en Misiones, Argentina en 2015 el índice de incapacidad valorado por HAQ, mostró un promedio general de 1.06, lo cual indica un nivel ligero de incapacidad general. El 59.25% presentó incapacidad funcional ligera, el 33.32% presento incapacidad moderada, y el 7.4% presento incapacidad severa. (Berdardelo, 2015).

Por otro lado, según los resultados las categorías del cuestionario HAQ con menores puntajes en una escala del uno al tres fueron, higiene con 0.7, vestirse con 0.8 y levantarse con 0.9, indicando menor dificultad para la ejecución de dichas actividades; por el contrario, las categorías prensión con 1.5, alcanzar con 1.5 y otros con 1.4 fueron las de más alto puntaje lo que significa mayor dificultad para su ejecución. En el estudio de Naranjo realizado el 2016, las categorías del cuestionario HAQ con menores puntajes fueron vestirse y asearse con 0.46, higiene con 0.47 y levantarse con 0.72¸mientras que las categorías prensión con 1.72 y alcanzar con 1.02 fueron las de más alto puntaje. (Naranjo, 2017)

A pesar que en otras investigaciones parecen coincidir las categorias de las escalas QoL-RA y HAQ que son más y menos afectadas, se puede apreciar que en la población estudiada en esta investigación, los valores promedio revelan que existe una afectación más significativa.

Los cuestionarios QoL-RA y HAQ tuvieron una correlación inversa significativa moderada (r=-0.39), lo que significa que existe una correlación negativa entre la capacidad funcional con el puntaje global del QoL-RA, pues a medida que aumentan las puntuaciones del HAQ en los pacientes con artritis reumatoide, la calidad de vida, evaluada a través del valor de la escala QoL-RA, disminuye significativamente. En el estudio de Prada Hernández, y Gómez se evidencio una correlación negativa (r= -0.83) entre el QoL-RA y HAQ, coincidiendo con el resultado de esta investigación. En un estudio pequeño de Naranjo-Borja se obtuvo una correlación inversa significativa moderada con r = -0.644

El puntaje promedio del QoL-RA en los pacientes que tenían entre 2-4 años de evolución de su enfermedad fue de 6.2, mientras que el promedio en aquellos que tenían entre 15 y 19 años de evolución de su enfermedad fue 5.4, es decir que la calidad de vida disminuye lentamente a medida que el tiempo de enfermedad transcurre. Resultados similares se observaron, donde el puntaje promedio del QoL-RA en aquellos pacientes que tenían entre 2-4 años de evolución de su enfermedad fue del 7.37, y entre 10 y 19 años fue de 6.53. (Prada, Hernández, Gómez, Armenteros, & Molinero, 2015) En contraste en el estudio de Naranjo Borja del 2016, no se evidenció una correlación significativa entre las medias de los puntajes de las escalas QOL-RA y HAQ y los grupos de pacientes divididos en grupos por años de enfermedad.

El puntaje promedio del HAQ en los pacientes que tenían entre 2-4 años de evolución de su enfermedad fue de 0.9, mientras que el promedio en aquellos que tenían entre 15 y 19 años de evolución de su enfermedad fue 1.8, es decir que la incapacidad funcional de los pacientes con artritis reumatoide se incrementa a medida que el tiempo de enfermedad transcurre. Norton y colaboradores realizaron un metaanálisis en el que se revisaron y analizaron 49 estudios que investigaban el comportamiento de las puntuaciones del cuestionario HAQ en relación a años transcurridos de la enfermedad, ellos concluyeron que el puntaje en el cuestionario HAQ empeora conforme transcurre el tiempo con un incremento anual de 0.03 aproximadamente. (Norton, y otros, 2014)

Con los resultados obtenidos en esta investigación se ha podido ilustrar a la población vulnerable, el estado subjetivo de bienestar que tienen los pacientes de nuestra localidad sobre su enfermedad, y a la vez la necesidad de implementar como protocolo la evaluación tanto de la calidad de vida como de la capacidad funcional de manera rutinaria en todos los

niveles de atención de salud, con la finalidad de identificar cuáles son los aspectos que las están deteriorando y encontrar métodos accesibles para tratar de mejorarla.

El estudio de la calidad de vida y capacidad funcional de los pacientes con artritis reumatoide es aún ambiguo debido a la importante cantidad de variables que influyen en el curso de esta patología y a los requerimientos de disponibilidad de tiempo y talento humano que se enfoque exclusivamente en ello.

8 Conclusiones

La AR en nuestra localidad afecta de forma preferente al sexo femenino en una relación mujer: hombre de 8:1; clásicamente en pacientes con una edad media de 50 años, estadísticas muy similares a las presentadas en el resto de Latinoamérica.

En la artritis reumatoide existe una importante afectación en la calidad de vida de los pacientes por sus características degenerativas y discapacitantes. En este estudio se determinó por el valor de la media del QoL-RA que la población estudiada presenta en general una calidad de vida buena y que las variables más implicadas en su deterioro corresponden al dolor, artritis y tensión nerviosa. Por el valor de la media del HAQ se determinó que la población estudiada tiene un grado de discapacidad de moderada.

Se confirmó la asociación que existe entre la calidad de vida y capacidad funcional, es decir a menor grado de discapacidad mejor calidad de vida.

A medida que aumenta el tiempo de evolución de la enfermedad, la calidad de vida expresada en el puntaje promedio del QoL-RA tiene una tendencia a disminuir; mientras que la discapacidad funcional expresada en el puntaje promedio del MQAH tiene una tendencia a aumentar, lo que se traduce en aumento de la discapacidad funcional.

Al tratarse de una patología crónica degenerativa resulta de vital importancia la evaluación periódica de la calidad de vida juntamente con los grados de discapacidad, ya que proporcionan información real de la situación actual del paciente frente a la enfermedad y permite personalizar el manejo dirigido por el médico tratante.

9 Recomendaciones

Se recomienda a los profesionales de la salud que tienen a su disposición el manejo de pacientes con artritis reumatoide, el implementar el uso periódico de los cuestionarios QoL-RA y HAQ por su importante aporte sobre el nivel de bienestar real del paciente.

Se recomienda a los familiares, amigos y cuidadores capacitarse en tema de conocimiento acerca de la patología para comprender el impacto que provoca en quienes padecen la enfermedad, para así poder educar, fomentar y aplicar las medidas necesarias que contribuyan al mejoramiento de la calidad de vida del paciente con artritis reumatoide.

Se recomienda al Ministerio de Salud Pública y al Hospital General Isidro Ayora de Loja, implementar nuevas directrices de salud enfocadas en preservar la habilidad funcional, el bienestar psicosocial y en beneficiar a los pacientes con la mayoría de las opciones terapéuticas disponibles ya que son recursos necesarios para mejorar la sobrevida y calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide.

Se recomienda emplear como referente la presente investigación para desarrollar nuevas investigaciones enfocadas en temáticas relacionadas.

10 Referencias Bibliográficas

Alperi-López, M. (2014). Artritis como inicio de una enfermedad autoinmune sistémica. En S. E. Reumatología, & I. Rúa-Figueroa (Ed.), Manual SER de diagnóstico y tratammiento de enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (Vol. Primera, pág. 82). Madrid, España: Elsevier.

Ballina-García, F. (2014). Manifestaciones clínicas y complicaciones de la artritis reumatoide establecida. En S. E. Reumatología, & M. Alperi (Ed.), Manual SER de enfermedades reumáticas (Sexta ed., págs. 217- 238). Madrid, España: Elsevier.

Ballina-García, J. (2008). Medición de la calidad de vida en la artritis reumatoide. Revista Española de Reumatología a Reumatología Clínica, 56-64.

Berdardelo, S. (2015). Estudio de la capacidad funcional en pacientes adultos con artritis reumatoidea que asisten al servicio de kinesiología del hospital Escuela de Agudos Dr. Ramón Madariaga . Posadas, Misiones.

Cruz, Y., Montero, N., Salazar, R., & Villacís, R. (2 de Noviembre de 2017). Calidad de vida en pacientes ecuatorianos con artritis reumatoide: un estudio transversal. Reumatología Clínica, 5-9. Obtenido de http://www.reumatologiaclinica.org/es/calidad-vida-pacientes-ecuatorianos-con/avance/S1699258X1730236X/

Duró, J. (2010). Artritis Reumatoide. En J. C. Duró Pujol, Reumatología Clínica (págs. 117-158). Barcelona: Elsevier.

Espinosa, D., Hernández, M., & Cerdán, M. (2017). Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide. Atención Familiar, XXIV(3), 67-71.

García, L. (2014). Avances en artritis reumatoide. An. Real Acad. Farm., LXXX(1), 126-150.

Giraldo, C., & Franco, M. (2008). Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. Avances en enfermería, 43-58.

Gómez, O. (2014). Calidad de vida y Nivel de salud percibido en personas con artritis reumatoide. Bogotá. Obtenido de http://bdigital.unal.edu.co/46511/1/539436.2014.pdf

Kasper, D., Fauci, A., Hauser, S., Dan Longo, J., Jameson, L., & Loscalzo, J. (2015). Harrison. Principios de Medicina Interna. México D.F: McGrawHill.

Kelh, L., Der Fer, T., & Henderson, K. (2015). Manual de Whashingtong de Especialidades Clinicas Reumatología (Segunda ed.). Wolters Kluwer Health.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Guía de Práctica Clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la Artritis Reumatoide. Guía de Práctica Clínica.

MSP. (2014). Artritis Reumatoide. Guía Clínica AUGE MINSAL, 12-89.

MSP Ecuador. (2016). Artritis Reumatoidea. En Guía de Práctica Clínica (Primera ed.). Quito: Dirección Nacional de Normatización-MSP.

Muñetón, G., & Quintana, G. (2015). Epidemiología de la Artritis Reumatoidea. Revista Colombiana de Reumatología, XXIII(3), 145-147.

Naranjo, M. (2017). Calidad de vida y capacidad funcional en relación de años de evolución de enfermedad en pacientes en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Artritis de la cuidad de Quito. Quito. Obtenido de http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/13284?show=full

Norton, S., Scott, D., Deighton, C., Symmons, D., Wailoo, A., & Verstappen, S. (2014). Health Assessment Questionnaire disability progression in early rheumatoid arthritis: Systematic review and analysis of two inception cohorts. Seminarios en Artritis y Reumatismo, XLIV(2), 131-144.

Pablos- Álvarez, J. (2014). Fisiopatología de la artritis reumatoide. En S. E. Reumatología, & M. Alperi (Ed.), Manual SER de diagnóstico y tratamiento de las enfermedades reumáticas autoinmunes sistémicas (Sexta ed., págs. 217-222). Madrid, España: Elsevier.

Prada, D., Hernández, C., Gómez, J., Armenteros, R., & Molinero, C. (2015). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. Revista Cubana de Reumatología, XVII(1), 48-60.

Robles, A., Rubio, B., De la Rosa, E., & Nava, A. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. El residente, 120-125.

Vélez, H., Rojas, W., Borrero, J., & Restrepo, J. (2012). Fundametos de Medicina Reumatología (Séptima ed.). CIB.

11 Anexos

11.1 Anexo 1

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
ÁREA DE SALUD HUMANA
MEDICINA HUMANA

Consentimiento informado

Usted ha sido invitado/a participar en una Investigación sobre "Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide que acuden al Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo Agosto-Diciembre de 2018".

Este Trabajo de Investigación es para la obtención del título de "Médico General", es realizado por Ana Cristina Cuenca Solórzano, estudiante de la carrera de Medicina Humana en la Universidad Nacional de Loja.

El propósito de esta investigación es determinar la calidad de vida y capacidad funcional de pacientes con Artritis Reumatoide que acuden al Hospital Isidro Ayora de Loja en el periodo Agosto-Diciembre de 2018".

Yo,_____con N° de cédula:_____ acepto participar voluntariamente en el trabajo de investigación; el cual servirá para determinar la calidad de vida como paciente que padece artritis reumatoide.

Toda la información que se obtenga a través de este cuestionario será usada por el investigador responsablemente con la finalidad de elaborar un trabajo de investigación.

Se garantiza el anonimato y la confidencialidad plena de la información obtenida. Habiendo sido informado en forma adecuada sobre los objetivos del estudio, acepto y firmo este documento.

_____de _____ del 2018

_____
Firma

Información del paciente

Edad: _____	**Sexo:**	Masculino ( )	Femenino ( )	
Ocupación: _____				
Escolaridad:	Primaria	( )	Terciaria	( )
	Secundaria	( )	Ninguna	( )
¿Vive solo/a?:	SI ( )			
	NO ( )			
Comorbilidades/ ¿Tiene otra enfermedad?	SI ( )	**¿Cuál/les?_____**		
	NO ( )	_____		
Año de diagnóstico de la enfermedad:_____				
¿A adquirido alguna prótesis articular?				
SI ( )				
NO ( )				

11.2 Anexo 2

Quality of life – Rheumatoid Arthritis (QoL-RA)

Calidad de vida en Artritis Reumatoidea. (Versión española)

La presente versión en español del instrumento validado por Danao, Padilla y Jonson; permite valorar la calidad de vida de los pacientes con AR.

Por favor señale la respuesta que mejor describa su condición.

1. **Si Ud. Considera sólo sus habilidades físicas, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?**

Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente

2. **Si Ud. Sólo considera la ayuda que le han dado su familia y sus amistades, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?**

Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente

3. **Si Ud. Sólo considera su dolor artrítico, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?**

Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente

4. **Si Ud. Sólo considera su nivel de tensión nerviosa, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?**

Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente

5. **Si Ud. Sólo considera su salud, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?**

Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente

6. **Si Ud. Sólo considera su artritis, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?**

Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente

7. **Si Ud. Sólo considera su nivel de interacción entre Ud y su familia y amigos/as, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?**

Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente

8. **Si Ud. Sólo considera su estado de ánimo, ¿diría que su "CALIDAD DE VIDA" es?**

Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente

11.3 Anexo 3

Cuestionario de capacidad funcional (HAQ)

La presente versión en español validada en la Ciudad de México por Cardiel, permite de una forma más detallada y objetiva las discapacidades producidas por la AR.

Me interesa conocer de qué manera su enfermedad afecta su capacidad para realizar las actividades de la vida diaria. Por favor marque con una **X** la respuesta que mejor describa su condición.

	Durante la última semana, ¿ha sido usted capaz de...	**SIN DIFICULTAD**	**CON ALGUNA DIFICULTAD**	**CON MUCHA DIFICULTAD**	**INCAPAZ DE HACERLO**
Vestirse y asearse	1.¿Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?				
	2. ¿Enjabonarse la cabeza?				
Levantarse	3. ¿Levantarse de una silla sin brazos?				
	4. ¿Acostarse y levantarse de la cama?				
Comer	5. ¿Cortar un filete de carne?				
	6. ¿Abrir un cartón de leche nuevo?				
	7. ¿Servirse la bebida?				
Caminar	8. ¿Caminar fuera de casa por un terreno llano?				
	9. ¿Subir cinco escalones?				
Higiene	10. ¿Lavarse y secarse todo el cuerpo?				
	11. ¿Sentarse y levantarse del retrete?				
	12. ¿Ducharse?				
Alcanzar	13. ¿Coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?				
	14. ¿Agacharse y recoger ropa del suelo?				
Pre nsi ón	15. ¿Abrir la puerta de un coche?				

	16. ¿Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?				
	17. ¿Abrir y cerrar los grifos?				
Otras	18. ¿Hacer los recados y las compras?				
	19. ¿Entrar y salir de un coche?				
	20. ¿Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?				

* Señale con una **X** para qué actividades necesita la ayuda de otra persona:

☐ Vestirse, asearse

☐ Levantarse

☐ Comer

☐ Caminar, pasear

☐ Higiene personal

☐ Alcanzar

☐ Abrir y cerrar cosas (prensión)

☐ Recados y tareas de casa

* Señale con una **X** si utiliza alguno de estos utensilios habitualmente:

☐ Cubiertos de mango ancho

☐ Bastón, muletas, andador o silla de ruedas

☐ Asiento o barra especial para el baño

☐ Asiento alto para el retrete

☐ Abridor para tarros previamente abiertos

12 Anexo 4

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCION CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0150 D-CMH-FS-UNL

PARA: Srta. Ana Cristina Cuenca Solórzano.
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustàn
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 21 de Mayo de 2018

ASUNTO: APROBACIÓN DEL TEMA DE TESIS

En atención a su comunicación presentada en esta Direccion, me permito comunicarle que luego del análisis respectivo **se aprueba** su tema de trabajo de tesis denominado: **"CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE ACUDEN AL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA"** por consiguiente deberá continuar con el desarrollo del mismo.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Universidad Nacional de Loja
Coordinacion Carrera de Medicina

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustàn.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL
C.c.- Archivo

13 Anexo 5

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro. 451 CCM-ASH-UNL

PARA: Srta. Ana Cristina Cuenca Solórzano
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 02 de julio de 2018

ASUNTO: **INFORME DE PERTINENCIA**

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, **"CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUE ACUDEN AL HOSPITAL ISIDRO AYORA DE LOJA",** de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por la **Dra. Gabriela Chacón Valdiviezo.** Docente de la Carrera, luego de haber revisado y corregido su contenido, declaro que es coherente y está organizado**, su tema es pertinente técnica y socialmente**, por lo que puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA.

C.c.- Archivo
Bcastillo

14 Anexo 6

MINISTERIO DE SALUD

EL GOBIERNO DE TODOS

Hospital General Isidro Ayora
Dirección Asistencial

Memorando Nro. MSP-CZ7-HIAL-DIRA-2018-2191-M

Loja, 20 de julio de 2018

PARA: Sra. Dra Elvia Raquel Ruiz Bustan

ASUNTO: Respuesta autorización desarrollo de Trabajo de Investigación a la Srta. Ana Cristina Cuenca Solórzano

De mi consideración:

Por medio del presente y en atención a memorando nro. MSP-CZ7-HIAL-UAU-2018-0796-E, hago conocer a usted lo manifestado por Dra. Dora Ruilova D., Subdirectora de docencia de este hospital, respecto a su petición.

Dando contestación a lo solicitado por Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Directora de la Carrera de Medicina de la Facultad de la Salud Humana de la UNL, SE AUTORIZA el desarrollo del Trabajo de Investigación a la Srta. Ana Cristina Cuenca Solórzano, para lo cual la estudiante debe abordar a los pacientes de 8h00 a 13h00 de lunes a viernes, pidiéndoles el debido consentimiento y/o autorización.

En respuesta al Documento No. MSP-CZ7-HIAL-UAU-2018-0796-E

Adjunto Oficio N°489 CCM-FSH-UNL suscrito por la Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Directora de la Carrera de Medicina de la Facultad de la Salud Humana de la UNL, solicitando autorización para el desarrollo del Trabajo de Investigación a la Srta. Ana Cristina Cuenca Solórzano. Sin Adjuntos

Con sentimientos de distinguida consideración.

firmado electrónicamente por:
JAVIER LEONARDO CARDENAS SANCHEZ

Dr. Javier Leonardo Cardenas Sanchez
DIRECTOR ASISTENCIAL DEL HOSPITAL GENERAL "ISIDRO AYORA" (E)

15 Anexo 7

Unidad Educativa "Lauro Damerval Ayora"
Educando para la vida

Loja, 8 de Julio de 2020

Lic. Susana España Minga
DOCENTE DE INGLES DE LA UNIDAD EDUCATIVA
"LAURO DAMERVAL AYORA" DE LOJA

CERTIFICA:

Que, el documento elaborado es fiel traducción del resumen de Tesis titulado **"Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide que acuden al Hospital Isidro Ayora de Loja"** de autoría de la Srta. **Ana Cristina Cuenca Solórzano,** con cédula de identidad **1150392593,** egresada de la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Atentamente,

Lic. Susana España M
ENGLISH - TEACHER

Lic. Susana España Minga
DOCENTE DE INGLES

Av. Benjamín Carrión 21-179 y Pablo Palacios. Telefax: 072546303. Loja – Ecuador.
Email: damervalayora1@hotmail.com - 11d01h00080@gmail.com