



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

TÍTULO

**“Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en el  
centro de salud Hugo Guillermo González de Loja”**

**Tesis previa a la obtención del  
título de Médico General**

**AUTOR:** Darwin Leonardo Ordoñez Aguirre

**DIRECTOR:** Dr. Edgar Augusto Guamán Guerrero, Esp.

LOJA-ECUADOR

2021

## Certificación

Loja, 26 de julio de 2021

Dr. Edgar Augusto Guamán, Esp.

**DIRECTOR DE TESIS**

CERTIFICA:

Haber dirigido, orientado y discutido, en todas sus partes el desarrollo de la tesis titulada **“Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en centro de salud Hugo Guillermo González de Loja”**, de autoría del estudiante Darwin Leonardo Ordoñez Aguirre, la misma que cumple con todos los requisitos de fondo, forma y requerimientos académicos estipulados por la Universidad Nacional de Loja, Facultad de la Salud Humana y la carrera de Medicina Humana, la misma que se ha llevado a cabo de acuerdo a lo establecido en el correspondiente cronograma por lo cual autorizo su presentación y posterior sustentación pública.



Firmado electrónicamente por:  
**EDGAR AUGUSTO  
GUAMAN GUERRERO**

.....  
Dr. Edgar Augusto Guamán Guerrero, Esp.

**DIRECTOR DE TESIS**

### **Autoría**

Yo, Darwin Leonardo Ordoñez Aguirre declaro ser autor del presente trabajo de tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales por el contenido de la misma. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi tesis en el Repositorio Digital Institucional - Biblioteca Virtual.

**Firma:** .....

**Cédula:** 1105817413

**Fecha:** 26 de julio de 2021

## Carta de autorización

Yo, Darwin Leonardo Ordoñez Aguirre, autor de la tesis titulada: “**Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en centro de salud Hugo Guillermo González de Loja**”, autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

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

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 veintiséis días del mes de julio del dos mil veintiuno, firma el autor.

Loja 26 de julio de 2021

**Autor:** Darwin Leonardo Ordoñez Aguirre

**Cédula:** 1105817413

Correo Electrónico: darwin.ordonez@unl.edu.ec

Teléfono convencional :2583812

Celular: 0989307162

### **DATOS COMPLEMENTARIOS:**

**Director de Tesis:** Dr. Edgar Augusto Guamán Guerrero, Esp.

**Tribunal de Grado:**

**Presidente:** Dr. Miguel Antonio Marín Gómez, Mg. Sc.

**Vocal:** Dra. Fabiola María Barba Tapia, Mg. Sc.

**Vocal:** Dra. Claudia Sofía Jaramillo Luzuriaga, Mg. Sc.

## **Dedicatoria**

A mi madre, que soñó con verme triunfar, aunque ahora no está conmigo he logrado cumplir uno de sus más grandes sueños.

A mi familia y amigos, que me han apoyado siempre y me han dado fuerzas y motivación para seguir siempre hacia adelante.

A mis maestros, que año tras año impartieron su conocimiento y valores que me han ayudado a crecer en ámbito profesional, personal y espiritual.

*Darwin Leonardo Ordoñez Aguirre*

## **Agradecimiento**

Quiero brindar mi más sincero agradecimiento a cada persona que formo parte de esta investigación.

Este trabajo de investigación no hubiese sido posible sin la ayuda de la Dra. Elvia Ruiz, ya que con su experiencia y conocimiento me ha guiado a la conclusión exitosa del mismo.

Además, quiero agradecer a mi director de tesis Dr. Edgar Guamán, que me supo dirigir de buena manera, impartiendo sus conocimientos y enseñanzas para la conclusión de este trabajo de investigación.

Quiero expresar mi sincero sentimiento de gratitud tanto mis familiares y amigos, por ser un pilar fundamental para lograr la superación de cada uno de los obstáculos en este proceso investigativo.

A la cálida acogida que me brindó cada una de las personas que formaron parte de la muestra de mi estudio, quienes constituyeron, sin duda, parte fundamental en este trabajo.

Además, expreso mi más sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, en especial a todos aquellos que conforman la Facultad de la Salud Humana, ya que gracias a ellos se forman cada día grandes profesionales con buenos valores humanos.

*Darwin Leonardo Ordoñez Aguirre*

## Índice

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría.....	iii
Carta de autorización.....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice.....	vii
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
Abstract.....	3
3. Introducción.....	4
4. Revisión de la literatura.....	6
4.1. Artritis reumatoide.....	6
4.1.1. Definición de artritis reumatoide.....	6
4.1.2. Epidemiología.....	6
4.1.3. Factores de riesgo.....	6
4.1.4. Diagnóstico.....	7
4.1.5. Clasificación de la artritis reumatoide.....	8
4.1.6. Manifestaciones clínicas.....	8
4.1.7. Tratamiento de la artritis reumatoide.....	9
4.2. Evolución de la artritis reumatoide.....	10
4.2.1. Generalidades.....	10
4.2.2. Formas de evolución.....	10
4.3. Calidad de vida.....	11
4.3.1. Aproximación histórica.....	11
4.3.2. Salud y calidad de vida.....	13
5. Materiales y Métodos.....	17
6. Resultados.....	19
7. Discusión.....	25
8. Conclusiones.....	28

9. Recomendaciones.....	29
10. Bibliografía.....	30
11. Anexos.....	32
11.1. Anexo 1: Consentimiento informado.....	32
11.2. Anexo 2. Cuestionario de encuesta sobre la Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea” (QoL-RA) .....	34
11.3. Anexo 3. Autorización del tema.....	36
11.4. Anexo 4. Oficio a la zonal 7.....	37
11.5. Anexo 5. Aprobación de la Zonal 7.....	38
11.6. Anexo 6. Proyecto de tesis.....	39
11.7. Anexo7. Traducción certificada.....	69



## **1. Título**

“Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en el centro de salud Hugo Guillermo González de Loja”

## 2. Resumen

Se realizó un estudio de tipo descriptivo observacional, de corte transversal en 81 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide en el centro de salud Hugo Guillermo González de Loja. En el presente estudio se encontró una prevalencia de 0,20% la misma que está por debajo de valores de prevalencia en relación con estudios a nivel mundial y local. En el presente estudio el tiempo de diagnóstico de la enfermedad varía entre 1 y 9 años con un porcentaje de 46% el cual se asemeja a estudios realizados en Europa y Latinoamérica. Se determinó la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide acorde a los criterios del Colegio Americano de Reumatología. La medición de la calidad de vida se hizo mediante la versión española del cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis (QoL-RA) de Danao, Padilla y año 2001. En el presente estudio se observó una buena calidad de vida general con una media de la escala total de (7,03); siendo 10 el máximo valor, y 1 el mínimo. Por otro lado, analizando los valores de las subescalas, podemos afirmar que el puntaje más alto corresponde a la interacción social (haciendo referencia a las relaciones con familiares y amigos) (8,76), seguido por la ayuda o apoyo social (demostrando la poca ayuda que los pacientes necesitan para realizar las tareas cotidianas) (7,30). Por el otro lado, los puntajes más bajos correspondieron a dolor (5,34) y a tensión nerviosa (6,17). Se comparó estos resultados con estudios a nivel local y mundial dando resultados similares.

**Palabras clave:** Artritis Reumatoide (AR), Calidad de vida, cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis (QoL-RA)

## 2. Abstract

A descriptive, observational, cross-sectional study was carried out in 81 patients with a diagnosis of Rheumatoid Arthritis in the health center Hugo Guillermo González in Loja. In the present study, a prevalence of 0.20% was found, which is below prevalence values in relation to studies at a global and local level. In the present study, the time of diagnosis of the disease varies between 1 and 9 years with a percentage of 46% which is similar to studies carried out in Europe and Latin America. Quality of life was determined in patients diagnosed with Rheumatoid Arthritis according to the criteria of the American College of Rheumatology. Quality of life was measured using the Spanish version of the Quality of Life in Arthritis (QoL-RA) questionnaire by Danao, Padilla and 2001. In the present study, a good general quality of life was observed with a mean of the total scale of (7.03); where 10 is the maximum value, and 1 is the minimum. On the other hand, analyzing the values of the subscales, we can affirm that the highest score corresponds to social interaction (referring to relationships with family and friends) (8.76), followed by help or social support (demonstrating the little help that patients need to carry out daily tasks) (7,30). On the other hand, the lowest scores corresponded to pain (5.34) and nervous tension (6.17). These results were compared with studies at the local and global level giving similar results.

**Keywords:** Rheumatoid Arthritis (RA), Quality of life, Quality of Life in Arthritis questionnaire (QoL-RA)

### 3. Introducción

La Artritis Reumatoide es una enfermedad crónica, autoinmune que afecta de manera circunstancial la calidad de vida del paciente, originando un costo económico y social muy importante. Un 60 a 90% de las personas que sufren de esta enfermedad tienen una evolución crónica persistente con deterioro progresivo la prevalencia global es de 0.5 al 1%.(Prada et al., 2015)

La Artritis reumatoide ataca a ambos sexos, pero es más frecuente en la mujer en proporción de 3 a 1; sin embargo, luego de los 60 a 65 años esta proporción tiende a igualarse. Es un problema de salud mundial que ataca a todas las razas, se presenta en todos los climas.(Sociedad Ecuatoriana de Reumatología, 2019)

Un estudio en Cuba sobre calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide nos dio como resultados que predominó el sexo femenino con una edad media de presentación de 56.3 años. La mayor calidad de vida se observó en las sub-escalas ayuda, interacción, estado de ánimo y tensión nerviosa. Las sub-escalas que más afectaron la calidad de vida fueron artritis, salud personal y dolor. Existió una relación estrecha entre la calidad de vida relacionada con la salud, la actividad clínica y la capacidad funcional, según los valores del coeficiente de correlación de Pearson (Prada et al., 2015)

En México se realizó un estudio de calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, se incluyeron 217 pacientes, el género predominante fue femenino (92%), con una edad media de 55 años. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de alrededor de siete años; 100% de la población tuvo tratamiento a base de fármacos modificadores de la enfermedad. La calidad de vida por QoL-RA fue buena para la mayoría (7.3), con el puntaje más alto en apoyo (8.4) y el menor en tensión nerviosa (6.6). En general se encontró discapacidad leve (0.77), con mayor afectación en alcanzar objetos (1.35) y menor en vestirse y asearse (0.34). Mediante el coeficiente de correlación de Pearson se observó que las actividades cotidianas se ven relacionadas negativamente con la presencia de dolor y artritis y se llegó a la conclusión que los pacientes con artritis reumatoide adscritos a l unidad de medicina familiar no. 66 de Xalapa, Veracruz, México, de febrero a noviembre de 2015; presentaron buena calidad de vida y discapacidad leve, con una correlación negativa entre ambas variables.(Espinosa Balderas, et al., 2018)

En Ecuador en el 2017 se realizó un estudio descriptivo transversal que evaluó la calidad de vida relacionada con la salud, con la versión en español del instrumento Quality of Life–Rheumatoid Arthritis (QoL-RA) en pacientes con diagnóstico de AR según los criterios del

Colegio Estadounidense de Reumatología y de la Liga Europea Contra el Reumatismo. Los pacientes evaluados tuvieron una calidad de vida relacionada con la salud de buena a moderada. Los dominios relacionados con soporte y vida social fueron los mejor puntuados y los más bajos los relacionados con dolor y tensión nerviosa. La funcionalidad, la duración y la actividad de la enfermedad estuvieron estadísticamente asociadas a la CVRS. (Cruz-Castillo et al., 2017)

Un factor problemático en nuestro país y ciudad es que la AR no se diagnostica precozmente, ya sea por la falta de información, el desinterés, como también por falsos diagnósticos los cuales reciben tratamientos continuos innecesarios que retrasan un manejo adecuado de la enfermedad y pueden modificar su curso.

Frente a la problemática presentada se plantea la siguiente pregunta. ¿Cuál es la prevalencia de artritis reumatoide y su incidencia en la calidad de vida en el centro de salud Hugo Guillermo González del, periodo agosto 2019- febrero 2020?

Con el fin de dar respuesta pregunta de investigación, se plantean los siguientes objetivos. Como objetivo general se plantea determinar la prevalencia de artritis reumatoide y su incidencia en la calidad de vida en el centro de salud Hugo Guillermo González del periodo agosto 2019- febrero 2020

Como objetivos específicos se ha planteo. Determinar la prevalencia de pacientes con artritis reumatoide en el centro de salud Hugo Guillermo González por edad y por género en el periodo agosto 2019- febrero 2020. Establecer el tiempo de diagnóstico y evolución de la artritis reumatoide en el grupo de pacientes con artritis reumatoide en salud Hugo Guillermo González. Determinar la calidad de vida que tienen los pacientes con artritis reumatoide en el centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja con el cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea” (qol-RA)

## 4. Revisión de literatura

### 4.1 Artritis reumatoide

**4.1.1. Definición de artritis reumatoide.** La Artritis Reumatoide es una enfermedad autoinmune crónica caracterizada por poliartritis inflamatoria sistémica, destructiva y progresiva, impulsada por la desregulación del sistema inmune. El compromiso progresivo articular y extraarticular, acaba provocando deformidad, incapacidad funcional y afecta la calidad de vida, el órgano blanco es la membrana sinovial y a la larga produce destrucción de las articulaciones con pérdida del movimiento de las mismas.(Sociedad Ecuatoriana de Reumatología, 2019)

**4.1.2. Epidemiología.** La prevalencia global de la artritis reumatoide se sitúa entre el 0,5%-1% en población adulta. Debido a su naturaleza seriamente debilitante, especialmente en escenarios avanzados, la carga de la enfermedad es considerable en términos económicos y de la salud del gasto.(Sociedad Española de Reumatología, 2019)

La interacción de factores genéticos y ambientales da como resultado una cascada de reacciones inmunes, que en última instancia conducen al desarrollo de sinovitis, daños articulares, y daño estructural de los huesos. Estos, a su vez, conducen al dolor, discapacidad y problemas emocionales, sociales y económicos. Un gran número de manifestaciones extraarticulares y comorbilidades están presentes en los pacientes con AR, que conllevan a un aumento de la mortalidad.(Sociedad Española de Reumatología, 2019)

En España realizado por Carmona, en el proyecto EPISER, el cual es acerca de la Prevalencia e Impacto de las Enfermedades Reumáticas en la población adulta española, se estima que existe una prevalencia de artritis reumatoide, en personas mayores de 18 años, del 0,5%. Esta prevalencia varía de un 0,2% en hombres a un 0,8% en mujeres, con un pico de frecuencia entre los 40-60 años.(Carmona et al., 2015)

Refiriéndonos a nuestro país, en estudios realizados en hospitales de Quito y en Guayaquil por Vargas y colaboradores, se ha podido determinar que la Artritis Reumatoide afecta principalmente a las mujeres, con una relación de 6,4 mujeres por cada hombre que padece la enfermedad. En cuanto a los grupos etarios, la edad promedio fue de 53.6 años, con una edad mínima temprana de 23 años. El promedio de tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 2 años.(Vargas et al., 2015)

**4.1.3. Factores de riesgo.** Existen distintos factores ambientales implicados en la patogenia de la artritis reumatoide, aunque es el tabaco el factor más ampliamente estudiado y reconocido. El tabaquismo está asociado a un incremento del riesgo de artritis reumatoide

seropositiva. Los estudios ponen de manifiesto que el consumo de tabaco puede influir en la expresión clínica de la enfermedad, determinar un curso evolutivo más grave y una mayor destrucción articular, aunque no todos los estudios son concordantes (Arnson, 2015).

**4.1.3.1. Sexo.** La artritis reumatoide es una enfermedad que tiene mayor prevalencia en el sexo femenino que en el masculino. Como lo demuestran estudios en Chile en los cuales se evidencia una relación femenino- masculino de 7 a 1 y en Estados Unidos una relación de 3 a 1. Lo que obliga a considerar el posible papel hormonal en la susceptibilidad a la enfermedad.(Chile, 2015)

**4.1.3.2. Edad.** La Artritis es una enfermedad que afecta a todos los grupos etarios, sin embargo investigaciones demuestran que su prevalencia aumenta en personas mayores de 65 años en los cuales la prevalencia incrementa a un 4 a 6 %, en relación con una prevalencia más baja en la población general.(Armas Rodríguez et al., 2019)

**4.1.3.3. Consumo de tabaco.** El consumo de tabaco ha sido señalado como un factor de riesgo ambiental para el desarrollo de la AR (Arnson,2015).

**4.1.4. Diagnóstico.** La artritis reumatoide tiene una forma de inicio sumamente variable, aunque algunos patrones de comienzo son más o menos característicos.(Jurado et al., 2015)

Existen dos aspectos fundamentales en el diagnóstico de la artritis reumatoide: el diagnóstico temprano en su fase inicial y el diagnóstico una vez que está establecida la enfermedad. Se basa en la anamnesis de la historia clínica y la exploración para evidenciar sinovitis presente al menos durante 6 semanas, el ritmo del dolor (inflamación o dolor mecánico), simetría de la afección articular, mejoría parcial con AINEs y el estudio de las articulaciones afectadas, además a esto se debe asociar un estudio analítico y radiográfico.(Prada et al., 2015)

**4.1.4.1. Diagnóstico de la artritis reumatoide establecida.** Para establecer el diagnóstico se utiliza los criterios del American College of Rheumatology de 1987 .

Estos criterios tienen una sensibilidad de 91% a 94%, y una especificidad de 89%. Si bien pueden ser útiles y estar presentes en ausencia aun de enfermedad erosiva y deformante, se debe insistir que no son absolutos. Más aun, se ha estimado que hasta un 15 % de pacientes con artritis persistente no cumplen con los criterios de clasificación, incluso luego de 2 años de seguimiento.(Colegio Americano de Reumatología, 2016)

Para afirmar que un paciente tiene una Artritis Reumatoide, debe cumplir con al menos 4 de los 7 criterios que se describen a continuación, en un período de al menos 6 semanas de evolución

1. Rigidez matutina de una duración mínima de 1 hora.
2. Tumefacción observada por un médico, de 3 ó más articulaciones simultáneamente.
3. Tumefacción de carpo, articulaciones metacarpofalángicas o interfalángicas proximales, observada por un médico.
4. Tumefacción articular simétrica, observada por un médico.
5. Cambios radiológicos típicos en manos. Deben incluir erosiones o descalcificaciones inequívocas.
6. Nódulos reumatoides.
7. Factor reumatoide sérico. Por un método que sea positivo en menos del 5% de los controles normales.

**4.1.5. Clasificación de la artritis reumatoide.** .En septiembre de 2010 se publican simultáneamente en *Annals of Rheumatic Diseases* y *Arthritis and Rheumatism* los nuevos criterios de clasificación para la artritis reumatoide (AR), como conclusión del esfuerzo conjunto realizado por la EULAR y el ACR con el fin de mejorar los criterios de clasificación utilizados hasta ahora.(Riedemann et al., 2015)

Estos nuevos criterios tienen un objetivo muy claro, mejorar la clasificación de la AR de corta evolución, de manera que se pueda establecer un tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) lo antes posible. Como segundo objetivo, establecen la definición de caso para poder llevar a cabo ensayos terapéuticos en pacientes con AR de corta evolución.(Riedemann et al., 2015)

Conjunto de variables y puntuación de cada una de las variables para el cómputo global. Un paciente será clasificado de AR si la suma total es igual o superior a 6.

**4.1.5.1. Afectación articular.** 1 articulación grande afectada: 0; 2-10 articulaciones grandes afectadas: 1; 1-3 articulaciones pequeñas afectadas: 2; 4-10 articulaciones pequeñas afectadas: 3; > 10 articulaciones pequeñas afectadas: 5

**4.1.5.2. Serología.** FR y ACPA negativos: 0; FR y/o ACPA positivos bajos (< 3 VN): 2; FR y/o ACPA positivos alto (> 3 VN): 3

**4.1.5.3. Reactantes de fase aguda.** VSG y PCR normales: 0; VSG y/o PCR elevadas: 1

**4.1.5.4. Duración.** < 6 semanas: 0; ≥ 6 semanas: 1

**4.1.6. Manifestaciones clínicas.** La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica, cuyas manifestaciones clínicas se clasifican en articulares y extraarticulares. Dentro de las manifestaciones articulares, se presenta como una poliartritis de pequeñas articulaciones, que va progresando hasta afectar a las grandes articulaciones. (Riedemann et al., 2015)



**4.1.6.1. Manifestaciones articulares.** Las manifestaciones básicas de la enfermedad se caracterizan por dolor y tumefacción, deformación y limitación funcional. Alrededor del 65% de los pacientes comienzan con síntomas como astenia y dolor músculo-esquelético, hasta que se evidencia la sinovitis.(Jurado et al., 2015)

**4.1.6.2. Síntomas y signos articulares.** Inicialmente el dolor, la tumefacción y la sensibilidad pueden no estar específicamente localizados en las articulaciones. La manifestación más frecuente de la AR establecida es el dolor en las articulaciones afectadas, que se agrava con el movimiento. Este dolor tiene un patrón correspondiente a la afectación articular, aunque no siempre se correlaciona con el grado de inflamación. (Armas Rodríguez et al., 2019)

La rigidez generalizada es habitualmente mayor tras los períodos de inactividad. La rigidez matutina superior a una hora de duración es una característica casi invariable de artritis inflamatoria y sirve para distinguir esta afectación de los diferentes trastornos articulares de carácter no inflamatorio. La duración e intensidad de la rigidez.(Armas Rodríguez et al., 2019)

**4.1.6.3. Manifestaciones extraarticulares.** Nódulos reumatoides: aparecen en el 20 al 30% de los pacientes con AR. Habitualmente surgen sobre estructuras periarticulares, superficies extensoras u otras zonas sujetas a presión mecánica. Casi de forma invariable aparecen en pacientes con factor reumatoide circulante.(Armas Rodríguez et al., 2019)

Vasculitis reumatoide: puede afectar a casi cualquier órgano o sistema, se observa en pacientes con AR grave y títulos elevados de factor reumatoide circulante. Es su forma más agresiva, la vasculitis reumatoide puede causar polineuropatía o mononeuritis múltiple, ulceración cutánea con necrosis dérmica.(Alejandro & Petra, 2019)

**4.1.7. Tratamiento de la artritis reumatoide.** La artritis reumatoide es una enfermedad crónica con causas y mecanismos de producción complejos y no suficientemente conocidos, por lo cual no es de extrañar que su tratamiento sea igualmente complejo y prolongado (Jurado,2015).

Lamentablemente, el tratamiento disponible en la actualidad no permite curar la enfermedad, aunque sí permite aliviar de manera notable la intensidad de las manifestaciones, reducir, o incluso frenar la actividad inflamatoria y prevenir las secuelas de las fases avanzadas .(Armas Rodríguez et al., 2019)

El tratamiento consiste básicamente en la combinación de una terapia no farmacológica y una terapia farmacológica. De forma complementaria, a veces se recurre a la cirugía, por

ejemplo para reconstruir un tejido afectado o para reemplazar una articulación por una prótesis (Jurado, 2015).

## **4.2. Evolución de la artritis reumatoide**

**4.2.1. Generalidades.** La artritis reumatoide sigue habitualmente un curso crónico, y si no se trata de forma precoz y oportuna puede ocasionar un notable deterioro de la capacidad física y de la calidad de vida del afectado; además, se asocia a un posible acortamiento de la vida.(Alutiz, 2017)

La AR es la principal enfermedad musculoesquelética capaz de producir un grado importante de incapacidad funcional. Si la dolencia sigue su evolución natural sin que se aplique tratamiento, a los 10 años del inicio alrededor del 50% de los afectados no están en condiciones de mantener un trabajo a tiempo completo. Y en las fases más avanzadas de la enfermedad, si no se instaura el debido tratamiento, alrededor del 10% tienen dificultades para llevar a cabo actividades cotidianas como lavarse, vestirse y comer.

Según datos estadísticos, la esperanza de vida en las personas con AR se reduce, globalmente, entre tres y siete años, siendo las principales causas de fallecimiento las mismas que las de la población general: las enfermedades cardiovasculares, las infecciones y el cáncer.(Alutiz, 2017)

Cabe destacar que estos datos se han generado en épocas en las que no se contaba con las nuevas opciones terapéuticas disponibles en la actualidad y cuando era más habitual que no se procediera al tratamiento oportuno en las fases iniciales del trastorno.

Por fortuna, hoy en día, gracias a la disponibilidad de nuevos medicamentos más eficaces y a la mayor frecuencia con que se instaura el tratamiento en las fases iniciales de la enfermedad, se está consiguiendo una mejora notable tanto de la evolución como del pronóstico de la AR.(Alutiz, 2017)

**4.2.2. Formas de evolución.** La Artritis reumatoide (AR) puede evolucionar de forma muy diversa. En estudios sobre la evolución de la enfermedad, realizados con datos correspondientes a miles de personas con AR, se ha comprobado que existen tres formas de evolución principales: aguda, cíclica y progresiva.(Alutiz, 2017)

**4.2.2.1. Artritis reumatoide aguda.** En alrededor del 20% de los casos, la AR se presenta en forma de un único episodio de artritis que puede durar desde unos días hasta unos cuantos meses y se sigue de un período de remisión o ausencia de síntomas de como mínimo un año de duración. Este patrón de evolución es el más favorable.

**4.2.2.2. Artritis reumatoide cíclica.** En aproximadamente el 70% de los casos, la AR evoluciona de forma cíclica, alternándose períodos de exacerbación sintomática, o brotes, que suelen durar unas semanas o meses, con períodos de relativa calma o ausencia total de síntomas. Este patrón de evolución es menos favorable que el anterior, porque suele acompañarse de un deterioro paulatino de la funcionalidad articular y de la calidad de vida

**4.2.2.3. Artritis reumatoide progresiva.** En cerca del 10% de los casos, la AR evoluciona ininterrumpidamente de forma progresiva, es decir, la inflamación articular se mantiene de forma continua. Este patrón de evolución es el que tiene un peor pronóstico, ya que tiende a conducir a un pronto deterioro de la función articular y de la calidad de vida.(Alutiz, 2017)

**4.2.2.4. Otras formas de AR.** En raras ocasiones, la enfermedad adopta otras formas de evolución. Una de ellas es la artritis robusta, que afecta particularmente a varones que desarrollan una intensa actividad física y en la que, a pesar de que existe una intensa actividad inflamatoria articular, no suelen producirse síntomas importantes ni deterioro funcional. También están la artritis reumatoide senil, que se inicia en personas mayores de 70 años de edad y suele tener un buen pronóstico; el reumatismo palindrómico, caracterizado por episodios cíclicos de artritis en una sola articulación, también con buen pronóstico, y la nodulosis reumatoide, en la que la inflamación articular no suele ser notoria ni generar complicaciones, pero en cambio se desarrollan numerosos nódulos reumatoides.(Alutiz, 2017)

### **4.3. Calidad de vida**

**4.3.1. Aproximación histórica.** El término calidad de vida es reciente, aparece hacia 1975 y tiene su gran expansión a lo largo de los años ochenta. Su origen proviene principalmente de la medicina para extenderse rápidamente a la sociología y la psicología, desplazando otros términos más difíciles de operativizar como felicidad y bienestar. Pero aunque el término es reciente, bajo la forma de preocupación individual y social por la mejora de las condiciones de vida, existe desde los comienzos de la historia de la humanidad. Resulta difícil pues, hablar de un enfoque histórico, ya que es más actualidad que historia. Como señala García Riaño (1991), no existen referencias históricas bibliográficas del concepto calidad de vida en sí, de ahí que tengamos que recurrir a sus términos afines (salud, bienestar y felicidad) para hacer un poco de historia. 3 Su desarrollo tiene dos fases claramente delimitadas. La primera de ellas surge con las primeras civilizaciones, se extiende prácticamente hasta finales del siglo XVIII y se preocupa básicamente por la salud

privada y pública. La segunda aparece con el desarrollo de la concepción moderna del estado, y la instauración de una serie de leyes que garantizan los derechos y el bienestar social del ciudadano, proceso extremadamente reciente que converge con la aparición del "estado del bienestar" (Harris, D. 1990), y que algunos (Harris, R. 1989) consideran un fenómeno en vías de autolimitación si no de extinción. (Espinosa Balderas, et al., 2018)

Las civilizaciones egipcia, hebrea, griega y romana crearon la gran tradición occidental de la preocupación por la salud del sujeto, atendiendo bien a los factores de higiene personal y alimenticios, como en Grecia, bien a la ingeniería sanitaria de conducción y eliminación de aguas, como en Roma. La salud era considerada principalmente como la existencia de un espacio público y colectivo en el que la vida social podía desarrollarse sin grandes riesgos. De aquí sus medidas contra ciertas epidemias como la lepra. Más tarde, la tradición clásica se canaliza a través del Imperio Bizantino y se extiende al mundo árabe que la reintroduce de nuevo en Europa. Durante la Edad Media, presidida por el cristianismo, se produjo una reacción, de forma que el desprecio por lo mundano y la "mortificación de la carne" condujo al abandono personal y público, a un cambio de las conductas en relación con la higiene privada y pública, abandonándose las formas más elementales de saneamiento, cerrándose los baños públicos y despreocupándose de la salubridad e higiene de los lugares públicos (Piédrola, 2015).

Probablemente las primeras normas legales acerca de la salud pública aparecen por primera vez en Inglaterra (S.XII), luego en Francia (S.XIII) y finalmente en Alemania y Italia (S.XIV), y están referidas a la contaminación de las aguas, estado de los alimentos en los mercados, alcantarillado, pavimentación y limpieza de las calles (García Riaño D. 1991). No obstante, su alcance fue muy limitado, generalmente de tipo local. Sorprendentemente, ni el Renacimiento ni el largo transcurso de toda la Edad Moderna produjeron cambios sustanciales en la mejora de la salud pública y en el desarrollo de los derechos sociales. (Piédrola, 2015).

Hay que esperar el tardío siglo XVIII y los comienzos del siglo XIX para asistir a una legislación en la que se trata de la regulación del trabajo y del descanso, de la enfermedad y de los accidentes, de la maternidad, de la vejez y de la muerte, emergiendo paulatinamente el área del bienestar social del problema de la simple salud pública. El "Informe Chadwick" (1842) en Inglaterra y el "Informe Shattuk" (1850) en Estados Unidos están considerados como los comienzos de una acepción de la Salud Pública en la que los aspectos de salud y de bienestar social están íntimamente imbricados. En ambos informes se analizan

conjuntamente la salubridad pública, las condiciones de trabajo, la dieta y el sistema alimenticio, la tasa de mortalidad y la esperanza de vida, el sistema de escolarización, el estado de las viviendas y de las ciudades así como las formas de vida de las distintas clases sociales (Piédrola, 1991). El reconocimiento de los derechos humanos y de los derechos de los ciudadanos en los estados del siglo XIX dio lugar a nuevas formas de calidad de vida consistentes en el reconocimiento de la actividad y de la acción individual, de la lucha política y de la libertad de asociación y reunión, de la libertad de creencias, de opiniones y de su libre expresión. El concepto de calidad de vida ganaba así una nueva frontera social y política. A partir de la Segunda Guerra Mundial el establecimiento de las democracias parlamentarias y la instauración de una economía de mercado ha permitido un desarrollo económico sin igual. Si la iniciativa privada ha permitido la generación de importantes capitales personales y familiares, el concepto de justicia social y distributiva y el establecimiento de sistemas fiscales ha permitido la creación de bienes colectivos y públicos para su uso comunitario. (Espinosa Balderas, et al., 2018)

En este contexto la calidad de vida se ha asociado al desarrollo económico, a la instauración de un mercado de consumo y a la adquisición de bienes materiales, privados y públicos. El posible error en esta última fase ha consistido en vincular la calidad de vida al puro desarrollo económico, olvidando los aspectos más cualitativos del concepto (Blanco, A. 1985). Ni la sociedad opulenta y consumista significa calidad de vida, ni el bienestar material y económico coincide con el bienestar subjetivo, la satisfacción con la vida y el sentimiento de felicidad. A lo largo de su desarrollo histórico, el concepto de calidad de vida se ha caracterizado por su continua ampliación. De forma sucinta podría considerarse que si inicialmente consistía en el cuidado de la salud personal, pasa luego a convertirse en la preocupación por la salud e higiene públicas, se extiende posteriormente a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continúa con la capacidad de acceso a los bienes económicos, y finalmente se convierte en la preocupación por la experiencia del sujeto de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud. El concepto deviene así más rico, complejo y también frágil. (Myerscough et al., 2015)

#### **4.3.2. Salud y calidad de vida**

**4.3.2.1 Aspectos generales.** La sensibilidad por la salud es un signo de nuestra época al que acompaña la preocupación por su continua y reiterativa evaluación. Lamentablemente, por regla general nuestra sociedad ha dado más énfasis al concepto de enfermedad (influído por el modelo médico-biológico individual), y ha prestado más atención a la curación que a

la idea de prevención (Camarero Sánchez C., 1982). El resultado ha sido el desarrollo de una altísima tecnología de intervención con unos costes económicos de difícil factura individual y social. Desde esta perspectiva, si se quiere evitar el colapso de los servicios de sanidad se hace imprescindible el desarrollo de una actitud que promocióne la prevención y que se haga más sensible a las dimensiones positivas de la salud. (Piédrola, 2015).

Por su misma naturaleza el concepto de salud no puede describirse ni exclusiva ni predominantemente en términos negativos, como ausencia de enfermedad. Desde su constitución (1946), la OMS ha especificado que la salud "es un estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad" (OMS, 1958); y posteriormente el documento "Salud para todos en el año 2000 " (OMS, 1985) y el Ottawa Charter for Health Promotion (1986) han insistido en la dimensión positiva de la salud.(Kasper et al., 2015)

La definición positiva de la salud presentada por la OMS y su estructura y componente multidimensional obliga a abandonar en su estudio una perspectiva exclusivamente médica, centrada en un modelo biológico individual, y referirse a ella dentro de un marco multidisciplinar. La propuesta de un modelo biopsicosocial cumple en parte esta intención, aunque el desarrollo actual del modelo sea incompleto, en parte fragmentario, y con frecuencia el recurso más a un programa de desarrollo que a un modelo real y actual. La propuesta del modelo biopsicosocial lleva inevitablemente a incardinarse dentro del marco de la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy, 1968) y a tratar de desarrollar el concepto de salud y de enfermedad desde un enfoque necesariamente interdisciplinar.(Alejandro & Petra, 2019)

En este contexto la aportación de disciplinas como la demografía, la sociología y la psicología puede proporcionar elementos importantes. Específico de la psicología puede ser el estudio de sus causas por lo que se refiere a los estilos de vida asociados a la aparición de enfermedad, o el examen de sus mediadores que incluyen: variables cognitivas y sociales (Sarason y cols., 1983), factores ambientales (Cohen y cols., 1980), y estado del sistema inmunológico asociado a variables psicológicas (Biondi,1985). Una parte importante de ella se preocupa de la modificación de la conducta y del desarrollo de programas comportamentales favorecedores de la mejora de salud. (Piédrola, 2015).

El viejo concepto de la salud como equilibrio entre el hombre y su medio ambiente, entre hombre y naturaleza, entre hombre y sociedad, entronca con este mismo concepto interdisciplinar de salud. Por otra parte, si como proponen Schwartz y Schwartz (1983) el término salud mental tiene una amplitud que engloba la totalidad del comportamiento

humano, el énfasis dado a la salud en el estudio de la calidad de vida tiene toda su justificación.(García De Yébenes & Loza, 2018)

De forma genérica, e intentando aproximaciones operativas, el concepto positivo de salud puede ser descrito como "la habilidad para enfrentarse a situaciones difíciles, el mantenimiento de sistemas fuertes de apoyo social, la integración en la comunidad, un alta moral, bienestar psicológico y un buen funcionamiento físico" (Lamb,2016).

Cualquiera de los aspectos o sistemas descritos tiene su propia estructura y funcionamiento, así como una interdependencia con todos los demás.

Como ha quedado expresado, los problemas de la medición de la salud comienzan con sus problemas de definición y el enfoque objetivo o subjetivo que se adopte. Cuando se ha utilizado el enfoque de indicadores externos han sido múltiples a los que se ha recurrido, los más aconsejables de ellos son aquellos que pueden ser utilizados como predictores de morbilidad y mortalidad. El enfoque subjetivo se centra en la percepción personal de la salud, un aspecto que es esencial a la hora de predecir o buscar ayuda médica. De hecho, la percepción del propio estado de salud está más asociada al uso de los servicios de salud que la propia condición clínica o patológica del sujeto .(Domingo, 2015)

El uso de las listas de adjetivos o Check list de síntomas ha sido otro de los sistemas para evaluar el estado de salud. En este caso se pregunta al sujeto si sufre algunos de los síntomas descritos. Este sistema ha sido el utilizado en algunas encuestas a nivel nacional (Dunell y Cartwright, 1972), aunque los resultados obtenidos no son precisos ni específicos, dándose frecuentemente un sesgo afirmativo en el número de respuestas. A pesar de ello los argumentos a favor de las listas de adjetivos consideran que son más objetivos y corresponden mejor a los propositos de la medida. Contra ellos se ha argumentado que sólo pueden detectar los problemas más serios de desordenes y que no pueden identificar los problemas emocionales a menos que se manifiesten somática o conductualmente. No obstante estas críticas, diferentes estudios de validez han mostrado su sensibilidad y especificidad, especialmente si se utilizan con otro tipo de técnicas de evaluación. Mientras las preguntas directas parecen necesarias para evaluar los aspectos positivos de la salud, la lista de síntomas provee de datos específicos sobre los sujetos sintomáticos. (Espinosa Balderas, et al., 2018)

El problema básico de la evaluación de la salud a partir de autoinformes es su marcada subjetividad, tanto en un sentido como en otro. La experiencia de estar enfermo no es, afortunadamente, ninguna garantía de ello, pero la experiencia de "estar malo" o

simplemente de sentirse mal es un hecho de valor clínico, independientemente de su posible correspondencia con una patología. Con frecuencia ni las dolencias son precisas ni las atribuciones causales correctas. La psicología social del enfermar y del sentirse enfermo incluye múltiples creencias, expectativas y diferentes teorías implícitas del estar enfermo en general, y de determinadas enfermedades en particular. No obstante todo ello, la subjetividad del paciente es casi siempre el primer elemento clínico, lo que implica su uso cauteloso. (Alutiz, 2017)

Otro de los problemas más relevantes en la indagación del estado de salud a través de autoinformes es la importancia que tiene el autoconcepto y la autoestima, junto con el estado de ánimo del sujeto, en la evaluación que hace el sujeto de su propio estado de salud. Tanto una autoestima baja como los estados y procesos depresivos tienden a ir asociados con una evaluación negativa de la salud. (Pedersen et al., 2016)

No obstante, estas importantes limitaciones, son también múltiples las razones por las cuales puede requerirse y ser importante un estudio de la apreciación que una determinada población hace de su salud. En tales casos Kaplan (1988) ha insistido en la conveniencia de utilizar instrumentos globales mejor que específicos, debido tanto a razones técnicas, tal como la incapacidad de los sujetos de descender a precisiones, como a razones políticas dada la conveniencia de manejar estadísticas comparativas. (Fernández, 2015)

El Perfil de salud de Nottingham (Hunt, 1984) es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados y se ha comprobado que correlaciona bien con los pronósticos de morbilidad y que es altamente sensible a los cambios de salud. El cuestionario General de Salud (Goldberg, 1978) es probablemente uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de la salud mental en Estados Unidos y Europa, así como en el ámbito nacional español. Una de sus mayores ventajas consiste en las diferentes versiones cortas del mismo. El Cornell Medical Index (Brodman, 1949) es uno de los instrumentos más extendidos en el ámbito médico y cumple la función de ser una entrevista médica estandarizada; tiene doce secciones físicas y seis de tipo psicológico. En el cuadro se han incluido también algunas escalas que evalúan el dolor, de los aspectos actualmente más importantes en la evaluación de la salud, e igualmente uno de los más retadores. La mayoría de estas escalas se concentran en la intensidad del dolor, aunque algunas examinan igualmente el tipo de sensación o su fluctuación temporal. (Piédrola, 2015).



## **5. Materiales y métodos**

### **6.1. Enfoque.**

El presente estudio tuvo un enfoque cuantitativo

### **6.2. Tipo de estudio**

La presente investigación fue de tipo descriptivo-transversal, que permite conocer aspectos fundamentales de la investigación, mediante la recolección de información la misma que nos servirá para describir, analizar e interpretar como se manifiesta el fenómeno de estudio.

### **6.3. Área de estudio**

La investigación se realizó en el centro de salud Hugo Guillermo González de Loja que se encuentra ubicado en la ciudad de Loja entre Andres Bello y Juan Jose Peña

### **6.4. Unidad de estudio**

Pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que acuden a consulta en centro de salud Hugo Guillermo González de Loja

### **6.4. Universo y muestra**

El universo estuvo integrado por los pacientes que tuvieron diagnóstico de artritis reumatoide del centro de salud Hugo Guillermo González de Loja en el periodo agosto 2019 – febrero 2020.

### **6.5. Criterios de inclusión**

- Personas mayores de 18 años con diagnóstico de artritis reumatoide
- Adultos de ambos sexos con diagnóstico de artritis reumatoide
- Personas con diagnóstico de artritis reumatoide dispuestas a colaborar con la investigación

### **6.6. Criterios de exclusión**

- Adultos con diagnóstico de artritis reumatoide que tengan limitaciones senso-perceptivas que impidan una buena comunicación

### **6.7. Técnicas**

Se utilizó el cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea” (QoL-RA), en la versión desarrollada en español por Danao, Padilla, y Jonson (2001)

### **6.8. Instrumento**

Para el cumplimiento del primer objetivo se utilizó previa firma del consentimiento informado (anexo 1) una hoja de recolección de datos informativos (anexo 2) que fue entregada a los pacientes para que nos brinden la información correspondiente; para el

cumplimiento del segundo objetivo también se utilizó la hoja de recolección de datos y en el caso que desconozcan el tiempo exacto se revisaran las historias clínicas respectivas, y finalmente para el cumplimiento del tercer objetivo se utilizó el “Cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoide” (QoL-RA), en la versión desarrollada en español por Danao, Padilla, y Jonson (2001). Consta de 8 ítems con 10 posibilidades de respuestas que van desde (1) “muy mala calidad de vida”, hasta (10) “excelente calidad de vida”. El desarrollo de la escala partió del cuestionario HRQoL teniendo en cuenta los aspectos positivos y negativos asociados a la vida de pacientes con artritis reumatoide que se ven modificados por el estado funcional y el deterioro causado por la enfermedad.

### **6.9. Procedimiento**

La presente investigación se inició con la aprobación del proyecto de investigación, luego de recibir la pertinencia correspondiente, se realizarán los trámites pertinentes para obtener el permiso de las autoridades pertinentes centro de salud Hugo Guillermo González de Loja.

Luego se procedió a realizar la recolección de datos previo consentimiento informado aplicando los instrumentos antes mencionados y constatando que se cumplan los criterios de inclusión y exclusión, y se obtuvo la prevalencia de artritis reumatoide, el tiempo de evolución de esta enfermedad y la calidad de vida en los pacientes.

Finalmente se plasmaron los resultados con la ayuda de Excel en tablas didácticas.

### **6.10. Equipos y materiales**

- Equipos: Computadora portátil e impresora
- Materiales: Hojas de papel bond, esferos, lápiz, borrador y libreta de datos.
- Recursos humanos: Pacientes con artritis reumatoide, investigador y director de tesis

### **6.11. Plan de tabulación de datos**

Para el análisis e interpretación de los resultados que se obtuvieron de las encuestas, se utilizó el programa Excel, el cual nos permitirá representar esquemáticamente los objetivos específicos previamente planteados.

### **6.12. Plan de presentación de datos**

Los datos fueron presentados en formato de tablas, los mismos que indicarán los resultados por cada uno de los objetivos específicos.

## 6. Resultados

**Primer Objetivo.** Determinar la prevalencia de pacientes con artritis reumatoide en el centro de salud Hugo Guillermo González por edad y por género en el periodo agosto 2019- febrero 2020

Tabla 1

**Prevalencia de artritis reumatoide en pacientes atendidos en el centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja.**

<i>Población total</i>	<i>Nro. de pacientes con artritis</i>	<i>Prevalencia</i>
39025	81	0,20%

*Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con artritis reumatoide del centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja*

*Elaboración: Darwin Leonardo Ordoñez A.*

**Análisis.** - Se puede observar en la tabla una prevalencia de 0,20 que está por debajo de los valores estándar a nivel mundial y local.

**Segundo Objetivo.** Establecer el tiempo de diagnóstico y evolución de la artritis reumatoide en el grupo de pacientes con artritis reumatoide en salud Hugo Guillermo González.

Tabla 2

**Distribución de pacientes con artritis reumatoide según tiempo de diagnóstico atendidos en el centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja periodo agosto 2019- febrero del 2020.**

<i>Tiempo de diagnóstico</i>	<i>Nro. de Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>&lt; 1 año</i>	4	5%
<i>1 – 9 años</i>	37	46%
<i>10 - 19 años</i>	34	42%
<i>&gt;20 años</i>	6	7%
<i>Total</i>	81	100%

*Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con artritis reumatoide del centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja*

*Elaboración: Darwin Leonardo Ordoñez A.*

**Análisis.** - Se observa un mayor porcentaje de pacientes con artritis que tienen un tiempo de diagnóstico de la enfermedad entre 1 – 9 años con un porcentaje de 46%.

Tabla 3

**Distribución de pacientes con artritis reumatoide por evolución de la enfermedad, atendidos en el centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja periodo agosto 2019- febrero del 2020.**

<b>Grupo Etario</b>	<b>Nro. de Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Presenta mejoría</b>	<b>27</b>	<b>33%</b>
<b>Siente que la enfermedad ha empeorado</b>	<b>25</b>	<b>31%</b>
<b>Siente que no ha habido ningún cambio</b>	<b>29</b>	<b>36%</b>
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta aplicada a los pacientes con artritis reumatoide del centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja

Elaboración: Darwin Leonardo Ordoñez A.

**Análisis.** - Se observa un mayor porcentaje de pacientes se siente igual que antes con la enfermedad es decir no siente que ha mejorado, pero tampoco ha empeorado esto representa un porcentaje del 36%.

**Tercer Objetivo.** Determinar la calidad de vida que tienen los pacientes con artritis reumatoide en el centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja con el cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea” (qol-RA)

Tabla 4

**Distribución de pacientes con artritis reumatoide según la calidad de vida de los mismos considerando la habilidad física, atendidos en el centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja periodo agosto 2019- febrero del 2020.**

<b>Calidad de vida</b>	<b>Nro. de Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Muy Mala</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Mala</b>	<b>4</b>	<b>5%</b>
<b>Regular</b>	<b>32</b>	<b>39%</b>
<b>Buena</b>	<b>37</b>	<b>46%</b>
<b>Excelente</b>	<b>8</b>	<b>10%</b>
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea” (qol-RA) aplicada a pacientes con artritis reumatoide del centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja

Elaboración: Darwin Leonardo Ordoñez A.

**Análisis.** Se observa que el ítem de “buena” calidad se encuentra en mayor porcentaje con un 46%, es decir que la mayor parte de la población tiene una buena calidad de vida con lo que respecta a habilidad física.

Tabla 5

**Distribución de pacientes con artritis reumatoide según la calidad de vida de los mismos considerando la ayuda familiar, atendidos en el centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja periodo agosto 2019- febrero del 2020.**

<b>Calidad de vida</b>	<b>Nro. de Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Muy Mala</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Mala</b>	<b>3</b>	<b>4%</b>
<b>Regular</b>	<b>27</b>	<b>33%</b>
<b>Buena</b>	<b>38</b>	<b>47%</b>
<b>Excelente</b>	<b>13</b>	<b>16%</b>
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

*Encuesta de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea” (qol-RA) aplicada a pacientes con artritis reumatoide del centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja*

*Elaboración: Darwin Leonardo Ordoñez A.*

**Análisis.** - Se observa que el ítem de “buena” calidad se encuentra en mayor porcentaje con un 47%, es decir que la mayor parte de la población tiene una buena calidad de vida con lo que respecta a ayuda familiar.

Tabla 6

**Distribución de pacientes con artritis reumatoide según la calidad de vida de los mismos considerando la variable “dolor”, atendidos en el centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja periodo agosto 2019- febrero del 2020.**

<b>Calidad de vida</b>	<b>Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Muy mala</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Mala</b>	<b>6</b>	<b>7%</b>
<b>Regular</b>	<b>28</b>	<b>35%</b>
<b>Buena</b>	<b>39</b>	<b>48%</b>
<b>Excelente</b>	<b>8</b>	<b>10%</b>
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Encuesta de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea (qol-RA) aplicada a pacientes con artritis reumatoide del centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja*

*Elaboración: Darwin Leonardo Ordoñez A.*

**Análisis.** -Se observa que el ítem de “buena” calidad se encuentra en mayor porcentaje con un 48%.

Tabla 7

**Distribución de pacientes con artritis reumatoide según la calidad de vida que presentan los mismos considerando la “tensión nerviosa”, atendidos en el centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja periodo agosto 2019- febrero del 2020.**

<b>Calidad de vida</b>	<b>Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Muy mala</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Mala</b>	<b>8</b>	<b>10%</b>
<b>Regular</b>	<b>31</b>	<b>38%</b>
<b>Buena</b>	<b>35</b>	<b>43%</b>
<b>Excelente</b>	<b>7</b>	<b>9%</b>
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea (qol-RA) aplicada a pacientes con artritis reumatoide del centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja

Elaboración: Darwin Leonardo Ordoñez A.

**Análisis.** - Se observa que el ítem de “buena” calidad se encuentra en mayor porcentaje con un 43%.

Tabla 8

**Distribución de pacientes con artritis reumatoide según la calidad de vida de los mismos considerando su “salud”, atendidos en el centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja periodo agosto 2019- febrero del 2020.**

<b>Calidad de vida</b>	<b>Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Muy mala</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Mala</b>	<b>11</b>	<b>14%</b>
<b>Regular</b>	<b>40</b>	<b>49%</b>
<b>Buena</b>	<b>27</b>	<b>33%</b>
<b>Excelente</b>	<b>3</b>	<b>4%</b>
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea (qol-RA) aplicada a pacientes con artritis reumatoide del centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja

Elaboración: Darwin Leonardo Ordoñez A.

**Análisis.** - Se observa que el ítem de “regular” calidad de vida se encuentra en mayor porcentaje con un 49%.

Tabla 9

**Distribución de pacientes con artritis reumatoide según la calidad de vida de los mismos considerando como variable la “artritis”, atendidos en el centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja periodo agosto 2019- febrero del 2020.**

<b>Calidad de vida</b>	<b>Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Muy mala</b>	<b>3</b>	<b>4%</b>
<b>Mala</b>	<b>13</b>	<b>16%</b>
<b>Regular</b>	<b>43</b>	<b>53%</b>
<b>Buena</b>	<b>22</b>	<b>27%</b>
<b>Excelente</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea (qol-RA) aplicada a pacientes con artritis reumatoide del centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja

Elaboración: Darwin Leonardo Ordoñez A.

**Análisis.** - Se observa que el ítem de “regular” calidad de vida se encuentra en mayor porcentaje con un 53%, es decir que la mayor parte de la población tiene una buena calidad de vida si considera solamente la artritis.

Tabla 10

**Distribución de pacientes con artritis reumatoide según su calidad de vida considerando la variable “interacción familiar”, atendidos en el centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja periodo agosto 2019- febrero del 2020.**

<b>Calidad de vida</b>	<b>Pacientes</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Muy mala</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Mala</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<b>Regular</b>	<b>25</b>	<b>31%</b>
<b>Buena</b>	<b>41</b>	<b>51%</b>
<b>Excelente</b>	<b>15</b>	<b>18%</b>
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

Fuente: Encuesta de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea (qol-RA) aplicada a pacientes con artritis reumatoide del centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja

Elaboración: Darwin Leonardo Ordoñez A.

**Análisis.** - Se observa que el ítem de “buena” calidad de vida se encuentra en mayor porcentaje con un 51%.

Tabla 11

**Distribución de pacientes con artritis reumatoide según su calidad de vida considerando la variable “estado de ánimo”, atendidos en el centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja periodo agosto 2019- febrero del 2020.**

<i>Calidad de vida</i>	<i>Pacientes</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>Muy mala</i>	<b>0</b>	<b>0%</b>
<i>Mala</i>	<b>2</b>	<b>3%</b>
<i>Regular</i>	<b>38</b>	<b>47%</b>
<i>Buena</i>	<b>35</b>	<b>43%</b>
<i>Excelente</i>	<b>6</b>	<b>7%</b>
<b>Total</b>	<b>81</b>	<b>100%</b>

*Fuente: Encuesta de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea (qol-RA) aplicada a pacientes con artritis reumatoide del centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja*

*Elaboración: Darwin Leonardo Ordoñez A.*

**Análisis.** - Se observa que el ítem de “regular” calidad de vida se encuentra en mayor porcentaje con un 47%.

Tabla 12

**Distribución de pacientes con artritis reumatoide según todas las variables de calidad de vida del cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea” (qol-RA) atendidos en el centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja periodo agosto 2019- febrero del 2020.**

<i>Variables</i>	<i>Promedio</i>
<i>Habilidades físicas</i>	<b>7,19</b>
<i>Ayuda de familia y amigos</i>	<b>7,30</b>
<i>Dolor artrítico</i>	<b>5,34</b>
<i>Tensión nerviosa</i>	<b>6,17</b>
<i>Salud</i>	<b>7,07</b>
<i>Artritis</i>	<b>7,04</b>
<i>Nivel de interacción</i>	<b>8,76</b>
<i>Estado de ánimo</i>	<b>7,4</b>
<b>Promedio Total</b>	<b>7,03</b>

*Fuente: Encuesta de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea (qol-RA) aplicada a pacientes con artritis reumatoide del centro de salud Hugo Guillermo González de la ciudad de Loja*

*Elaboración: Darwin Leonardo Ordoñez A.*

**Análisis.** - Se observa que el nivel de interacción con familia y amigos es uno de los parámetros que muestra mejor calidad de vida con valor promedio de 8,76 sobre 10.



## 7. Discusión

En el presente estudio sobre Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en centro de salud Hugo Guillermo González de Loja se encontró una prevalencia de 0,20% (IC95% ) en el periodo agosto 2019- febrero 2020; comparando estos resultados con un estudio de la Universidad Central del Ecuador elaborado en el año 2016 (Mestanza 2016) nos indica que la prevalencia de artritis reumatoide en Ecuador está en 0,9% aproximadamente que al compararlo con los resultados de mi estudio me da a entender que la prevalencia de artritis reumatoide en el centro de salud estudiado está muy por debajo de los rangos medios de prevalencia de nuestro país.

En el estudio de Anaya y colaboradores realizado en 2016 en Medellín (Anaya,2016) se señala que la AR tiene una prevalencia de alrededor del 1% en la población caucásica, pudiendo ser menor en la población afroamericana y así mismo mayor en otras etnias en donde se atribuye un rango entre 0,3% y el 2,1% que en comparación con el presente estudio tienen prevalencias más elevadas.

En un estudio realizado en Argentina en el 2020 (Secco et al., 2020) La prevalencia reportada de AR en Argentina fue 0,94% (IC95%: 0,86 a 1,02), con una tasa de incidencia anual de 19 cada 100 000 personas (IC95%: 17 a 20), la cual es más alta comparada con la prevalencia de 0,20% (IC95% ) del presente estudio.

Haciendo referencia al segundo objetivo un estudio realizado sobre la evolución a largo plazo de la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide elaborado en España en el año 2016 (Ortega,2016) nos manifiesta que el tiempo de diagnóstico medio de la enfermedad de los encuestados era 6 años con un porcentaje de 58% que comparándolo con este estudio tiene mucha relación ya que en este el tiempo de diagnóstico con un porcentaje de 46% varía entre 1 y 9 años; además el mismo estudio elaborado en España nos manifiesta que la evolución de la enfermedad es buena y se ha mantenido invariable con un porcentaje del 73% lo cual se relaciona con esta investigación ya que aquí la mayoría de pacientes manifestaron que la evolución de la enfermedad no ha variado con un porcentaje del 36% .

Haciendo referencia al tercer objetivo la población del presente estudio tiene una buena calidad de vida general con una media de la escala total de (7,03); siendo 10 el máximo valor, y 1 el mínimo. Por otro lado, analizando los valores de las subescalas, podemos afirmar que el puntaje más alto corresponde a la interacción social (8,76), seguido por la

ayuda familiar y de amigos (7,30) y las habilidades físicas (7,19). Esto significa que una buena calidad de vida se basa en las buenas relaciones familiares y amistosas que los encuestados conservan y/o establecen luego del diagnóstico de la enfermedad, en la escasa limitación de las habilidades físicas que los pacientes padecieron, y en la poca ayuda que necesitaron para sus actividades cotidianas. Por el otro lado, los puntajes más bajos correspondieron a dolor (5,34) y a tensión nerviosa (6,17). El dolor, que, si bien no fue constante, se manifestó intenso e incapacitante, y junto con la irritabilidad y alteraciones del humor son los aspectos que más perjudicaron la calidad de vida de las personas. Estos datos confirman la jerarquía de las variables psicosociales en la manera en que las personas asumen su enfermedad y cómo estas afectan su calidad de vida.

Un estudio realizado en México en el 2017 (Espinosa Balderas, et al., 2018) La calidad de vida por QoL-RA fue buena para la mayoría (7.3), con el puntaje más alto en ayuda por parte familia y amigos (8.4) y el menor en tensión nerviosa (6.6) la cual tiene una similitud con el presente estudio ya que los participantes del presente estudio tiene una buena calidad de vida general con una media de la escala total de (7,03), el puntaje más alto corresponde a la interacción social (8,76), seguido por la ayuda por parte de familia y amigos (7,30); puntajes más bajos correspondieron a dolor (5,34) y a tensión nerviosa (6,17)

Un estudio realizado en la Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia (Aguirre, 2014) nos plantea como tema de investigación la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide de Medellín-Colombia, 2014 , y haciendo una comparación, nuestra muestra con la colombiana, podemos ver que la media de la escala total de los colombianos es algo superior (7,32) con respecto a nuestros encuestados, al igual que en la mayoría de las subescalas, excepto interacción social y artritis (son las únicas dos subescalas en las que los argentinos obtuvieron un promedio mayor). Se podría entender que en nuestra población los enfermos suelen intentar sobrellevar mejor sus dolencias intensificando buenas relaciones interpersonales, por una parte, y por la otra, intentando evadirse de la problemática de su enfermedad. Sin embargo, los valores más altos y más bajos de las mismas coincidieron; siendo los mayores: interacción con un puntaje de (8,16), apoyo o ayuda social con 8 puntos, y habilidades físicas con (7,74); y los menores puntajes fueron el dolor con (6,72) y la tensión nerviosa con (6,82). Estos resultados reflejan la similitud de los aspectos y valores que conforman el imaginario de bienestar y de buena

calidad de vida de los pacientes de Latino América, lo que se podría basar en la cercanía tanto geográfica como cultural entre Ecuador y Colombia.

En un estudio realizado en Ecuador denominado Calidad de vida en pacientes ecuatorianos con artritis reumatoide: un estudio transversal (Cruz-Castillo et al., 2019) .Se evaluaron un total de 163 pacientes con AR, la puntuación media de la escala QoL-RA fue de  $(6,84) \pm 1,5$  puntos la misma que se relacionan con el resultado de mi estudio con un resultado de media de la escala total de  $(7,03)$ . Las medias más altas se obtuvieron en los dominios de interacción  $(8,04 \pm 1,9)$  y ayuda por familia y amigos  $(8,01 \pm 2)$ . En el presente estudio estudio el puntaje más alto corresponde a la interacción social  $(8,76)$ , seguido por la ayuda de familia y amigos  $(7,30)$  y las habilidades físicas  $(7,19)$ .

## 8. Conclusiones

- La prevalencia de artritis reumatoide en el centro salud Hugo Guillermo González de Loja está por debajo de la media esperada.
- El tiempo de diagnóstico en la presente investigación tienen en mayor proporción un rango entre 1 y 9 años y la evolución de la enfermedad se ve invariable es decir el mayor porcentaje de pacientes con artritis reumatoide sienten que no ha habido ningún cambio
- Se evidenció una buena calidad de vida en general en los pacientes con artritis reumatoide del centro salud Hugo Guillermo González de Loja

## 9. Recomendaciones

- Al Ministerio de Salud que implemente nuevas medidas de atención para lograr un seguimiento eficaz y oportuno a pacientes con enfermedades crónicas como la artritis reumatoide
- A la Facultad de la Salud Humana, en especial a los estudiantes de medicina que aprovechen de buena manera las prácticas de vinculación con la comunidad y se acerquen más a la población vulnerable, en especial a pacientes con enfermedades crónicas.
- Se recomendaría al personal de salud en general a poner más atención a los pacientes con enfermedades crónicas como la artritis reumatoide ya que por medio del uso de un complejo multidisciplinario y mediante la práctica de la ética médica y la empatía se puede brindar una mejor atención a los mismos.

## 10. Bibliografía

- Alejandro, B. C., & Petra, F. (2019). Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide para el. *Sociedad Española de Reumatología*, 1–70.
- Alutiz, A. C. (2017). *Apreniendo a convivir con la Artritis Reumatoide Información para el paciente. 1*, 51. [www. ser.es](http://www.ser.es).
- Armas Rodríguez, W. E., Alarcón Medina, G. A., Ocampo Dávila, F. D., Arteaga, C. M., & Arteaga Paredes, P. A. (2019). Artritis reumatoide, diagnóstico, evolución y tratamiento. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(3), 114.
- Carmona, L., Villaverde, V., García, C., & Laffon, A. (2015). Prevalencia de Artritis Reumatoide en la población española. *Oxford Juurnal*, 41, 88–95.
- Chile, U. C. de. (2015). *Principios de Bioética*.
- Colegio Americano de Reumatologia. (2016). Guía para el manejo de artritis reumatoide. *Guía Clínica Para El Manejo de Artritis Reumatoide*, 713–726.
- Cruz-Castillo, Y., Montero, N., Salazar-Ponce, R., & Villacís-Tamayo, R. (2017). Calidad de vida en pacientes ecuatorianos con artritis reumatoide: Un estudio transversal. *Reumatologia Clinica*. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.08.012>
- Cruz-Castillo, Y., Montero, N., Salazar-Ponce, R., & Villacís-Tamayo, R. (2019). Calidad de vida en pacientes ecuatorianos con artritis reumatoide: un estudio transversal. *Reumatología Clínica*, 15(5), 296–300. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.08.012>
- Domingo, M. (2015). Evaluación e Impacto de la Investigación Farmacéutica mediante el seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes diagnosticados de Artritis Reumatoide en Tratamiento con Terapia Biológica. *Granada*, 19–23.
- Espinosa Balderas, D., Hernández Sosa, M. del C., & Cerdán Galán, M. (2018). Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide. *Atención Familiar*, 24(2). <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2017.2.59153>
- Fernández, J. (2015). Preguntas frecuentes acerca de la artritis. *Reumatología Hospital Juan Canalejo. Sociedad Riojana de Reumatología*, 132–140.
- García De Yébenes, M., & Loza, E. (2018). Artritis reumatoide: epidemiología e impacto sociosanitario. *Reumatología Clínica*, 14(Supl.2), 3–6.
- Jurado, M., Stajnsznajder, P., & Cassan, A. (2015). Artritis reumatoide: información para pacientes y familiares. *Conatritits*.
- Kasper, D., Hauser, S., Jameson, J., & Anthony, F. (2015). *Harrison Principios de Medicina Interna* (19°).

- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Artritis reumatoide. Guía de Práctica Clínica* (1st ed.).
- Myerscough, A., Marlow, A., Hajeer, A., Silman, A., & Ollier, W. (2015). *Linkage of cytokine genes to rheumatoid arthritis Evidence of genetic heterogeneity*. *57*, 261–365.
- Pedersen, M., Jacobsen, S., Klarlund, M., & Frisch, M. (2016). El nivel socioeconómico y el riesgo de artritis reumatoide: un estudio de casos-controles. *J Rheumatol*, *33*, 1069–1074.
- Prada, D., Hernández, C., Gómez, J., Gil, R., Reyes, Y., Solís, U., & 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.
- Riedemann, P., Muñoz, S., & Kavanaugh, A. (2015). El rol de los anticuerpos anti- CCP in la artritis reumatoide. *Clin Expert Rheumatol*.
- Secco, A., Alfie, V., Espinola, N., & Bardach, A. (2020). Epidemiología, uso de recursos y costos de la artritis reumatoidea en Argentina. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, *37*(3), 532–540.  
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.373.4766>
- Sociedad Ecuatoriana de Reumatología. (2019). Reumatología al Día. *Revista*, *14*(1390–9185), 1–29. <http://www.serecuador.com.ec/wp-content/uploads/2016/05/Revista-Reumatologia-al-Dia-Vol-14.pdf>
- Sociedad Española de Reumatología. (2019). Guía de practica clínica para el manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide. In *Sociedad Española de Reumatología*.  
<https://www.ser.es/wp-content/uploads/2019/03/Guia-de-Practica-Clinica-para-el-Manejo-de-Pacientes-con-Artritis-Reumatoide.pdf>
- Vargas, S., Moreno, M., González, J., Vera, C., & Ríos, C. (2015). Características clínicas de pacientes con artritis reumatoidea. Estudio Piloto multicéntrico. Hospital Luis Vernaza. Hospital de laPolicía, Serli. Guayaquil. *Revista Chilena de Reumatología*, *16*, 379–401.

## 11. Anexos

### 11.1. Anexo 1: Consentimiento informado



1859

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE MEDICINA HUMANA  
CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He sido invitado a participar en la investigación sobre la Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en centro de salud Hugo Guillermo González de Loja.

Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador \_\_\_\_\_

Firma del Investigador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_



Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado \_\_\_\_\_

## 11.2. Anexo 2. Cuestionario de encuesta sobre la Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea” (QoL-RA)



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

Yo, como estudiante de la universidad nacional de Loja en la carrera de medicina humana estoy realizando mi proyecto de tesis con el tema” **Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en centro de salud Hugo Guillermo González de Loja**”, motivo por el cual le pido que me ayude llenando la siguiente encuesta de la manera más conveniente y sincera posible

### 1. Datos Generales

**Edad:** .....

**Sexo:** Masculino ( ) Femenino ( )

**Ocupación:**.....

**Escolaridad:** Ninguno ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Universidad ( )

**Estado civil:** Soltero/a ( ) Casado/a ( ) Unión libre ( ) Divorciado/a ( ) Viudo/a ( )

**Vive solo:** Si ( ) No( )

**Antecedentes familiares con artritis reumatoide:** Si ( ) No ( )

**Fecha de diagnóstico de la artritis reumatoide:** .....

**Fármacos que utiliza para el tratamiento:**.....

### 2. Cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea” (QoL-RA)

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

**Calidad de vida en artritis Reumatoidea. (Versión española)**

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 lo que Ud. Dijo acerca de su estado de ánimo, ¿diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:?

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

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

## 10.3. Anexo 3. Autorización del tema

 **UNL** Universidad Nacional de Loja CARRERA DE MEDICINA Facultad de la Salud Humana

**MEMORÁNDUM Nro.0039 DCM-FSH-UNL**

**PARA:** Sr. Darwin Leonardo Ordoñez Aguirre  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA**

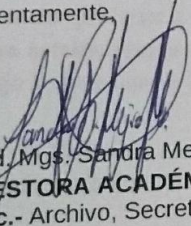
**DE:** Md. Mgs. Sandra Mejía Michay  
**GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA**


**FECHA:** 14 de Enero 2020

**ASUNTO:** AUTORIZAR MODIFICACIÓN DEL TEMA

Mediante el presente expreso un cordial saludo, a la vez que me permito informarle sobre el proyecto de investigación, "**Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en el Hospital Universitario de Motupe de la ciudad de Loja**", de su autoría, de acuerdo a la comunicación suscrita por el **Dr. Edgar Guaman**, Docente de la Carrera y en calidad de Director de tesis, con fecha 14 de Enero de 2020, donde propone el cambio de tema por el siguiente: "**Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Salud Hugo Guillermo Gonzalez de Loja**". Esta Dirección en vista de lo solicitado y expuesto, se procede a **autorizar la modificación del TEMA**, por lo tanto, puede continuar con el trámite respectivo.

Atentamente,

  
Md. Mgs. Sandra Mejía Michay  
**GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA**  
C/c.- Archivo, Secretaria Abogada.  
**NOT**



Calle N  
tras el Hospital Isidro Ayora  
07

## 10.4. Anexo 4. Oficio a la zonal 7

MEMORÁNDUM Nro.0076 DCM-FSH-UNL

PARA: Ing. Pablo Castro  
Director Distrital 11D01 Loja- SaludDE: Md. Mgs. Sandra Mejía Michay  
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 22 de Enero 2020

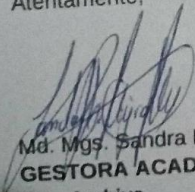
ASUNTO: SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLO DE  
TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseándole éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones.

Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para el **Sr. Darwin Leonardo Ordoñez Aguirre**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, se le permita acceder a las historias clínicas y acceso a los pacientes con Artritis Reumatoide en el Centro de Salud Hugo Guillermo Gonzalez; información que servirá para cumplir con el trabajo de investigación: "**Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Salud Hugo Guillermo Gonzalez de Loja**", trabajo que lo realizará bajo la supervisión del **Dr. Edgar Guaman**, Catedrático de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,




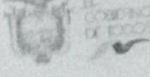
Md. Mgs. Sandra Mejía Michay  
GESTORA ACADÉMICA DE LA CARRERA DE MEDICINA  
C.c.- Archivo.  
NOT



DIRECCIÓN DE ESTUDIOS ACADÉMICOS  
SECRETARÍA DE ESTUDIOS ACADÉMICOS  
FECHA 24/01/2020  
HORA 10:15  
Piedad Jarama  
RESPONSABLE

Calle Manuel Monteros  
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador  
072 -57 1379 Ext. 102

## 10.5. Anexo 5. Aprobación de la Zonal 7

**MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA**  
 Coordinación Zonal 7 - Salud  
 Dirección Distrital 11D01 Loja-Salud

**Oficio Nro. MSP-CZ7-DDS-11D01-2020-0055-O**  
 Loja, 29 de enero de 2020

**Asunto:** RESPUESTA : autorización para el desarrollo de trabajo de investigación del Sr. Darwin Ordoñez

Señora Medica  
 Sandra Katerine Mejia Michay  
**Gestora de la Carrera de Medicina de la Facultad de la Salud Humana**  
**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
 En su Despacho

De mi consideración:

En atención al memorando Nro.0076 DCM.FSH.UNL, en el que solicita la autorización para que el Sr. Darwin Leonardo Ordoñez Aguirre, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, se le permita acceder a las historias clínicas y acceso a los pacientes con Artritis Reumatoide en el Centro de Salud Hugo Guillermo González para que realice el trabajo de investigación: "Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Salud Hugo Guillermo González de Loja".

En el marco del convenio de cooperación Interinstitucional entre la UNL y la Coordinación Zonal 7 de Salud, se autoriza al mencionado estudiante para que realice el proyecto de investigación en el Centro de Salud N.º 2, y se solicita al estudiante al finalizar el proyecto entregar copia de los resultados de la investigación al Administrador Técnico del Centro de Salud N.º 2.

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,

*Documento firmado electrónicamente*  
**Ing. Pablo Eduardo Castro Moreira**  
**DIRECTOR DEL DISTRITO 11D01 LOJA-SALUD**

Referencias:  
 - MSP-CZ7-DDS-11D01-2020-0030-E

Anexos:  
 - md\_sandra\_mejia\_76.pdf

Copia:  
 Señora Magister  
 Livia Gladys Pineda López  
**Experta Distrital de Provisión y Calidad de los Servicios de Salud del Distrito 11D01 Loja-Salud**  
 /Responsable

Santo Domingo de los Colorados entre Riobamba y Machala  
 Loja - Ecuador • Código Postal: 110107 • Teléfono: 693 (07) 2579-428 • www.salud.gob.ec

1/2

electrónicamente por Quipos

**10.6. Anexo 6. Proyecto de tesis**



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

**Tema:**

**Calidad de vida en pacientes con artritis  
reumatoide en el centro de salud Hugo Guillermo  
González de Loja**

**Proyecto de tesis para la obtención de título de Médico General**

**AUTOR:** Darwin Leonardo Ordoñez Aguirre

LOJA-ECUADOR

2019

## **1. Tema**

Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en el centro de salud Hugo Guillermo  
González de Loja



## 2. Problemática

La Artritis Reumatoide es una enfermedad crónica, autoinmune que afecta de manera circunstancial la calidad de vida del paciente, originando un costo económico y social muy importante. Un 60 a 90% de las personas que sufren de esta enfermedad tienen una evolución crónica persistente con deterioro progresivo la prevalencia global es de 0.5 al 1%.(Prada et al., 2015)

La Artritis reumatoide ataca a ambos sexos, pero es más frecuente en la mujer en proporción de 3 a 1; sin embargo luego de los 60 a 65 años esta proporción tiende a igualarse. Es un problema de salud mundial que ataca a todas las razas, se presenta en todos los climas.(Sociedad Ecuatoriana de Reumatología, 2014)

Un estudio en Cuba sobre calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide nos dio como resultados que predominó el sexo femenino con una edad media de presentación de 56.3 años. La mayor calidad de vida se observó en las sub-escalas ayuda, interacción, estado de ánimo y tensión nerviosa. Las sub-escalas que más afectaron la calidad de vida fueron artritis, salud personal y dolor. Existió una relación estrecha entre la calidad de vida relacionada con la salud, la actividad clínica y la capacidad funcional, según los valores del coeficiente de correlación de Pearson (Prada et al., 2015)

En México se realizó un estudio de calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, se incluyeron 217 pacientes, el género predominante fue femenino (92%), con una edad media de 55 años. El tiempo de evolución de la enfermedad fue de alrededor de siete años; 100% de la población tuvo tratamiento a base de fármacos modificadores de la enfermedad. La calidad de vida por Qol-RA fue buena para la mayoría (7.3), con el puntaje más alto en apoyo (8.4) y el menor en tensión nerviosa (6.6). En general se encontró discapacidad leve (0.77), con mayor afectación en alcanzar objetos (1.35) y menor en vestirse y asearse (0.34). Mediante el coeficiente de correlación de Pearson se observó que las actividades cotidianas se ven relacionadas negativamente con la presencia de dolor y artritis y se llegó a la conclusión que los pacientes con artritis reumatoide adscritos a la unidad de medicina familiar no. 66 de Xalapa, Veracruz, México, de febrero a noviembre de 2015; presentaron buena calidad de vida y discapacidad leve, con una correlación negativa entre ambas variables.(Espinosa Balderas, et al., 2018)

En Ecuador en el 2017 se realizó un estudio descriptivo transversal que evaluó la calidad de vida relacionada con la salud, con la versión en español del instrumento Quality of Life–

Rheumatoid Arthritis (QoL-RA) en pacientes con diagnóstico de AR según los criterios del Colegio Estadounidense de Reumatología y de la Liga Europea Contra el Reumatismo. Los pacientes evaluados tuvieron una calidad de vida relacionada con la salud de buena a moderada. Los dominios relacionados con soporte y vida social fueron los mejor puntuados y los más bajos los relacionados con dolor y tensión nerviosa. La funcionalidad, la duración y la actividad de la enfermedad estuvieron estadísticamente asociadas a la CVRS. (Cruz-Castillo et al., 2017)

Un factor problemático en nuestro país y ciudad es que la AR no se diagnostica precozmente, ya sea por la falta de información, el desinterés, como también por falsos diagnósticos los cuales reciben tratamientos continuos innecesarios que retrasan un manejo adecuado de la enfermedad y pueden modificar su curso.

Frente a la problemática presentada se plantea la siguiente pregunta. ¿Cuál es la prevalencia de artritis reumatoide y su incidencia en la calidad de vida en los pacientes del centro de salud Hugo Guillermo González de Loja, Periodo agosto 2019-febrero 2020?

### 3. Justificación

La artritis reumatoide es considerada una enfermedad grave que tiene gran impacto en la calidad de vida de los pacientes. Se ha demostrado que la mayoría de los pacientes desarrollan una enfermedad progresiva, con daño estructural, deterioro de su capacidad funcional, laboral y un aumento significativo de la morbimortalidad. 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. Es la artritis inflamatoria más frecuente con una prevalencia global de 0.5 al 1 % (7) y en América Latina de 0.4%. (8) Al momento no se dispone de datos a nivel nacional sobre la prevalencia e incidencia de esta enfermedad.(Ministerio de Salud Pública, 2016)

La presente investigación se justifica en el hecho de ser necesario determinar la calidad de vida de la población que padece esta enfermedad, ya que en los últimos años la prevalencia de enfermedades crónicas inflamatorias ha crecido, entre ellas la artritis reumatoide, una enfermedad degenerativa cuya evolución genera un gran impacto en la vida del paciente y aunque no cause mortalidad a corto plazo, provoca deterioro de la calidad de vida generando un costo económico y social importante.(Ministerio de Salud Pública, 2016)

Es importante tener en cuenta también que es una enfermedad incapacitante la cual produce distintos grados de invalidez, dependiendo de varios factores entre ellos la evolución y el momento en el cual se inicia el tratamiento, por lo cual es indispensable generar proyectos enfocados en su estudio que permita un mejor manejo de la enfermedad y de esa manera mejorar de alguna forma la calidad de vida de este grupo de personas (Gibofsky, 2014)

Finalmente, es necesario recalcar que no se ha realizado un estudio para conocer la calidad de vida de este grupo de pacientes en la ciudad de Loja, por ese motivo me he propuesto a realizar esta tesis para de alguna manera hacer llegar a conocer esta problemática y de alguna forma contribuir en la calidad de vida de este grupo tan vulnerable.

Este tema va dirigido hacia la comunidad en general para hacer conciencia sobre la calidad de vida en los pacientes que tienen artritis reumatoide.

Además debo mencionar que esta investigación está relacionada con la línea de investigación de enfermedades inflamatorias crónicas y autoinmunes sistémicas lo cual aportara a los estudios prioritarios de la salud.

## **4. Objetivos**

### **4.1. Objetivo general**

Determinar la prevalencia de artritis reumatoide y su incidencia en la calidad de vida en pacientes del centro de salud Hugo Guillermo González de Loja, periodo agosto 2019- febrero 2020

### **4.2. Objetivos específicos.**

4.2.1. Determinar la prevalencia de pacientes con artritis reumatoide del centro de salud Hugo Guillermo González de Loja en el periodo agosto 2019- febrero 2020

4.2.2. Establecer el tiempo de diagnóstico y evolución de la artritis reumatoide en el grupo de pacientes con artritis reumatoide en el centro de salud Hugo Guillermo González de Loja.

4.2.3. Determinar la calidad de vida que tienen los pacientes con artritis reumatoide en el centro de salud Hugo Guillermo González de Loja con el cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea” (qol-RA)

## 5. Marco Teórico

### 5.1. Artritis reumatoide

**5.1.1. Definición de artritis reumatoide.** La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica, autoinmune, que afecta principalmente las articulaciones, en forma simétrica, y con manifestaciones sistémicas. El compromiso progresivo articular y extraarticular, acaba provocando deformidad, incapacidad funcional y afecta la calidad de vida, el órgano blanco es la membrana sinovial y a la larga produce destrucción de las articulaciones con pérdida del movimiento de las mismas.(Sociedad Ecuatoriana de Reumatología, 2014)

**5.1.2. Epidemiología.** La artritis reumatoide (AR) afecta a aproximadamente el 1% de la población en todo el mundo. Debido a su naturaleza seriamente debilitante, especialmente en escenarios avanzados, la carga de la enfermedad es considerable en términos económicos y de la salud del gasto.(Sociedad Ecuatoriana de Reumatología, 2014)

La interacción de factores genéticos y ambientales da como resultado una cascada de reacciones inmunes, que en última instancia conducen al desarrollo de sinovitis, daños articulares, y daño estructural de los huesos. Estos, a su vez, conducen al dolor, discapacidad y problemas emocionales, sociales y económicos. Un gran número de manifestaciones extraarticulares y comorbilidades están presentes en los pacientes con AR, que conllevan a un aumento de la mortalidad.(Rodriguez et al., 2014)

En el estado Mexicano de Yucatán realizado por Álvarez el cuestionario fue aplicado a 3915 personas, reveló una prevalencia de AR, de 2,8% (110 personas del total de la muestra), el cual es un valor que se encuentra por encima del promedio de la prevalencia a nivel mundial. En Perú en una muestra de 1.158 sujetos se observó que la prevalencia de artritis reumatoide fue del 0.5%.(Alvarez Nemegeyi, J., 2014)

En España realizado por Carmona, en el proyecto EPISER, el cual es acerca de la Prevalencia e Impacto de las Enfermedades Reumáticas en la población adulta española, se estima que existe una prevalencia de artritis reumatoide, en personas mayores de 18 años, del 0,5%. Esta prevalencia varía de un 0,2% en hombres a un 0,8% en mujeres, con un pico de frecuencia entre los 40-60 años.(Carmona et al., 2015)

Refiriéndonos a nuestro país, en estudios realizados en hospitales de Quito y en Guayaquil por Vargas y colaboradores, se ha podido determinar que la Artritis Reumatoide afecta principalmente a las mujeres, con una relación de 6,4 mujeres por cada hombre que padece la enfermedad. En cuanto a los grupos etarios, la edad promedio fue de 53.6 años,

con una edad mínima temprana de 23 años. El promedio de tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el diagnóstico fue de 2 años.(Vargas et al., 2015)

El estudio realizado por Mestanza a 1500 pacientes mayores de 18 años, en una población rural de Quito, la prevalencia de AR fue de 0.9%.(Mestanza et al., 2014)

**5.1.3. Factores de riesgo.** Existen distintos factores ambientales implicados en la patogenia de la artritis reumatoide, aunque es el tabaco el factor más ampliamente estudiado y reconocido. El tabaquismo está asociado a un incremento del riesgo de artritis reumatoide seropositiva. Los estudios ponen de manifiesto que el consumo de tabaco puede influir en la expresión clínica de la enfermedad, determinar un curso evolutivo más grave y una mayor destrucción articular, aunque no todos los estudios son concordantes (Arnson, 2015).

**5.1.3.1. Sexo** La artritis reumatoide es una enfermedad que tiene mayor prevalencia en el sexo femenino que en el masculino. Como lo demuestran estudios en Chile en los cuales se evidencia una relación femenino- masculino de 7 a 1 y en Estados Unidos una relación de 3 a 1. Lo que obliga a considerar el posible papel hormonal en la susceptibilidad a la enfermedad.(Chile, 2015)

**5.1.3.2. Edad.** La Artritis es una enfermedad que afecta a todos los grupos etarios, sin embargo investigaciones demuestran que su prevalencia aumenta en personas mayores de 65 años en los cuales la prevalencia incrementa a un 4 a 6 %, en relación con una prevalencia más baja en la población general.(Paulos & Liendo, 2014)

**5.1.3.3. Consumo de tabaco** El consumo de tabaco ha sido señalado como un factor de riesgo ambiental para el desarrollo de la AR ( Arnson,2015).

**5.1.4. Diagnóstico.** La artritis reumatoide tiene una forma de inicio sumamente variable, aunque algunos patrones de comienzo son más o menos característicos.(Jurado et al., 2015)

Existen dos aspectos fundamentales en el diagnóstico de la artritis reumatoide: el diagnóstico temprano en su fase inicial y el diagnóstico una vez que está establecida la enfermedad. Se basa en la anamnesis de la historia clínica y la exploración para evidenciar sinovitis presente al menos durante 6 semanas, el ritmo del dolor (inflamación o dolor mecánico), simetría de la afección articular, mejoría parcial con AINEs y el estudio de las articulaciones afectadas, además a esto se debe asociar un estudio analítico y radiográfico.(Prada et al., 2015)

**5.1.4.1. Diagnóstico de la artritis reumatoide establecida.** Para establecer el diagnóstico se utiliza los criterios del American College of Rheumatology de 1987 ().

Estos criterios tienen una sensibilidad de 91% a 94%, y una especificidad de 89%. Si bien pueden ser útiles y estar presentes en ausencia aun de enfermedad erosiva y deformante, se debe insistir que no son absolutos. Más aun, se ha estimado que hasta un 15 % de pacientes con artritis persistente no cumplen con los criterios de clasificación, incluso luego de 2 años de seguimiento.(Colegio Americano de Reumatología, 2016)

Para afirmar que un paciente tiene una Artritis Reumatoide, debe cumplir con al menos 4 de los 7 criterios que se describen a continuación, en un período de al menos 6 semanas de evolución

1. Rigidez matutina de una duración mínima de 1 hora.
2. Tumefacción observada por un médico, de 3 ó más articulaciones simultáneamente.
3. Tumefacción de carpo, articulaciones metacarpofalángicas o interfalángicas proximales, observada por un médico.
4. Tumefacción articular simétrica, observada por un médico.
5. Cambios radiológicos típicos en manos. Deben incluir erosiones o descalcificaciones inequívocas.
6. Nódulos reumatoides.
7. Factor reumatoide sérico. Por un método que sea positivo en menos del 5% de los controles normales.

**5.1.5. Clasificación de artritis reumatoide.** .En septiembre de 2010 se publican simultáneamente en *Annals of Rheumatic Diseases* y *Arthritis and Rheumatism* los nuevos criterios de clasificación para la artritis reumatoide (AR), como conclusión del esfuerzo conjunto realizado por la EULAR y el ACR con el fin de mejorar los criterios de clasificación utilizados hasta ahora.(Riedemann et al., 2015)

Estos nuevos criterios tienen un objetivo muy claro, mejorar la clasificación de la AR de corta evolución, de manera que se pueda establecer un tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FAME) lo antes posible. Como segundo objetivo, establecen la definición de caso para poder llevar a cabo ensayos terapéuticos en pacientes con AR de corta evolución.(Riedemann et al., 2015)

Conjunto de variables y puntuación de cada una de las variables para el cómputo global. Un paciente será clasificado de AR si la suma total es igual o superior a 6.

**5.1.5.1. Afectación articular.** 1 articulación grande afectada: 0; 2-10 articulaciones grandes afectadas: 1; 1-3 articulaciones pequeñas afectadas: 2; 4-10 articulaciones pequeñas afectadas: 3; > 10 articulaciones pequeñas afectadas: 5

**5.1.5.2. Serología.** FR y ACPA negativos: 0; FR y/o ACPA positivos bajos (< 3 VN): 2; FR y/o ACPA positivos alto (> 3 VN): 3

**5.1.5.3. Reactantes de fase aguda.** VSG y PCR normales: 0; VSG y/o PCR elevadas: 1

**5.1.5.4. Duración.** < 6 semanas: 0; ≥ 6 semanas: 1

**5.1.6. Manifestaciones clínicas.** La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica, cuyas manifestaciones clínicas se clasifican en articulares y extraarticulares. Dentro de las manifestaciones articulares, se presenta como una poliartritis de pequeñas articulaciones, que va progresando hasta afectar a las grandes articulaciones. (Riedemann et al., 2015)

**5.1.6.1. Manifestaciones articulares.** Las manifestaciones básicas de la enfermedad se caracterizan por dolor y tumefacción, deformación y limitación funcional. Alrededor del 65% de los pacientes comienzan con síntomas como astenia y dolor músculo-esquelético, hasta que se evidencia la sinovitis. (Jurado et al., 2015)

**5.1.6.2. Síntomas y signos articulares.** Inicialmente el dolor, la tumefacción y la sensibilidad pueden no estar específicamente localizados en las articulaciones. La manifestación más frecuente de la AR establecida es el dolor en las articulaciones afectadas, que se agrava con el movimiento.

Este dolor tiene un patrón correspondiente a la afectación articular, aunque no siempre se correlaciona con el grado de inflamación.

La rigidez generalizada es habitualmente mayor tras los períodos de inactividad. La rigidez matutina superior a una hora de duración es una característica casi invariable de artritis inflamatoria y sirve para distinguir esta afectación de los diferentes trastornos articulares de carácter no inflamatorio. La duración e intensidad de la rigidez.

**5.1.6.3. Manifestaciones extraarticulares .** Nódulos reumatoides: aparecen en el 20 al 30% de los pacientes con AR. Habitualmente surgen sobre estructuras periarticulares, superficies extensoras u otras zonas sujetas a presión mecánica. Casi de forma invariable aparecen en pacientes con factor reumatoide circulante.

Vasculitis reumatoide: puede afectar a casi cualquier órgano o sistema, se observa en pacientes con AR grave y títulos elevados de factor reumatoide circulante. Es su forma más agresiva, la vasculitis reumatoide puede causar polineuropatía o mononeuritis múltiple, ulceración cutánea con necrosis dérmica.

**5.1.7. Tratamiento de la artritis reumatoide.** La artritis reumatoide es una enfermedad crónica con causas y mecanismos de producción complejos y no suficientemente conocidos,



por lo cual no es de extrañar que su tratamiento sea igualmente complejo y prolongado (Jurado,2015).

Lamentablemente, el tratamiento disponible en la actualidad no permite curar la enfermedad, aunque sí permite aliviar de manera notable la intensidad de las manifestaciones, reducir, o incluso frenar la actividad inflamatoria y prevenir las secuelas de las fases avanzadas .

El tratamiento consiste básicamente en la combinación de una terapia no farmacológica y una terapia farmacológica. De forma complementaria, a veces se recurre a la cirugía, por ejemplo para reconstruir un tejido afectado o para reemplazar una articulación por una prótesis (Jurado, 2015).

## **5.2. Evolución de la artritis reumatoide**

**5.2.1. Generalidades.** La artritis reumatoide sigue habitualmente un curso crónico, y si no se trata de forma precoz y oportuna puede ocasionar un notable deterioro de la capacidad física y de la calidad de vida del afectado; además, se asocia a un posible acortamiento de la vida.

La AR es la principal enfermedad musculoesquelética capaz de producir un grado importante de incapacidad funcional. Si la dolencia sigue su evolución natural sin que se aplique tratamiento, a los 10 años del inicio alrededor del 50% de los afectados no están en condiciones de mantener un trabajo a tiempo completo. Y en las fases más avanzadas de la enfermedad, si no se instaura el debido tratamiento, alrededor del 10% tienen dificultades para llevar a cabo actividades cotidianas como lavarse, vestirse y comer.

Según datos estadísticos, la esperanza de vida en las personas con AR se reduce, globalmente, entre tres y siete años, siendo las principales causas de fallecimiento las mismas que las de la población general: las enfermedades cardiovasculares, las infecciones y el cáncer.

Cabe destacar que estos datos se han generado en épocas en las que no se contaba con las nuevas opciones terapéuticas disponibles en la actualidad y cuando era más habitual que no se procediera al tratamiento oportuno en las fases iniciales del trastorno.

Por fortuna, hoy en día, gracias a la disponibilidad de nuevos medicamentos más eficaces y a la mayor frecuencia con que se instaura el tratamiento en las fases iniciales de la enfermedad, se está consiguiendo una mejora notable tanto de la evolución como del pronóstico de la AR.

**5.2.2. Formas de evolución.** La Artritis reumatoide (AR) puede evolucionar de forma muy diversa. En estudios sobre la evolución de la enfermedad, realizados con datos correspondientes a miles de personas con AR, se ha comprobado que existen tres formas de evolución principales: aguda, cíclica y progresiva.

**5.2.2.1. Artritis reumatoide aguda.** En alrededor del 20% de los casos, la AR se presenta en forma de un único episodio de artritis que puede durar desde unos días hasta unos cuantos meses y se sigue de un período de remisión o ausencia de síntomas de como mínimo un año de duración. Este patrón de evolución es el más favorable.

**5.2.2.2. Artritis reumatoide cíclica.** En aproximadamente el 70% de los casos, la AR evoluciona de forma cíclica, alternándose períodos de exacerbación sintomática, o brotes, que suelen durar unas semanas o meses, con períodos de relativa calma o ausencia total de síntomas. Este patrón de evolución es menos favorable que el anterior, porque suele acompañarse de un deterioro paulatino de la funcionalidad articular y de la calidad de vida

**5.2.2.3. Artritis reumatoide progresiva.** En cerca del 10% de los casos, la AR evoluciona ininterrumpidamente de forma progresiva, es decir, la inflamación articular se mantiene de forma continua. Este patrón de evolución es el que tiene un peor pronóstico, ya que tiende a conducir a un pronto deterioro de la función articular y de la calidad de vida.

**5.2.2.4. Otras formas de AR.** En raras ocasiones, la enfermedad adopta otras formas de evolución. Una de ellas es la artritis robusta, que afecta particularmente a varones que desarrollan una intensa actividad física y en la que, a pesar de que existe una intensa actividad inflamatoria articular, no suelen producirse síntomas importantes ni deterioro funcional. También están la artritis reumatoide senil, que se inicia en personas mayores de 70 años de edad y suele tener un buen pronóstico; el reumatismo palindrómico, caracterizado por episodios cíclicos de artritis en una sola articulación, también con buen pronóstico, y la nodulosis reumatoide, en la que la inflamación articular no suele ser notoria ni generar complicaciones, pero en cambio se desarrollan numerosos nódulos reumatoides.

### 5.3. Calidad de vida

**5.3.1. Aproximación histórica.** El término calidad de vida es reciente, aparece hacia 1975 y tiene su gran expansión a lo largo de los años ochenta. Su origen proviene principalmente de la medicina para extenderse rápidamente a la sociología y la psicología, desplazando otros términos más difíciles de operativizar como felicidad y bienestar. Pero aunque el término es reciente, bajo la forma de preocupación individual y social por la mejora de las condiciones de vida, existe desde los comienzos de la historia de la humanidad. Resulta difícil pues, hablar de un enfoque histórico, ya que es más actualidad que historia. Como señala García Riaño (1991), no existen referencias históricas bibliográficas del concepto calidad de vida en sí, de ahí que tengamos que recurrir a sus términos afines (salud, bienestar y felicidad) para hacer un poco de historia. <sup>3</sup> Su desarrollo tiene dos fases claramente delimitadas. La primera de ellas surge con las primeras civilizaciones, se extiende prácticamente hasta finales del siglo XVIII y se preocupa básicamente por la salud privada y pública. La segunda aparece con el desarrollo de la concepción moderna del estado, y la instauración de una serie de leyes que garantizan los derechos y el bienestar social del ciudadano, proceso extremadamente reciente que converge con la aparición del "estado del bienestar" (Harris, D. 1990), y que algunos (Harris, R. 1989) consideran un fenómeno en vías de autolimitación si no de extinción.

Las civilizaciones egipcia, hebrea, griega y romana crearon la gran tradición occidental de la preocupación por la salud del sujeto, atendiendo bien a los factores de higiene personal y alimenticios, como en Grecia, bien a la ingeniería sanitaria de conducción y eliminación de aguas, como en Roma. La salud era considerada principalmente como la existencia de un espacio público y colectivo en el que la vida social podía desarrollarse sin grandes riesgos. De aquí sus medidas contra ciertas epidemias como la lepra. Más tarde, la tradición clásica se canaliza a través del Imperio Bizantino y se extiende al mundo árabe que la reintroduce de nuevo en Europa. Durante la Edad Media, presidida por el cristianismo, se produjo una reacción, de forma que el desprecio por lo mundano y la "mortificación de la carne" condujo al abandono personal y público, a un cambio de las conductas en relación con la higiene privada y pública, abandonándose las formas más elementales de saneamiento, cerrándose los baños públicos y despreocupándose de la salubridad e higiene de los lugares públicos (Piédrola, 2015).

Probablemente las primeras normas legales acerca de la salud pública aparecen por primera vez en Inglaterra (S.XII), luego en Francia (S.XIII) y finalmente en Alemania <sup>4</sup> e Italia (S.XIV), y están referidas a la contaminación de las aguas, estado de los alimentos en

los mercados, alcantarillado, pavimentación y limpieza de las calles (García Riaño D. 1991). No obstante, su alcance fue muy limitado, generalmente de tipo local. Sorprendentemente, ni el Renacimiento ni el largo transcurso de toda la Edad Moderna produjeron cambios sustanciales en la mejora de la salud pública y en el desarrollo de los derechos sociales. (Piédrola, 2015).

Hay que esperar el tardío siglo XVIII y los comienzos del siglo XIX para asistir a una legislación en la que se trata de la regulación del trabajo y del descanso, de la enfermedad y de los accidentes, de la maternidad, de la vejez y de la muerte, emergiendo paulatinamente el área del bienestar social del problema de la simple salud pública. El "Informe Chadwick" (1842) en Inglaterra y el "Informe Shattuk" (1850) en Estados Unidos están considerados como los comienzos de una acepción de la Salud Pública en la que los aspectos de salud y de bienestar social están íntimamente imbricados. En ambos informes se analizan conjuntamente la salubridad pública, las condiciones de trabajo, la dieta y el sistema alimenticio, la tasa de mortalidad y la esperanza de vida, el sistema de escolarización, el estado de las viviendas y de las ciudades así como las formas de vida de las distintas clases sociales (Piédrola, 1991). El reconocimiento de los derechos humanos y de los derechos de los ciudadanos en los estados del siglo XIX dio lugar a nuevas formas de calidad de vida consistentes en el reconocimiento de la actividad y de la acción individual, de la lucha política y de la libertad de asociación y reunión, de la libertad de creencias, de opiniones y de su libre expresión. El concepto de calidad de vida ganaba así una nueva frontera social y política. A partir de la Segunda Guerra Mundial el establecimiento de las democracias parlamentarias y la instauración de una economía de mercado ha permitido un desarrollo económico sin igual. Si la iniciativa privada ha permitido la generación de importantes capitales personales y familiares, el concepto de justicia social y distributiva y el establecimiento de sistemas fiscales ha permitido la creación de bienes colectivos y públicos para su uso comunitario. (Gibofsky, 2014)

En este contexto la calidad de vida se ha asociado al desarrollo económico, a la instauración de un mercado de consumo y a la adquisición de bienes materiales, privados y públicos. El posible error en esta última fase ha consistido en vincular la calidad de vida al puro desarrollo económico, olvidando los aspectos más cualitativos del concepto (Blanco, A. 1985). Ni la sociedad opulenta y consumista significa calidad de vida, ni el bienestar material y económico coincide con el bienestar subjetivo, la satisfacción con la vida y el sentimiento de felicidad. A lo largo de su desarrollo histórico, el concepto de calidad de vida

se ha caracterizado por su continua ampliación. De forma sucinta podría considerarse que si inicialmente consistía en el cuidado de la salud personal, pasa luego a convertirse en la preocupación por la salud e higiene públicas, se extiende posteriormente a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, continúa con la capacidad de acceso a los bienes económicos, y finalmente se convierte en la preocupación por la experiencia del sujeto de su vida social, de su actividad cotidiana y de su propia salud. El concepto deviene así más rico, complejo y también frágil. (Myerscough et al., 2015)

### **5.3.2. Salud y calidad de vida**

**5.3.2.1 Aspectos generales.** La sensibilidad por la salud es un signo de nuestra época al que acompaña la preocupación por su continua y reiterativa evaluación. Lamentablemente, por regla general nuestra sociedad ha dado más énfasis al concepto de enfermedad (influído por el modelo médico-biológico individual), y ha prestado más atención a la curación que a la idea de prevención (Camarero Sánchez C., 1982). El resultado ha sido el desarrollo de una altísima tecnología de intervención con unos costes económicos de difícil factura individual y social. Desde esta perspectiva, si se quiere evitar el colapso de los servicios de sanidad se hace imprescindible el desarrollo de una actitud que promocióne la prevención y que se haga más sensible a las dimensiones positivas de la salud. (Piédrola, 2015).

Por su misma naturaleza el concepto de salud no puede describirse ni exclusiva ni predominantemente en términos negativos, como ausencia de enfermedad. Desde su constitución (1946), la OMS ha especificado que la salud "es un estado de bienestar físico, mental y social y no meramente la ausencia de enfermedad" (OMS, 1958); y posteriormente el documento "Salud para todos en el año 2000" (OMS, 1985) y el Ottawa Charter for Health Promotion (1986) han insistido en la dimensión positiva de la salud. (Kasper et al., 2015)

La definición positiva de la salud presentada por la OMS y su estructura y componente multidimensional obliga a abandonar en su estudio una perspectiva exclusivamente médica, centrada en un modelo biológico individual, y referirse a ella dentro de un marco multidisciplinar. La propuesta de un modelo biopsicosocial cumple en parte esta intención, aunque el desarrollo actual del modelo sea incompleto, en parte fragmentario, y con frecuencia el recurso más a un programa de desarrollo que a un modelo real y actual. La propuesta del modelo biopsicosocial lleva inevitablemente a incardinarse dentro del marco de la Teoría General de Sistemas (Bertalanffy, 1968) y a tratar de desarrollar el concepto de salud y de enfermedad desde un enfoque necesariamente interdisciplinar. (Paulos & Liendo, 2014)

En este contexto la aportación de disciplinas como la demografía, la sociología y la psicología puede proporcionar elementos importantes. Específico de la psicología puede ser el estudio de sus causas por lo que se refiere a los estilos de vida asociados a la aparición de enfermedad, o el examen de sus mediadores que incluyen: variables cognitivas y sociales (Sarason y cols., 1983), factores ambientales (Cohen y cols., 1980), y estado del sistema inmunológico asociado a variables psicológicas (Biondi, 1985). Una parte importante de ella se preocupa de la modificación de la conducta y del desarrollo de programas comportamentales favorecedores de la mejora de salud. (Piédrola, 2015).

El viejo concepto de la salud como equilibrio entre el hombre y su medio ambiente, entre hombre y naturaleza, entre hombre y sociedad, entronca con este mismo concepto interdisciplinar de salud. Por otra parte, si como proponen Schwartz y Schwartz (1983) el término salud mental tiene una amplitud que engloba la totalidad del comportamiento humano, el énfasis dado a la salud en el estudio de la calidad de vida tiene toda su justificación. (Piédrola, 2015).

De forma genérica, e intentando aproximaciones operativas, el concepto positivo de salud puede ser descrito como "la habilidad para enfrentarse a situaciones difíciles, el mantenimiento de sistemas fuertes de apoyo social, la integración en la comunidad, una alta moral, bienestar psicológico y un buen funcionamiento físico" (Lamb, 2016).

Cualquiera de los aspectos o sistemas descritos tiene su propia estructura y funcionamiento así como una interdependencia con todos los demás.

Como ha quedado expresado, los problemas de la medición de la salud comienzan con sus problemas de definición y el enfoque objetivo o subjetivo que se adopte. Cuando se ha utilizado el enfoque de indicadores externos han sido múltiples a los que se ha recurrido, los más aconsejables de ellos son aquellos que pueden ser utilizados como predictores de morbilidad y mortalidad. El enfoque subjetivo se centra en la percepción personal de la salud, un aspecto que es esencial a la hora de predecir o buscar ayuda médica. De hecho, la percepción del propio estado de salud está más asociada al uso de los servicios de salud que la propia condición clínica o patológica del sujeto. (Domingo, 2015)

Aunque la mayoría de escalas que evalúan la salud constan de diferentes subescalas y numerosos ítems, en algunos casos, la evaluación del estado de salud ha consistido en la formulación de un sólo ítem en el que se le pregunta al sujeto la apreciación global de su estado de salud. Según Kaplan y Camacho (1983) se ha encontrado que la mortalidad es tres

veces mayor en los sujetos que describen su estado de salud como pobre que en aquellos que la evalúan como excelente, lo que avala su posible uso.(Gómez, 2014)

El uso de las listas de adjetivos o Check list de síntomas ha sido otro de los sistemas para evaluar el estado de salud. En este caso se pregunta al sujeto si sufre algunos de los síntomas descritos. Este sistema ha sido el utilizado en algunas encuestas a nivel nacional (Dunell y Cartwright, 1972), aunque los resultados obtenidos no son precisos ni específicos, dándose frecuentemente un sesgo afirmativo en el número de respuestas. A pesar de ello los argumentos a favor de las listas de adjetivos consideran que son más objetivos y corresponden mejor a los propósitos de la medida. Contra ellos se ha argumentado que sólo pueden detectar los problemas más serios de desordenes y que no pueden identificar los problemas emocionales a menos que se manifiesten somática o conductualmente. No obstante estas críticas, diferentes estudios de validez han mostrado su sensibilidad y especificidad, especialmente si se utilizan con otro tipo de técnicas de evaluación. Mientras las preguntas directas parecen necesarias para evaluar los aspectos positivos de la salud, la lista de síntomas provee de datos específicos sobre los sujetos sintomáticos. (Piédrola, 2015).

El problema básico de la evaluación de la salud a partir de autoinformes es su marcada subjetividad, tanto en un sentido como en otro. La experiencia de estar enfermo no es, afortunadamente, ninguna garantía de ello, pero la experiencia de "estar malo" o simplemente de sentirse mal es un hecho de valor clínico, independientemente de su posible correspondencia con una patología. Con frecuencia ni las dolencias son precisas ni las atribuciones causales correctas. La psicología social del enfermar y del sentirse enfermo incluye múltiples creencias, expectativas y diferentes teorías implícitas del estar enfermo en general, y de determinadas enfermedades en particular. No obstante todo ello, la subjetividad del paciente es casi siempre el primer elemento clínico, lo que implica su uso cauteloso.(Goycochea et al., 2014)

Otro de los problemas más relevantes en la indagación del estado de salud a través de autoinformes es la importancia que tiene el autoconcepto y la autoestima, junto con el estado de ánimo del sujeto, en la evaluación que hace el sujeto de su propio estado de salud. Tanto una autoestima baja como los estados y procesos depresivos tienden a ir asociados con una evaluación negativa de la salud.(Pedersen et al., 2016)

No obstante estas importantes limitaciones, son también múltiples las razones por las cuales puede requerirse y ser importante un estudio de la apreciación que una determinada población hace de su salud. En tales casos Kaplan (1988) ha insistido en la conveniencia de

utilizar instrumentos globales mejor que específicos, debido tanto a razones técnicas, tal como la incapacidad de los sujetos de descender a precisiones, como a razones políticas dada la conveniencia de manejar estadísticas comparativas.(Fernández, 2015)

El Perfil de salud de Nottingham (Hunt, 1984) es uno de los instrumentos más ampliamente utilizados y se ha comprobado que correlaciona bien con los pronósticos de morbilidad y que es altamente sensible a los cambios de salud. El cuestionario General de Salud (Goldberg, 1978) es probablemente uno de los instrumentos más utilizados para la evaluación de la salud mental en Estados Unidos y Europa, así como en el ámbito nacional español. Una de sus mayores ventajas consiste en las diferentes versiones cortas del mismo. El Cornell Medical Index (Brodman, 1949) es uno de los instrumentos más extendidos en el ámbito médico y cumple la función de ser una entrevista médica estandarizada; tiene doce secciones físicas y seis de tipo psicológico. En el cuadro se han incluido también algunas escalas que evalúan el dolor, de los aspectos actualmente más importantes en la evaluación de la salud, e igualmente uno de los más retadores. La mayoría de estas escalas se concentran en la intensidad del dolor, aunque algunas examinan igualmente el tipo de sensación o su fluctuación temporal. (Piédrola, 2015).



## **6. Metodología**

### **6.1. Enfoque.**

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo y tiene como objetivo valorar la calidad de vida aplicando la recolección de datos para probar hipótesis con base en mediciones numéricas y análisis estadísticos.

### **6.2. Tipo de estudio**

La presente investigación es de tipo descriptivo-transversal, que permite conocer aspectos fundamentales de la investigación, mediante la recolección de información la misma que nos servirá para describir, analizar e interpretar como se manifiesta el fenómeno de estudio.

### **6.3. Área de estudio**

La investigación se realizará en el centro de salud Hugo Guillermo González de Loja que se encuentra ubicado en la ciudad de Loja entre Andres Bello y Juan Jose Peña

### **6.4. Unidad de estudio**

Pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide que acudan a consulta en centro de salud Hugo Guillermo González de Loja

### **6.4. Universo y muestra**

El universo estará integrado por los pacientes que presenten artritis reumatoide del centro de salud Hugo Guillermo González de Loja en el periodo agosto 2019 – febrero 2020.

### **6.5. Criterios de inclusión**

- Personas mayores de 18 años con diagnóstico de artritis reumatoide
- Adultos de ambos sexos con diagnóstico de artritis reumatoide
- Personas con diagnóstico de artritis reumatoide dispuestas a colaborar con la investigación

### **6.6. Criterios de exclusión**

- Menores de edad con diagnóstico de artritis reumatoide
- Adultos con diagnóstico de artritis reumatoide que tengan limitaciones senso-perceptivas que impidan una buena comunicación
- Personas con diagnóstico de artritis reumatoide indispuestas a colaborar con el estudio

### **6.7. Técnicas**

Se utilizará el cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea” (QoL-RA), en la versión desarrollada en español por Danao, Padilla, y Jonson (2001)

### **6.8. Instrumento**

Para el cumplimiento del primer objetivo se utilizara previa firma del consentimiento informado (anexo 1) una hoja de recolección de datos informativos (anexo 2) que será entregada a los pacientes para que nos brinden la información correspondiente; para el cumplimiento del segundo objetivo también se utilizara la hoja de recolección de datos y en el caso que desconozcan el tiempo exacto se revisaran las historias clínicas respectivas, y finalmente para el cumplimiento del tercer objetivo se utilizará el “Cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoide” (QoL-RA), en la versión desarrollada en español por Danao, Padilla, y Jonson (2001). Consta de 8 ítems con 10 posibilidades de respuestas que van desde (1) “muy mala calidad de vida”, hasta (10) “excelente calidad de vida”. El desarrollo de la escala partió del cuestionario HRQoL teniendo en cuenta los aspectos positivos y negativos asociados a la vida de pacientes con artritis reumatoide que se ven modificados por el estado funcional y el deterioro causado por la enfermedad.

### **6.9. Procedimiento**

La presente investigación se inicia con la aprobación del proyecto de investigación, luego de recibir la pertinencia correspondiente, se realizaran los trámites pertinentes para obtener el permiso de las autoridades pertinentes en el hospital Manuel Ygnacio Monteros.

Luego se procederá a realizar la recolección de datos previo consentimiento informado aplicando los instrumentos antes mencionados y constatando que se cumplan los criterios de inclusión y exclusión, y se obtendrá la prevalencia de artritis reumatoide, el tiempo de evolución de esta enfermedad y la calidad de vida en los pacientes.

Finalmente se plasmaran los resultados con la ayuda de Excel en gráficos didácticos.

### **6.10. Equipos y materiales**

- Equipos: Computadora portátil e impresora
- Materiales: Hojas de papel bond, esferos, lápiz, borrador y libreta de datos.
- Recursos humanos: Pacientes con artritis reumatoide, investigador y director de tesis

### 6.11. Plan de tabulación de datos

Para el análisis e interpretación de los resultados que se obtuvieron de las encuestas, se utilizara el programa Excel, el cual nos permitirá representar esquemáticamente los objetivos específicos previamente planteados.

### 6.12. Plan de presentación de datos

Los datos serán presentados en formato de tablas, los mismos que indicaran los resultados por cada uno de los objetivos específicos.

### 6.13. Operacionalización de variables

<b>Variables</b>	<b>Definición</b>	<b>Indicador</b>	<b>Medición</b>
Artritis Reumatoide	Enfermedad inflamatoria crónica que afecta a muchas articulaciones, incluidas las de las manos y los pies.	Diagnostico clínico	Positivo Negativo
Tiempo y evolución de la enfermedad	Tiempo que transcurre desde la fecha del diagnóstico	Días Meses Años	Menos de 30 días Menos de 1 año 1-5 años 5-10 años >10 años
Calidad de vida	Está directamente asociada al concepto de bienestar, y ha sido objeto de una atención permanente en los temas desarrollo social, economía y cultura. Busca un equilibrio entre la cantidad de seres humanos, los recursos disponibles y la protección del medio ambiente.	Cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea” (QoL-RA) que mide el impacto de la artritis reumatoide en la calidad de vida	Rangos del 1 al 10 1= muy mala 10= excelente

## 7. Cronograma

TIEMPO	2019												2020						
	AGOSTO			SEPTIEMBRE			OCTUBRE			NOVIEMBRE			DICIEMBRE		ENERO		FEBRERO		
Trámites para pertinencia																			
Validación del instrumento																			
Recolección de datos																			
Organización de la información																			
Tabulación y análisis de datos																			
Redacción de informe																			
Revisión y corrección de tesis																			
Presentación de tesis																			

## 8. Presupuesto

<b>Concepto</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Costo unitario (USD)</b>	<b>Costo total(USD)</b>
<b>Viajes Técnicos</b>			
Transporte	40	1.25	50
<b>Materiales de oficina</b>			
Hojas de papel bond	1000	0,05	50
Lápices, esferos	10	0,40	4
Sobres de manila	10	0,50	5
Impresiones	1000	0,15	150
<b>Recursos bibliográficos y Software</b>			
Software	1	40	40
<b>Gastos Varios</b>			
Imprevistos	20	2	40
<b>Total</b>			<b>339</b>

## 9. Bibliografía.

- Alejandro, B. C., & Petra, F. (2019). Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide para el *Sociedad Española de Reumatología*, 1–70.
- Alutiz, A. C. (2017). *Aprendiendo a convivir con la Artritis Reumatoide Información para el paciente. 1*, 51. [www. ser.es](http://www.ser.es).
- Alvarez Nemegyei, J., et al. (2014). Prevalence of Musculoskeletal Pain and Rheumatic Diseases in the Southeastern Region of Mexico. *The Journal of Rheumatology*, 10, 43–61.
- Armas Rodríguez, W. E., Alarcón Medina, G. A., Ocampo Dávila, F. D., Arteaga, C. M., & Arteaga Paredes, P. A. (2019). Artritis reumatoide, diagnóstico, evolución y tratamiento. *Revista Cubana de Reumatología*, 21(3), 114.
- Carmona, L., Villaverde, V., García, C., & Laffon, A. (2015). Prevalencia de Artritis Reumatoide en la población española. *Oxford Juurnal*, 41, 88–95.
- Chile, U. C. de. (2015). *Principios de Bioética*.
- Colegio Americano de Reumatología. (2016). Guía para el manejo de artritis reumatoide. *Guía Clínica Para El Manejo de Artritis Reumatoide*, 713–726.
- Cruz-Castillo, Y., Montero, N., Salazar-Ponce, R., & Villacís-Tamayo, R. (2017). Calidad de vida en pacientes ecuatorianos con artritis reumatoide: Un estudio transversal. *Reumatología Clínica*. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.08.012>
- Cruz-Castillo, Y., Montero, N., Salazar-Ponce, R., & Villacís-Tamayo, R. (2019). Calidad de vida en pacientes ecuatorianos con artritis reumatoide: un estudio transversal. *Reumatología Clínica*, 15(5), 296–300. <https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.08.012>
- Domingo, M. (2015). Evaluación e Impacto de la Investigación Farmacéutica mediante el seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes diagnosticados de Artritis Reumatoide en Tratamiento con Terapia Biológica. *Granada*, 19–23.
- Espinosa Balderas, D., Hernández Sosa, M. del C., & Cerdán Galán, M. (2018). Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide. *Atención Familiar*, 24(2). <https://doi.org/10.22201/facmed.14058871p.2017.2.59153>
- Fernández, J. (2015). Preguntas frecuentes acerca de la artritis. *Reumatología Hospital Juan*

- Canalejo. *Sociedad Riojana de Reumatología*, 132–140.
- García De Yébenes, M., & Loza, E. (2018). Artritis reumatoide: epidemiología e impacto sociosanitario. *Reumatología Clínica*, 14(Supl.2), 3–6.
- Gibofsky, A. (2014). Revisión de Epidemiología, Fisiopatología y Diagnóstico de Artritis Reumatoide. *Weill Medical College of Cornell University*, 327–501.
- Gómez, A. (2014). Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide. *Doyma, Elsevier*.
- Goycochea, M., Sanin, L., Moreno, J., Alvarez, J., & Burgos, R. (2014). Validación de el cuestionario COPCORD Core como instrumento para la clasificación de la artritis reumatoide. *Revista de Reumatología*, 38.
- Jurado, M., Stajnsznajder, P., & Cassan, A. (2015). Artritis reumatoide: información para pacientes y familiares. *Conatritits*.
- Kasper, D., Hauser, S., Jameson, J., & Anthony, F. (2015). *Harrison Principios de Medicina Interna* (19°).
- Mestanza, M., Zurita, C., & Armijos, R. (2014). Prevalencia de artritis reumatoide en una comunidad rural en Ecuador. *COPCORD*.
- Ministerio de Salud Pública. (2016). *Artritis reumatoide. Guía de Práctica Clínica* (1st ed.).
- Myerscough, A., Marlow, A., Hajeer, A., Silman, A., & Ollier, W. (2015). *Linkage of cytokine genes to rheumatoid arthritis Evidence of genetic heterogeneity*. 57, 261–365.
- Paulos, J., & Liendo, C. (2014). Ortopedia y traumatología. *Académica de La Pontificia Universidad Católica de Chile*, 325.
- Pedersen, M., Jacobsen, S., Klarlund, M., & Frisch, M. (2016). El nivel socioeconómico y el riesgo de artritis reumatoide: un estudio de casos-controles. *J Rheumatol*, 33, 1069–1074.
- Prada, D., Hernández, C., Gómez, J., Gil, R., Reyes, Y., Solís, U., & 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.
- Riedemann, P., Muñoz, S., & Kavanaugh, A. (2015). El rol de los anticuerpos anti- CCP in la artritis reumatoide. *Clin Expert Rheumatol*.
- Rodriguez, E., Barros, P., Silva, E., Costa, I., & Pereira, L. (2014). Prevalencia de artritis reumatoide en Brasil. *The Journal of Rheumatology*, 38, 107–122.
- Secco, A., Alfie, V., Espinola, N., & Bardach, A. (2020). Epidemiología, uso de recursos y

costos de la artritis reumatoidea en Argentina. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 37(3), 532–540.

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2020.373.4766>

Sociedad Ecuatoriana de Reumatología. (2014). *Guías Clínicas de Diagnóstico y Tratamiento de la Artritis Reumatoide*.

Sociedad Ecuatoriana de Reumatología. (2019). Reumatología al Día. *Revista*, 14(1390–9185), 1–29. <http://www.serecuador.com.ec/wp-content/uploads/2016/05/Revista-Reumatologia-al-Dia-Vol-14.pdf>

Sociedad Española de Reumatología. (2019). Guía de practica clínica para el manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide. In *Sociedad Española de Reumatología*. <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2019/03/Guia-de-Practica-Clinica-para-el-Manejo-de-Pacientes-con-Artritis-Reumatoide.pdf>

Vargas, S., Moreno, M., González, J., Vera, C., & Ríos, C. (2015). Características clínicas de pacientes con artritis reumatoidea. Estudio Piloto multicéntrico. Hospital Luis Vernaza. Hospital de laPolicía, Serli. Guayaquil. *Revista Chilena de Reumatología*, 16, 379–401.



## 10. Anexos

### 10.1. Anexo 1: Consentimiento informado



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA**  
**FACULTAD DE LA SALUD HUMANA**  
**CARRERA DE MEDICINA HUMANA**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

He sido invitado a participar en la investigación sobre la Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en el centro de salud Hugo Guillermo González de Loja

Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona.

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado.

Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico.

Nombre del Participante \_\_\_\_\_

Firma del Participante \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador \_\_\_\_\_

Firma del Investigador \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado \_\_\_\_\_

## 10.2. Anexo 2. Cuestionario de encuesta sobre la Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea” (QoL-RA)



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

Yo , como estudiante de la universidad nacional de Loja en la carrera de medicina humana estoy realizando mi proyecto de tesis con el tema” **Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en el centro de salud Hugo Guillermo González de Loja**”, motivo por el cual le pido que me ayude llenando la siguiente encuesta de la manera más conveniente y sincera posible

### 1. Datos Generales

**Edad:**

**Sexo:** Masculino ( ) Femenino ( )

**Ocupación:**.....

**Escolaridad:** Ninguno ( ) Primaria ( ) Secundaria ( ) Universidad ( )

**Estado civil:** Soltero/a ( ) Casado/a ( ) Unión libre ( ) Divorciado/a ( ) Viudo/a ( )

**Vive solo:** Si( ) No( )

**Antecedentes familiares con artritis reumatoide:** Si ( ) No ( )

**Fecha de diagnóstico de la artritis reumatoide:** .....

**Fármacos que utiliza para el tratamiento:**.....

### 2. Cuestionario de Calidad de Vida en la Artritis Reumatoidea” (QoL-RA)

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

**Calidad de vida en artritis Reumatoidea. (Versión española)**

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”

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 lo que Ud. Dijo acerca de su estado de ánimo, ¿diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:?

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

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

## 10.7. Anexo7.Traducción certificada.

Loja 31 de mayo de 2021

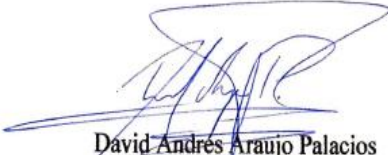
David Andrés Araujo Palacios

**TRADUCTOR E INTÉRPRETE DE IDIOMAS(INGLÉS-ESPAÑOL-INGLÉS)**

### **CERTIFICO:**

Que se ha realizado la traducción de español a inglés del resumen del Artículo Científico y Resumen derivados de la tesis denominada **“Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en el centro de salud Hugo Guillermo González de Loja”**. De autoria del señor: **DARWIN LEONARDO ORDOÑEZ AGUIRRE**, portador de la cédula de identidad número **1105817413**, estudiante de la Carrera de Medicina de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja, la misma que se encuentra bajo la dirección del Dr. Edgar Augusto Guamán Guerrero, previo a la obtención del título de Médico General.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso del presente en lo que considere conveniente.



David Andrés Araujo Palacios

Senescyt: MDT-3104-CCL-252098

David A. Araujo P.  
TRADUCTOR  
3104-2021-252098  
C.I.:1104521545