

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

Tesis presentada por la Bachiller:

**Paredes Vilca, Zuliet Jackeline**

para optar el Título Profesional de:

Medico Cirujana

**Asesora:**

Dra. Muñoz Del Carpio Toia Águeda  
Rossangella

**Arequipa-Perú**

**2020**



Universidad Católica  
de Santa María

97

AREQUIPA-PERÚ

(51 54) 382038 <http://www.ucsm.edu.pe> [facebook.com/ucsm.edu.pe/](https://www.facebook.com/ucsm.edu.pe/)

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS  
DECRETO N° 100 - FMH-2020

Visto el Borrador de Tesis titulado:

“ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE”

Presentado por el (la) Sr(ta):

**PAREDES VILCA, ZULIET JACKELINE**

Nuestro dictamen es:

*Favorable*

OBSERVACIONES:

Arequipa, *09 marzo 2020*

GRA. GERENCIA REGIONAL DE SALUD  
Hospital Regional Honorato Seligano  
Departamento de Medicina  
Servicio de Reumatología  
DR. CARLOS HUAYACUERRA  
Dr. CARLOS HUAYACUERRA  
JEFE DE SERVICIO  
M.P. 18758-R.N.E. 4494

*[Signature]*  
DR. GUILLERMO PACHECO CHAVEZ

*[Signature]*  
Alejandro R. Miranda Pinto  
Médico Especialista  
HOSP. HONORATO SELIGANO  
Módulo de Reumatología  
DR. ALEJANDRO MIRANDA PINTO

## DEDICATORIA

*A Dios por guiar mi camino y por su amor infinito.*

*A mis padres Efraín y Aquilina por su amor y apoyo incondicional, por estar presente en cada momento importante de mi vida, por su ejemplo de perseverancia, por su valentía para afrontar cada obstáculo de la vida.*

*A mis hermanas Fernanda, Mariela y Evelin por la alegría que siempre irradian, por ser mi amigas y compañeras de vida.*

*A mi mamá Teresa por su amor incondicional, por cuidar de mí.*

*A mi tía Justina por su ejemplo de fortaleza, por ser fuente de inspiración para la realización de este trabajo, por ser como una segunda madre para mí.*

*A todos los pacientes con Artritis Reumatoide toda mi admiración, respeto y cariño sincero.*

## AGRADECIMIENTOS

*A la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, por formarme como Médico Cirujana a lo largo de estos años.*

*A los médicos reumatólogos que apoyaron en la realización de este trabajo, por los consejos brindados, por el increíble trabajo que realizan en beneficio de los pacientes.*

*A los médicos de medicina física y rehabilitación por el apoyo brindado en la realización de este trabajo, por ser parte fundamental del tratamiento de los pacientes.*

*A los pacientes con Artritis Reumatoide que participaron de este estudio, mi infinita admiración por el esfuerzo que realizan día a día para afrontar esta enfermedad.*

*Al club de la artritis del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza por permitirme conocerlas y aprender de ellas. Por qué a pesar del dolor siguen en pie batallando todos los días contra la enfermedad.*

## EPIGRAFE

*“Tenemos que hacer lo mejor que somos capaces de hacer.  
Esta es nuestra sagrada responsabilidad como humanos”.*

*Albert Einstein*

*“Los ríos no beben su propia agua, los árboles no comen sus propios frutos, el sol no brilla para sí mismo y las flores no esparcen su fragancia para sí mismas, vivir para los otros es una regla de la naturaleza, la vida es buena cuando tu estás feliz pero la vida es mucho mejor cuando los otros son felices por causa tuya, nuestra naturaleza es el servicio quien no vive para servir no sirve para vivir”.*

*Papa Francisco*

*“El sueño es la inmovilidad y la inmovilidad es la rigidez. Comienza el ritual diario de la puesta en marcha. Me arrastro hasta la bañera con agua caliente, ¡qué dicha! Con suerte alcanzo las escaleras para desayunar. El día va transcurriendo, me muevo mucho mejor, pero justo en el momento de acostarse el ciclo se repite. Dudo que la mayoría de mis colegas tengan la más remota idea de la finura de este príncipe torturador”.*

*Kent P. Br Reumatólogo inglés afectado de artritis reumatoide.*

## RESUMEN

**Antecedentes:** La artritis reumatoide es una enfermedad crónica, autoinmune, sistémica, inflamatoria, se define como un proceso auto inflamatorio que afecta el tejido sinovial de las articulaciones, produce un gran deterioro de la capacidad funcional y afecta la calidad de vida.

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida, el grado de discapacidad funcional y su relación con el uso de tratamiento farmacológico y fisioterapéutico en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Hospital III Yanahuara EsSalud y Policlínico Metropolitano EsSalud de la ciudad de Arequipa.

**Métodos:** Se realizó un estudio descriptivo, correlacional de corte transversal, se realizó una entrevista individualizada en una muestra representativa de 100 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en el servicio de reumatología en la ciudad de Arequipa. Se aplicó una ficha de recolección de datos clínicos y sociodemográficos, se utilizó el instrumento Health Assessment Questionnaire (HAQ), se aplicó el cuestionario específico para evaluar la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide QoL-RA. Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en una base de datos para su posterior interpretación y análisis.

**Resultados:** En cuanto a las características de los pacientes con artritis reumatoide, existe un predominio por el sexo femenino 89%, predomina el grupo etario de 60-69 años con un 32%. Un 37% de la población refirió tener antecedentes familiares. El 46% de los pacientes del estudio presento un grado de discapacidad leve, 44% moderada y 8% severa. Existe una diferencia altamente significativa ( $p < 0.01$ ), entre discapacidad funcional y calidad de vida lo que implica una relación importante, a menor severidad de la discapacidad funcional una mejor calidad de vida. Existe una diferencia significativa ( $p < 0.05$ ) entre la edad y el grado de discapacidad, es decir a mayor edad del paciente mayor grado de discapacidad funcional. No existe diferencia significativa ( $p > 0.05$ ) entre el uso de tratamiento fisioterapéutico y discapacidad funcional.

**Conclusión:** El grado de discapacidad funcional tiene una relación significativa con la calidad de vida. Una mayor edad predispone a un mayor grado de discapacidad funcional.

**PALABRAS CLAVE:** Calidad de vida, Discapacidad funcional, Artritis Reumatoide

## ABSTRACT

Rheumatoid arthritis is a chronic, autoimmune, systemic, inflammatory disease of unknown etiology, it is characterized by a self-inflammatory process that affects the synovial tissue of the joints, produces a great deterioration of functional capacity and decreased quality of life.

To evaluate the quality of life, the degree of functional disability and its relationship with the use of pharmacological and physiotherapeutic treatment in patients diagnosed with rheumatoid arthritis treated in the rheumatology service of the Regional Hospital Honorio Delgado Espinoza, EsSalud Metropolitan Polyclinic and Hospital III Yanahuara EsSalud from the city of Arequipa.

A representative sample of 100 patients diagnosed with Rheumatoid Arthritis treated in the rheumatology department of the Honorio Delgado Espinoza Regional Hospital, Metropolitan Polyclinic EsSalud and Hospital III Yanahuara EsSalud was surveyed. A personal interview was conducted in which a sociodemographic clinical data collection sheet was applied, a questionnaire to describe the degree of functional disability of patients in the Spanish version of the Health Assessment Questionnaire (HAQ) and a specific questionnaire to assess quality of life in patients with rheumatoid arthritis QoL-RA, in the version developed in Spanish. Once the data collection was completed, they were organized into databases for later interpretation and analysis.

Of the total of the respondents there is a predominance by the female sex 89.00%, with respect to the age predominates the patients of 60-69 years with a 32.00%. Regarding the place of birth, Arequipa predominates with 62.00%. Regarding the degree of instruction, secondary education predominates with 35%. Regarding the marital status predominantly married in 47.00%, with respect to work situation predominates housewife in 31%. Regarding the age of diagnosis in predominance the patients were diagnosed with rheumatoid arthritis between 50-59 years in 22.00%. Regarding the time of evolution of the disease, there is a predominance with less than 5 years of evolution with 41.00%. Regarding family history, 63.00% said they had no family members with Rheumatoid Arthritis, and 37% of the population said they had a family history.

**KEY WORDS:** Quality of life, Functional disability, Rheumatoid Arthritis

## INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide es una enfermedad que afecta varios aspectos de la vida, a nivel físico, emocional, laboral y social por lo cual necesita de un enfoque multidisciplinario.

Afecta su estado físico, generando deformidades articulares, que conlleva a un grado de discapacidad funcional lo cual condiciona dificultad para realizar determinadas labores por lo cual aumenta la tasa de desempleo. Se sabe que la artritis reumatoide es una enfermedad multisistémica por lo cual no solo afecta a las articulaciones si no también afecta a órganos internos, generando manifestaciones extra articulares y aumentando su mortalidad. Al ser una enfermedad crónica que no tiene cura, que genera dolor e incapacidad, la calidad de vida se ve afectada por lo tanto el apoyo familiar es fundamental, ya que habrá momentos en los cuales la enfermedad al estar activa, no permitirá que el paciente realice determinadas actividades de la vida diaria y necesite de otra persona que le ayude a realizarlas.

En cuanto al estado emocional, genera sentimientos de desesperanza, tristeza y baja autoestima, los pacientes cursan con síntomas depresivos y de ansiedad, presentan dolor en varias articulaciones lo cual no les permite llevar una vida tranquila. Los pacientes pasan por situaciones de angustia, preocupación, incertidumbre que afecta sus relaciones interpersonales, sociales y la manera en cómo se desarrollan en el mundo.

El tratamiento en la artritis reumatoide se basa en tratamiento farmacológico y no farmacológico, es fundamental instaurar de manera oportuna una terapéutica adecuada para evitar la progresión de la enfermedad. Sin embargo, a pesar de la gravedad de la enfermedad muchos pacientes desconocen o no tienen acceso a una información adecuada sobre el tratamiento del mismo. Por lo tanto, es importante educar al paciente y a sus familiares en todos los aspectos relacionados a la patología, con un enfoque especial en el tratamiento.

Muchos pacientes por diferentes motivos no siguen un tratamiento adecuado y continuo, dentro de las múltiples causas está el factor económico, al no contar con una economía que le permita obtener los medicamentos que necesita, deja de tomar los fármacos que requiere, un aspecto positivo es que varios pacientes del estudio cuentan con un seguro integral de salud que provee medicamentos a las personas de bajos recursos, de igual forma a los pacientes asegurados en EsSalud.

Pero existe otro factor aún más peligroso que la falta de recursos económicos, es la falta de información, el desconocimiento, la ignorancia que juega en contra para la recuperación del

paciente, el desconocer la importancia del tratamiento farmacológico y fisioterapéutico hace que el paciente no inicie de forma oportuna un tratamiento adecuado, el miedo a los efectos adversos de algunos fármacos utilizados para la artritis reumatoide tales como el metrotexate hace que los pacientes no inicien tratamiento con el fármaco buscando otras alternativas.

Se ha visto en este estudio que un gran porcentaje de pacientes nunca llevo un tratamiento fisioterapéutico por desconocimiento del mismo, se sabe que la fisioterapia tiene múltiples beneficios en la vida del paciente con artritis reumatoide ayudando a disminuir el dolor y reducir la rigidez articular permitiéndoles reinsertarse en sus labores diarias, y es importante que los pacientes tengan conocimiento de tales beneficios.

Con un tratamiento oportuno desde el momento del diagnóstico, con una adecuada educación en salud, con apoyo familiar, el paciente puede disminuir las posibilidades de generar algún grado de discapacidad y por lo tanto mejorar su calidad de vida. Recordemos que la enfermedad también afecta el aspecto emocional del paciente por lo cual es importante que lleven tratamiento psicológico y fomentar una salud mental adecuada.

Aún hay mucho por investigar acerca de esta enfermedad, sobre todo en el tratamiento, porque aún no se ha encontrado la cura, sin embargo, los fármacos modificadores de la enfermedad permiten detener la progresión de la artritis reumatoide y que el paciente entre en remisión, el tratamiento fisioterapéutico ayuda a disminuir el dolor y a disminuir la rigidez articular, sin embargo, esto no es suficiente.

Tengo la esperanza por muy complicado que sea, que en algún momento luego de múltiples investigaciones pueda encontrarse una cura a esta enfermedad y acabar definitivamente con todo el calvario que muchos pacientes viven día a día.

Es por toda la problemática que representa la artritis reumatoide que realice este trabajo de investigación con el compromiso de realizar más investigaciones a futuro que permitan dilucidar diferentes aspectos de la enfermedad.

Por lo cual en el presente estudio se describió las características clínico sociodemográficas, se evaluó la calidad de vida, el grado de discapacidad funcional y su relación con el uso de tratamiento farmacológico y tratamiento fisioterapéutico en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología en la ciudad de Arequipa.

Hay mucho trabajo por realizar, muchos aspectos que investigar, nuestro aporte puede ser una arena en el desierto, pero sin eso el desierto seria menos, los pacientes con artritis

reumatoide necesitan de nuestro apoyo, nuestro compromiso, nuestro deber sagrado como seres humanos y como médicos es el de ayudar.



## ÍNDICE

RESUMEN .....	vi
ABSTRACT .....	vii
INTRODUCCIÓN.....	viii
CAPITULO I MATERIALES Y METODOS .....	1
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	2
1.1. Técnicas: .....	2
1.2. Instrumentos: .....	2
1.3. Materiales: .....	2
2. Campo de verificación:.....	2
2.1. Ubicación espacial: .....	2
2.2. Ubicación temporal:.....	3
2.3. Unidades de estudio: .....	3
2.4. Criterios de selección:.....	3
3. Estrategia de recolección de datos.....	4
3.1. Organización:.....	4
3.2. Validación de instrumentos .....	5
3.3. Criterios para manejo de resultados.....	7
CAPITULO II RESULTADOS.....	9
CAPITULO III DISCUSIÓN Y COMENTARIOS .....	68
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS .....	69
CAPITULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....	76
CONCLUSIONES.....	77
RECOMENDACIONES .....	78
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	79
ANEXO .....	82
ANEXO I CONSENTIMIENTO INFORMADO .....	83
ANEXO II FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	85

ANEXO III VERSIÓN ESPAÑOLA DEL HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (HAQ).....	92
ANEXO IV CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA QOL-RA II.....	95
ANEXO V MATRIZ DE DATOS .....	97
ANEXO VI PROYECTO DE INVESTIGACIÓN .....	101



## ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN CENTRO DE ESTUDIO.....	10
TABLA 2 A CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES CON AR .....	12
TABLA 2 B CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES CON AR .....	14
TABLA 3 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES CON AR.....	16
TABLA 4 FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.....	18
TABLA 5 CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (N = 68) .....	20
TABLA 6 CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS (N = 3) ...	22
TABLA 7 NÚMERO DE TRATAMIENTOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD EN LOS PACIENTES CON AR.....	24
TABLA 8 AINES EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA AR (N = 80).....	26
TABLA 9 CORTICOIDES EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA AR (N = 48) .....	28
TABLA 10 TRATAMIENTOS RECIBIDO CON GASTROPROTECTORES (N = 31).....	30
TABLA 11 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EMPLEO DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO .....	32
TABLA 12 CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO (N = 33) .....	34
TABLA 13 EFECTOS DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO (N = 33) .....	36
TABLA 14 MOTIVOS PARA NO RECIBIR FISIOTERAPIA (N = 67).....	38
TABLA 15 TRATAMIENTO OPORTUNO AL DIAGNOSTICARSE LA ENFERMEDAD .....	40
TABLA 16 FACTORES ECONÓMICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD .....	42
TABLA 17 PRESENCIA DE COMORBILIDADES EN LOS PACIENTES CON AR .....	44
TABLA 18 NIVEL DE DISCAPACIDAD EN LOS PACIENTES CON AR.....	46
TABLA 19 CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON AR .....	48
TABLA 20 A INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES .....	50

TABLA 20 A INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES .....	52
TABLA 20 B INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES .....	53
TABLA 21 A INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES .....	55
TABLA 21 B INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES .....	58
TABLA 22 RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN LOS PACIENTES CON AR.....	60
TABLA 23 INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO FARME EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL.....	62
TABLA 24 INFLUENCIA DEL TIEMPO DE ENFERMEDAD EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL...	64
TABLA 25 INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL.....	66

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN CENTRO DE ESTUDIO .....	11
GRÁFICO 2 A CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES CON AR .....	13
GRÁFICO 2 B CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES CON AR .....	15
GRÁFICO 3 CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES CON AR .....	17
GRÁFICO 4 FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD.....	19
GRÁFICO 5 CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (N = 68).....	21
GRÁFICO 6 CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS (N = 3) .	23
GRÁFICO 7 NÚMERO DE TRATAMIENTOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD EN LOS PACIENTES CON AR .....	25
GRÁFICO 8 AINES EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA AR (N = 80) .....	27
GRÁFICO 9 CORTICOIDES EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA AR (N = 48).....	29
GRÁFICO 10 OTROS TRATAMIENTOS RECIBIDOS POR LOS PACIENTES CON AR (N = 31) .....	31
GRÁFICO 11 DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EMPLEO DE TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO.....	33
GRÁFICO 12 CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO (N = 33) .....	35
GRÁFICO 13 EFECTOS DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO (N = 33) .....	37
GRÁFICO 14 MOTIVOS PARA NO RECIBIR FISIOTERAPIA (N = 67) .....	39
GRÁFICO 15 TRATAMIENTO OPORTUNO AL DIAGNOSTICARSE LA ENFERMEDAD .....	41
GRÁFICO 16 FACTORES ECONÓMICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD .....	43
GRÁFICO 17 PRESENCIA DE COMORBILIDADES EN LOS PACIENTES CON AR.....	45
GRÁFICO 18 NIVEL DE DISCAPACIDAD EN LOS PACIENTES CON AR.....	47
GRÁFICO 19 CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON AR .....	49
GRÁFICO 20 B INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES.....	54
GRÁFICO 21 A INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES.....	57
GRÁFICO 21 B INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES.....	59

GRÁFICO 22 RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN LOS  
PACIENTES CON AR .....61

GRÁFICO 23 INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL .....63

GRÁFICO 24 INFLUENCIA DEL TIEMPO DE ENFERMEDAD EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL 65

GRÁFICO 25 INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN LA CAPACIDAD  
FUNCIONAL.....67





# **CAPITULO I**

## **MATERIALES Y METODOS**

## **1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.**

### **1.1. Técnicas:**

En la presente investigación se aplicó la técnica entrevista.

- Debido a la complejidad de algunas preguntas, y la probable dificultad del paciente para escribir y marcar el cuestionario, la técnica que se aplicó fue el de una entrevista personal, se explicó detalladamente de manera personalizada cada pregunta al paciente, definiendo conceptos, resolviendo dudas e inquietudes.
- La entrevista tuvo una duración de entre 25 a 30 minutos por cada paciente que participó del estudio.

### **1.2. Instrumentos:**

El instrumento utilizado consistió en:

- Una ficha de recolección de datos clínicos y sociodemográficos (Anexo 2)
- El cuestionario Health Assessment Questionnaire (HAQ) versión en español, para describir la discapacidad funcional de los pacientes. (Anexo 3)
- Cuestionario específico para evaluar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide QoL-RA, en la versión desarrollada en español. (Anexo 4)

### **1.3. Materiales:**

- Fichas de recolección de datos clínicos y sociodemográficos
- Material de escritorio
- Computadora con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico.
- Impresora Epson L575

## **2. Campo de verificación:**

### **2.1. Ubicación espacial:**

#### **Ubicación geográfica:**

- El presente estudio se realizó en Perú en la ciudad de Arequipa.
- El presente estudio se realizó en consultorios externos del servicio de Reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Hospital III Yanahuara EsSalud y Policlínico Metropolitano Es Salud.

## 2.2. Ubicación temporal:

El estudio se realizó en forma coyuntural durante los meses de enero, febrero y marzo del 2020.

## 2.3. Unidades de estudio:

**Universo:** El universo estuvo conformado por pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide.

**Población:** La población estuvo conformada por pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en consulta externa del servicio de reumatología del:

- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
- Policlínico Metropolitano EsSalud
- Hospital III Yanahuara EsSalud.

**Muestra:** Se realizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, se tomó a todos los pacientes que acudieron a consulta externa del servicio de reumatología durante el tiempo de recolección de datos y que estuvieron de acuerdo en colaborar con el estudio.

## 2.4. Criterios de selección:

### Criterios de inclusión:

- Pacientes mujeres y varones con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en consulta externa del servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Hospital III Yanahuara EsSalud y Policlínico Metropolitano EsSalud de la ciudad de Arequipa
- Mayores de edad
- Participación voluntaria en el estudio

### Criterios de exclusión:

- Pacientes que no deseen participar del estudio
- Cuestionarios mal llenados o incompletos

### 3. Estrategia de recolección de datos

#### 3.1. Organización:

- Se presentó la solicitud para revisión del proyecto de tesis el cual fue evaluado y aprobado por los jurados dictaminadores.
- Se presentó la solicitud para revisión del proyecto de tesis al Comité de Ética de Investigación de la Universidad Católica de Santa María el cual fue evaluado y aprobado con un dictamen favorable.
- Se solicitó una carta de presentación dirigida al Director general del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, otorgada por el Decano de la Facultad de Medicina Humana.
- Se solicitó una carta de presentación dirigida al Jefe de la Oficina de Capacitación, Docencia e Investigación de EsSalud, otorgada por el decano de la Facultad de Medicina Humana.
- Se presentó una solicitud dirigida al Director General del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, para revisión y autorización de aplicación de instrumento, la cual fue evaluada y aprobada.
- Se presentó una solicitud dirigida al Jefe de la Oficina de Capacitación, Investigación y Docencia de la Red Asistencial Arequipa EsSalud para evaluación del protocolo de investigación la cual fue aprobada.
- El protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por el comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Red Asistencial Arequipa EsSalud.
- Una vez obtenida la autorización y aprobación del proyecto se procedió a la ejecución del mismo.
- Se acudió a consulta externa del servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Hospital III Yanahuara EsSalud y Policlínico Metropolitano EsSalud.
- Posterior a ello se procedió a brindar la información necesaria de manera individualizada al paciente con diagnóstico de Artritis Reumatoide, explicándole el motivo del estudio y solicitando su participación voluntaria, asegurando la confidencialidad y anonimato de los datos proporcionados, se respondió detalladamente con un lenguaje comprensible las interrogantes y dudas sobre el estudio.

- Una vez aceptada la participación voluntaria del estudio se procedió a entregar el consentimiento informado.
- Posterior a ello se realizó la entrevista personal con un lenguaje comprensible y accesible para los pacientes explicando de manera detallada cada ítem de la ficha de recolección de datos clínicos sociodemográficos.
- Luego se procedió con la aplicación del instrumento Health Assessment Questionnaire (HAQ) explicando la finalidad y el objetivo del mismo.
- Después se aplicó el instrumento específico para evaluar la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide Qol-RA, en la versión desarrollada en español, explicando de manera minuciosa cada ítem.
- Durante toda la entrevista se resolvió las dudas e interrogantes del paciente la explicación fue dada con un lenguaje comprensible.
- La entrevista tuvo una duración aproximada de entre 25 a 30 minutos por cada paciente.
- Se asistió al servicio de reumatología de los hospitales mencionados de lunes a sábado en horarios de consulta externa de mañana y tarde según sea el caso, la recolección de datos duro 30 días.
- Una vez concluida la obtención de datos, éstos fueron organizados en una base de datos los cuales se interpretaron y analizaron.

### 3.2. Validación de instrumentos

#### **Cuestionario específico para evaluación de calidad de vida en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide: Qol-RA:**

Quality of life in Rheumathoid Arthritis (Qol-RA) es un instrumento determinado para evaluar exclusivamente la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide (1).

Se aplicó el instrumento QOL-RA II el cual fue validado en una cohorte en Argentina en pacientes con Artritis Reumatoide, en donde se elaboró una nueva versión en español, el instrumento presentó una extraordinaria confiabilidad ( $\alpha$  de Cronbach 0,97), reproducibilidad (CCI: 0,96) de igual forma presento una excelente correlación entre los diferentes ítems y el cuestionario (2).

El instrumento presenta ocho ítems con 10 posibilidades de respuesta que van desde 1 que representa muy mala calidad de vida hasta 10 que representa una excelente calidad de vida.

El instrumento evalúa el parámetro físico, psicológico y social a través de 8 elementos: Habilidad física, dolor articular, interacción con familiares y amistades, ayuda de familiares y amigos, salud, tensión nerviosa, cansancio, agotamiento y estado de ánimo (2).

Se clasifico la calidad de vida en: Satisfactoria: 7-10 puntos; Regular: 5-6 puntos; Insatisfactoria: 1-4 puntos (3).

### **Cuestionario HAQ para evaluación de la capacidad funcional en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide.**

Para evaluar el grado de discapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide se empleó el instrumento Health Assessment Questionnaire (HAQ)

El HAQ en su versión española fue validada en la Ciudad de México por Cardiel, con un alfa de Cronbach de 0.9534 (4).

En Perú se realizó un estudio por Calvo, en el cual se validó una versión peruana de la dimensión física del Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ) el cual presento un coeficiente de correlación de Pearson  $r=0,90$  y una fiabilidad  $R=0,87$ . (5)

El instrumento HAQ, desarrolla 20 preguntas distribuidas en 8 categorías que incluyen: arreglarse, vestirse, levantarse, comer, caminar, higiene, alcanzar, prensión y otras actividades, de igual forma pregunta si el paciente necesita la ayuda de otra persona para realizar alguna de estas labores, si emplea determinados utensilios tales como cubiertos de mango ancho, bastón, muletas, andador o silla de ruedas, asiento especial para el baño, asiento alto para el retrete, abridor para tarros que fueron previamente abiertos (1).

El valor que se designa a cada categoría va desde 0 que representa a realizar las tareas sin ninguna dificultad, hasta 3 que representa la incapacidad para realizar determinada tarea.

El valor designado se define como:

- Valor 0 representa sin discapacidad
- Valores entre 0,01 hasta 1 discapacidad leve
- Valores entre 1,01 y 2 discapacidad moderada
- Valores entre 2,01 hasta 3 discapacidad severa (1).

### 3.3. Criterios para manejo de resultados

#### a) **Plan de Recolección**

La recolección de datos se realizó posterior a la evaluación y aprobación del proyecto de investigación por las autoridades correspondientes del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Hospital III Yanahuara EsSalud y Policlínico Metropolitano EsSalud, para la aplicación del instrumento.

#### b) **Plan de Procesamiento**

Los datos registrados en el Anexo 2 fueron codificados de manera sucesiva y tabulados para su análisis e interpretación.

#### c) **Plan de Clasificación:**

Se utilizó una matriz de sistematización de datos en la que se pasaron los datos obtenidos en cada ficha para facilitar su uso. La matriz fue diseñada en una hoja de cálculo electrónica (Excel 2016).

#### d) **Plan de Codificación:**

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

#### e) **Plan de Recuento.**

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

#### f) **Plan de análisis.**

Se realizó la sistematización de los datos y luego se creó una base de datos en el programa Excel para su posterior análisis e interpretación.

Los datos registrados fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

Se realizó una estadística descriptiva se caracterizó a los pacientes con artritis reumatoide, la información de las variables cualitativas se resumió utilizando los porcentajes como medidas de resumen.

La comparación de variables categóricas entre grupos se realizó mediante el cálculo de chi cuadrado. Se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para

determinar la intensidad de la asociación entre los diferentes ítems del cuestionario. El nivel de significación estadística se estableció con un valor de  $p < 0.05$ . Para el análisis de datos se utilizó la hoja de cálculo Excel 2016 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSS v.22.0.





## **CAPITULO II RESULTADOS**

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 1  
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN CENTRO DE ESTUDIO**

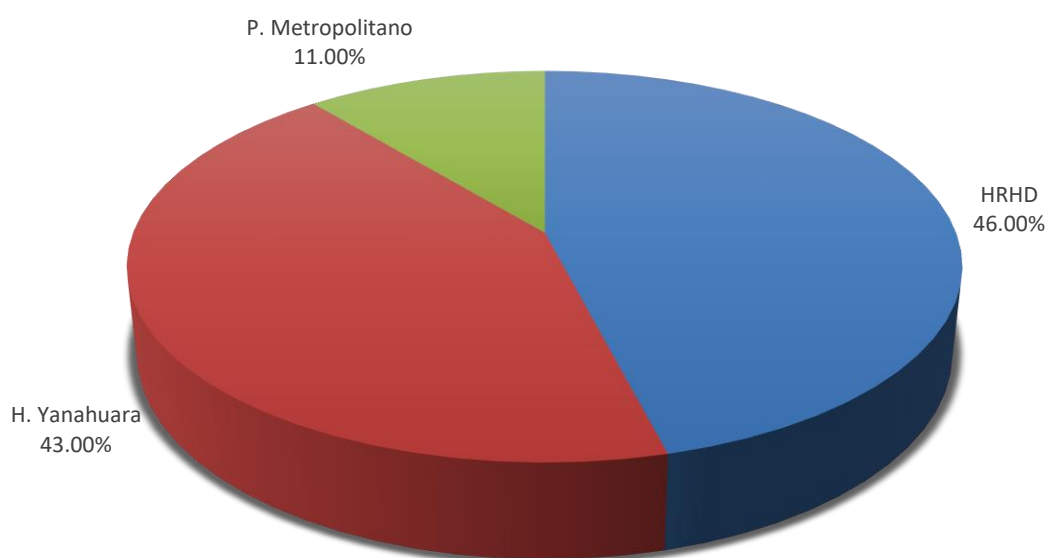
	N°	%
HRHD	46	46.00%
H. Yanahuara	43	43.00%
P. Metropolitano	11	11.00%
Total	100	100.00%

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 1:** Podemos observar que la mayoría de pacientes que participaron del estudio pertenecen al Hospital Regional Honorio Delgado 46 %, los pacientes que pertenecen al Hospital III Yanahuara EsSalud representan el 43 %, un menor porcentaje de pacientes que participaron del estudio pertenecen a Policlínico metropolitano EsSalud 11 %.

## ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

**GRÁFICO 1**  
**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN CENTRO DE ESTUDIO**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 2 A**  
**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES CON AR**

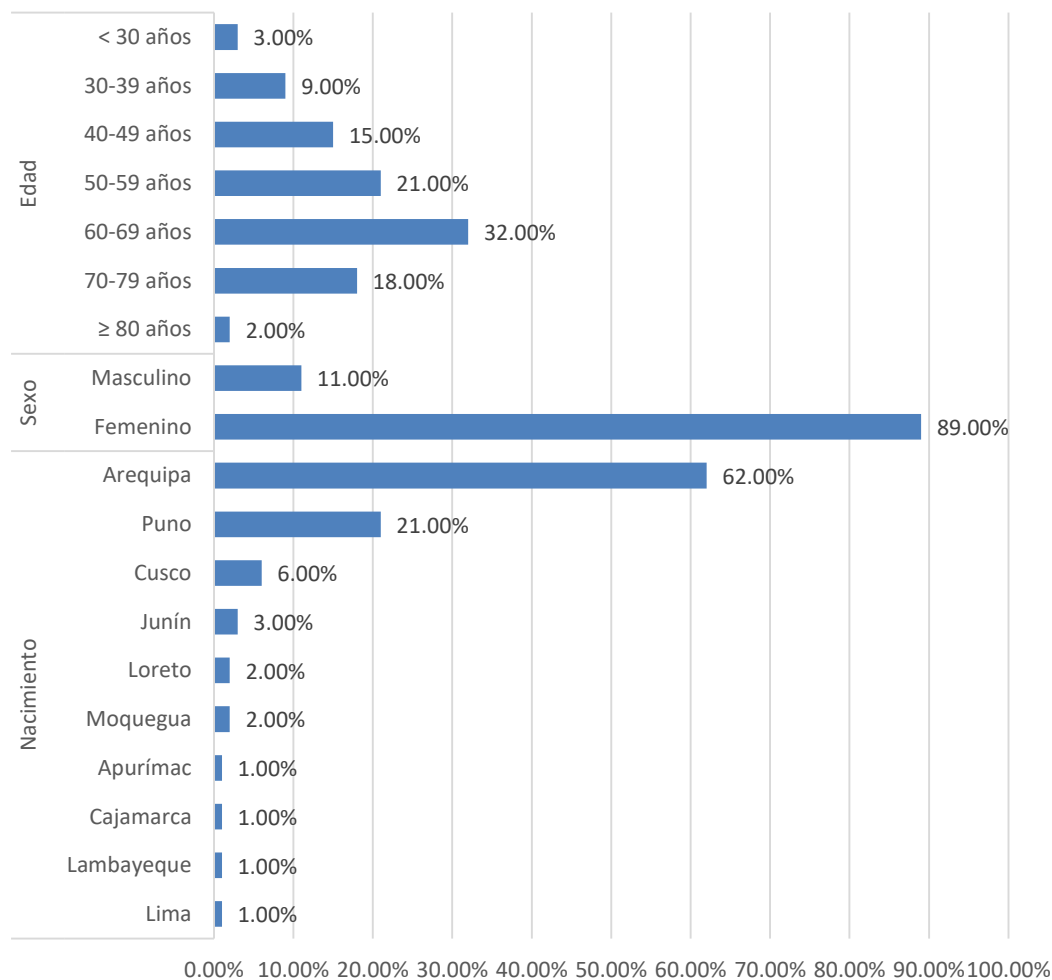
		N°	%
Edad	< 30 años	3	3.00%
	30-39 años	9	9.00%
	40-49 años	15	15.00%
	50-59 años	21	21.00%
	60-69 años	32	32.00%
	70-79 años	18	18.00%
	≥ 80 años	2	2.00%
Sexo	Masculino	11	11.00%
	Femenino	89	89.00%
Nacimiento	Arequipa	62	62.00%
	Puno	21	21.00%
	Cusco	6	6.00%
	Junín	3	3.00%
	Loreto	2	2.00%
	Moquegua	2	2.00%
	Apurímac	1	1.00%
	Cajamarca	1	1.00%
	Lambayeque	1	1.00%
	Lima	1	1.00%
	Total		100

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 2:** Respecto a la edad, del total de los pacientes del estudio hay predominio por el sexo femenino 89 %, respecto a la edad predomina los pacientes de 60-69 años con un 32 %. Respecto al lugar de nacimiento predomina Arequipa con un 62 %.

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**GRÁFICO 2 A**  
**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES CON AR**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 2 B**  
**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES CON AR**

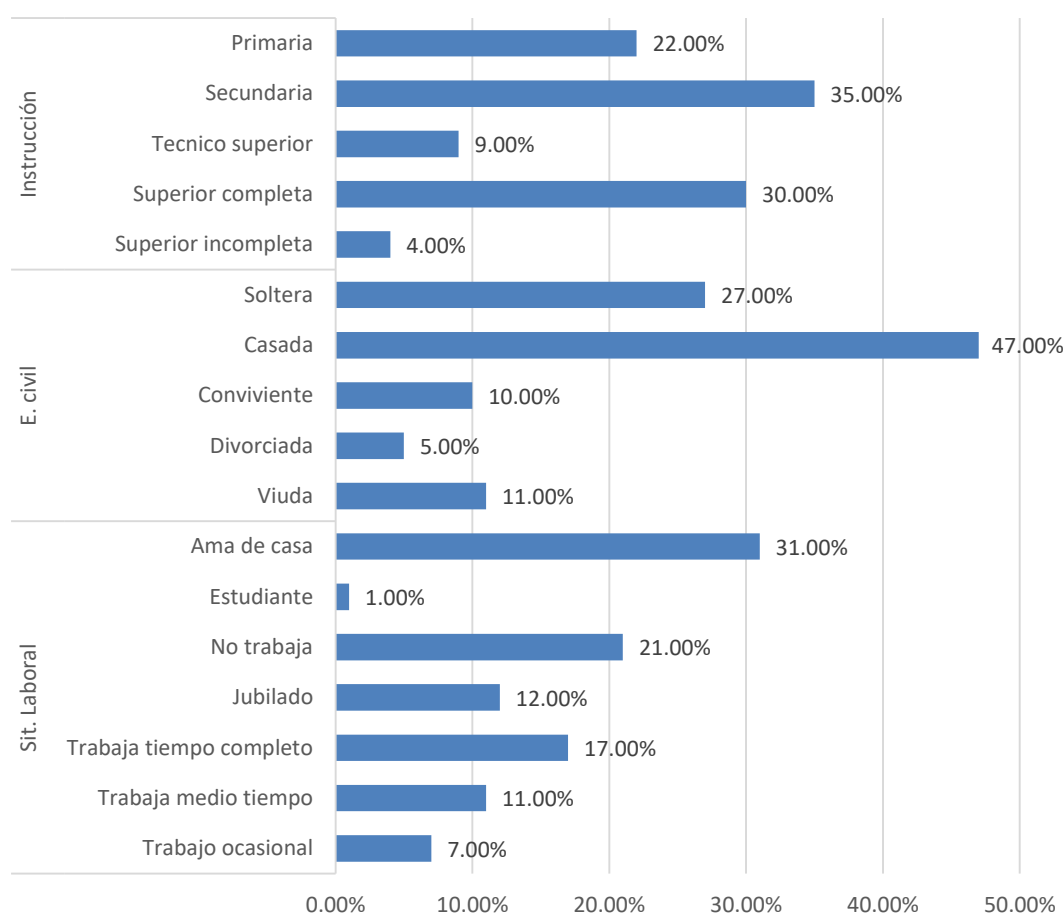
		N°	%
Instrucción	Primaria	22	22.00%
	Secundaria	35	35.00%
	Técnico superior	9	9.00%
	Superior completa	30	30.00%
	Superior incompleta	4	4.00%
E. civil	Soltera	27	27.00%
	Casada	47	47.00%
	Conviviente	10	10.00%
	Divorciada	5	5.00%
	Viuda	11	11.00%
Sit. Laboral	Ama de casa	31	31.00%
	Estudiante	1	1.00%
	No trabaja	21	21.00%
	Jubilado	12	12.00%
	Trabaja tiempo completo	17	17.00%
	Trabaja medio tiempo	11	11.00%
	Trabajo ocasional	7	7.00%
Total		100	100.00%

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 2:** En cuanto al grado de instrucción predomina el de educación secundaria con un 35%. Respecto al estado civil predomina casada en un 47.00%, respecto a situación laboral predomina ama de casa en un 31%.

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**GRÁFICO 2 B**  
**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES CON AR**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 3**  
**CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES CON AR**

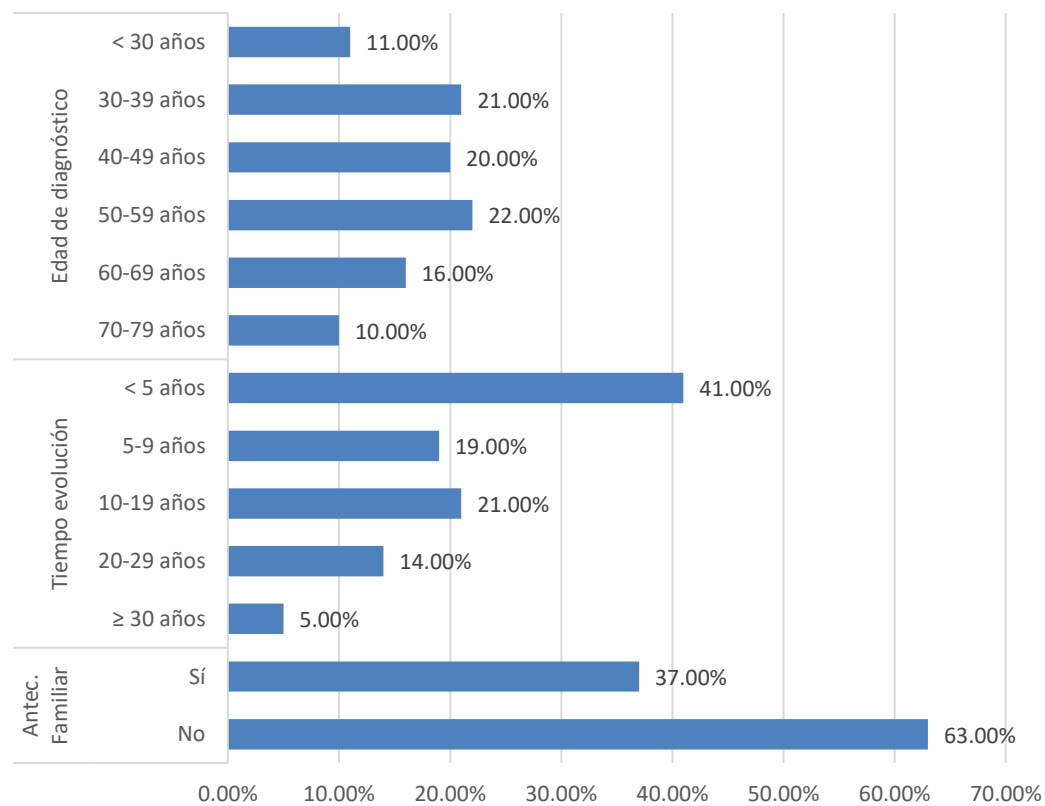
		N°	%
Edad de diagnóstico	< 30 años	11	11.00%
	30-39 años	21	21.00%
	40-49 años	20	20.00%
	50-59 años	22	22.00%
	60-69 años	16	16.00%
	70-79 años	10	10.00%
	Tiempo evolución	< 5 años	41
5-9 años		19	19.00%
10-19 años		21	21.00%
20-29 años		14	14.00%
≥ 30 años		5	5.00%
Antec. Familiar		Sí	37
	No	63	63.00%
Total		100	100.00%

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 3:** En cuanto a la edad de diagnóstico en predominio las pacientes fueron diagnosticadas con artritis reumatoide entre los 50-59 años en un 22.00%. Respecto al tiempo de evolución de la enfermedad se tiene un predominio con menor a 5 años de evolución con un 41.00%. En cuanto a los antecedentes familiares un 63.00% afirmo no tener familiares con Artritis Reumatoide, y un 37% de la población refirió si tener antecedentes familiares.

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**GRÁFICO 3  
CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS PACIENTES CON AR**



**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 4**  
**FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD**

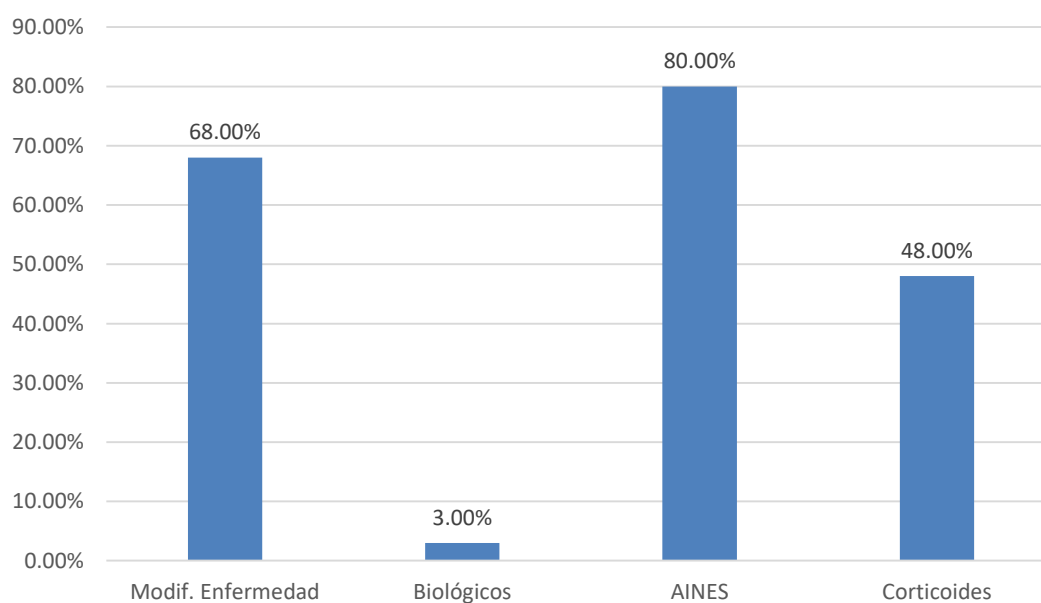
	N°	%
Modif. Enfermedad	68	68.00%
Biológicos	3	3.00%
AINES	80	80.00%
Corticoides	48	48.00%

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 4:** En cuanto al tratamiento farmacológico un 68.00% de los pacientes del estudio están con fármacos modificadores de la enfermedad, solo un 3.00% con fármacos biológicos, un 80.00% en tratamiento con AINES, un 48.00% en tratamiento con corticoides.

## ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

**GRÁFICO 4**  
**FÁRMACOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 5**  
**CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS**  
**MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (N = 68)**

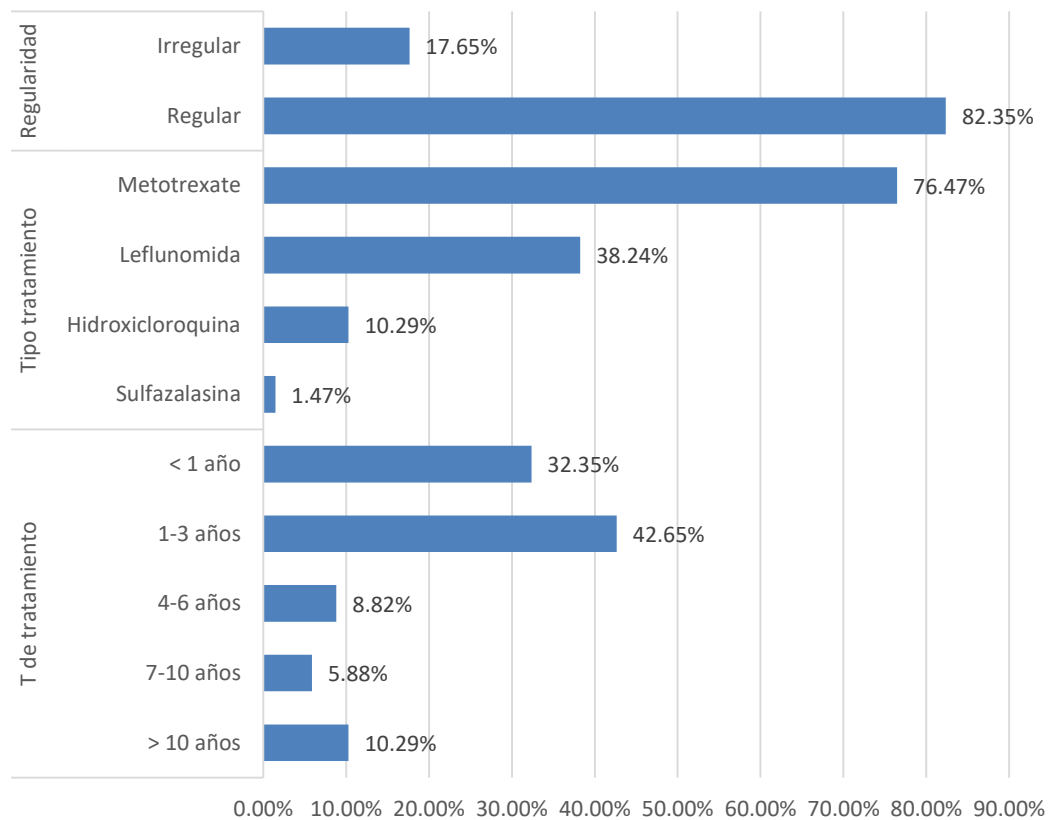
		N°	%
Regularidad	Irregular	12	17.65%
	Regular	56	82.35%
Tipo tratamiento	Metotrexate	52	76.47%
	Leflunomida	26	38.24%
	Hidroxicloroquina	7	10.29%
	Sulfazalasina	1	1.47%
T. de tratamiento	< 1 año	22	32.35%
	1-3 años	29	42.65%
	4-6 años	6	8.82%
	7-10 años	4	5.88%
	> 10 años	7	10.29%
Total		68	100.00%

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 5:** En cuanto a las características del tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad tenemos que un 82.35% de los pacientes del estudio tienen un tratamiento regular, en cuanto al fármaco en predominio se tiene al metotrexate con un 76.47% seguido de Leflunomida con un 38.24% en cuanto al tiempo de tratamiento en mayor predominio tenemos de 1-3 años con un 42.65%.

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**GRÁFICO 5  
CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS  
MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (N = 68)**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 6**  
**CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS (N**  
**= 3)**

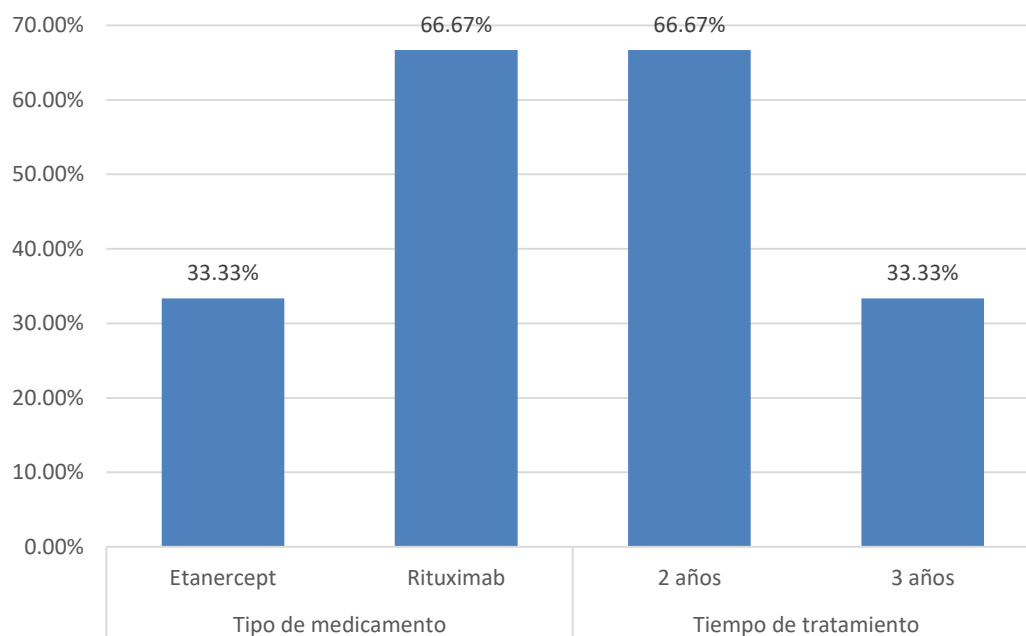
		N°	%
Tipo de medicamento	Etanercept	1	33.33%
	Rituximab	2	66.67%
Tiempo de tratamiento	2 años	2	66.67%
	3 años	1	33.33%
Total		3	100.00%

Fuente: Elaboración propia

TABLA 6: Se ha encontrado que solo 3 pacientes están en tratamiento actual con fármacos biológicos de ellos un 33.33% con Etanercept, y un 66.67% en tratamiento con Rituximab.

## ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

**GRÁFICO 6**  
**CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO CON FÁRMACOS BIOLÓGICOS (N**  
**= 3)**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 7**  
**NÚMERO DE TRATAMIENTOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD EN  
LOS PACIENTES CON AR**

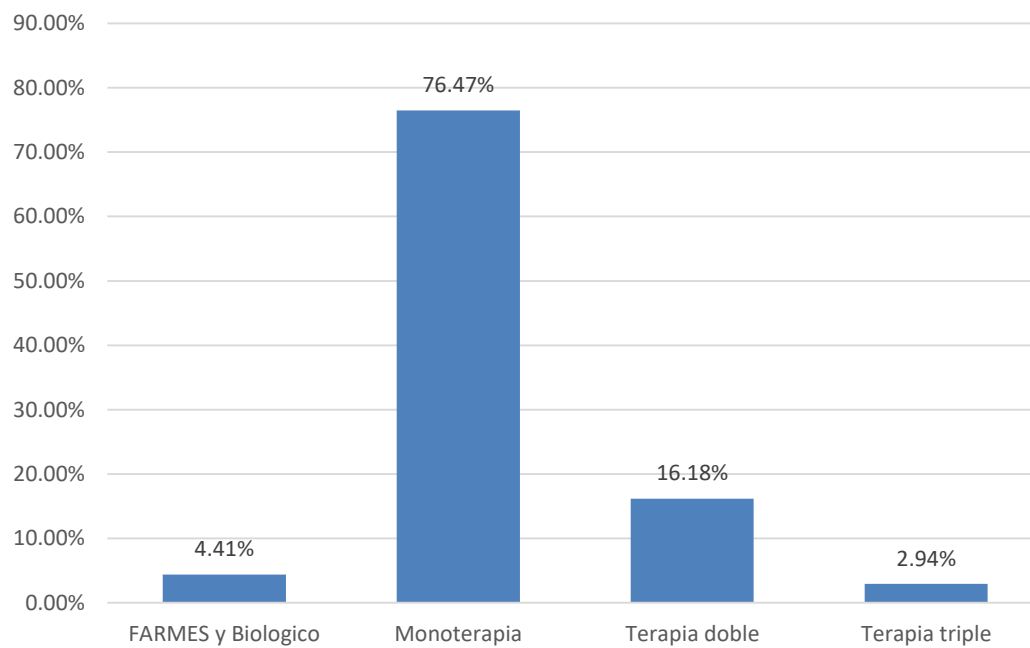
	N°	%
FARMES y Biológico	3	4.41%
Monoterapia	52	76.47%
Terapia doble	11	16.18%
Terapia triple	2	2.94%
Total	68	100.00%

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 7:** Se ha encontrado que hay un predominio en cuanto a monoterapia con un 76.47% seguido de terapia doble con un 16.18%, terapia triple 2.94%, y FARMES mas biológico un 4.41%

## ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

**GRÁFICO 7**  
**NÚMERO DE TRATAMIENTOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD EN  
LOS PACIENTES CON AR**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 8**  
**AINES EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA AR (N = 80)**

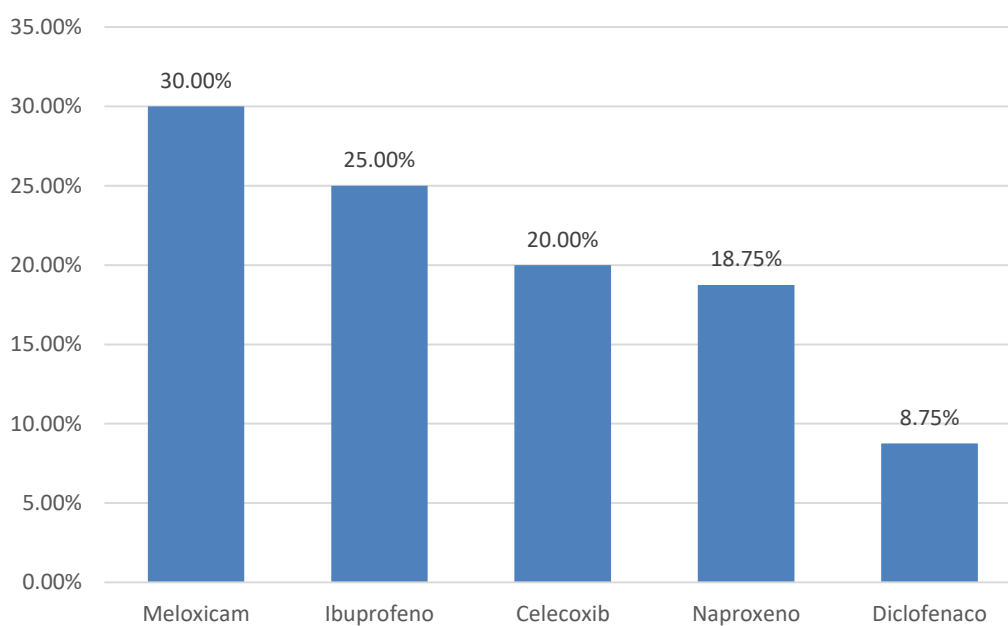
	N°	%
Meloxicam	24	30.00%
Ibuprofeno	20	25.00%
Celecoxib	16	20.00%
Naproxeno	15	18.75%
Diclofenaco	7	8.75%

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 8:** En cuanto a los AINES utilizados se observa una predominancia con un 30% del fármaco meloxicam, seguida de un 25.00% de ibuprofeno, en un menor porcentaje se tiene al diclofenaco con un 8.75%.

## ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

**GRÁFICO 8**  
**AINES EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA AR (N = 80)**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 9**  
**CORTICOIDES EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA AR (N = 48)**

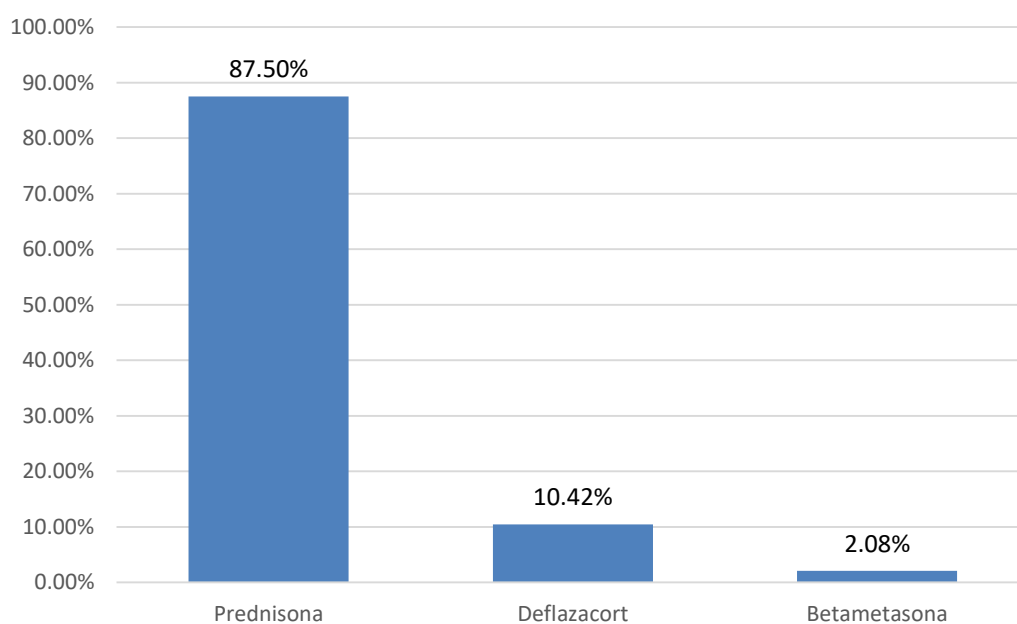
	N°	%
Prednisona	42	87.50%
Deflazacort	5	10.42%
Betametasona	1	2.08%
Total	48	100.00%

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 9:** Dentro de los corticoides empleados en el tratamiento tenemos un predominio de prednisona con un 87.50%, seguido de deflazacort con un 10.42%, y en un menor porcentaje a la betametasona con un 2.08%.

## ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

**GRÁFICO 9**  
**CORTICOIDES EMPLEADOS EN EL TRATAMIENTO DE LA AR (N = 48)**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 10**  
**TRATAMIENTOS RECIBIDO CON GASTROPROTECTORES (N = 31)**

	N°	%
Omeprazol	30	96.77%
Ranitidina	1	3.23%
Total	31	100.00%

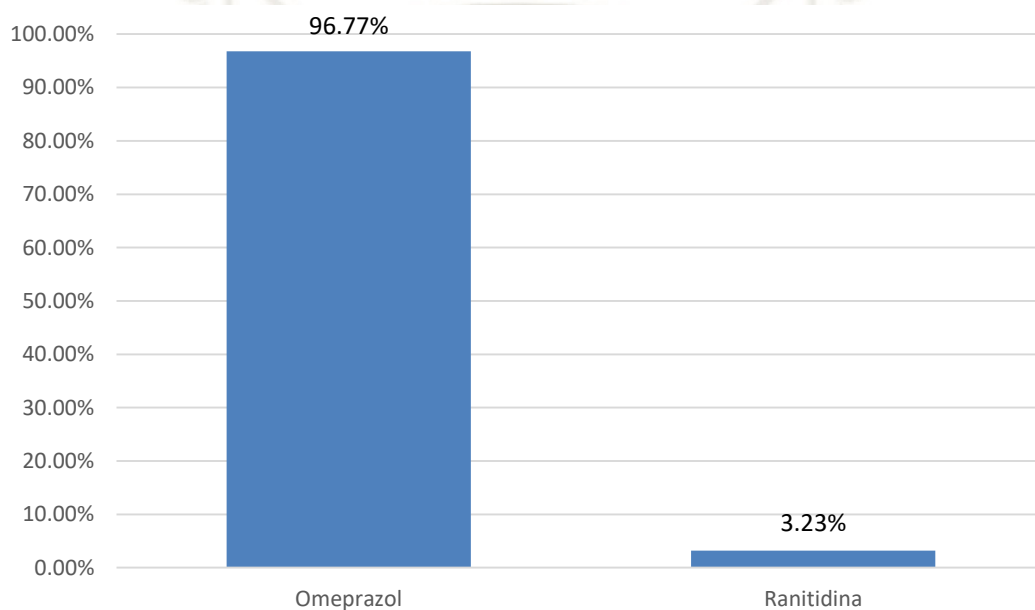
Fuente: Elaboración propia

**TABLA 10:** Se observa que 31 pacientes está en tratamiento actual con gastroprotectores de ellos el 96.77% recibe omeprazol y solo un 3.23% ranitidina.

## ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

GRÁFICO 10

OTROS TRATAMIENTOS RECIBIDOS POR LOS PACIENTES CON AR (N = 31)



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 11**  
**DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EMPLEO DE TRATAMIENTO**  
**FISIOTERAPÉUTICO**

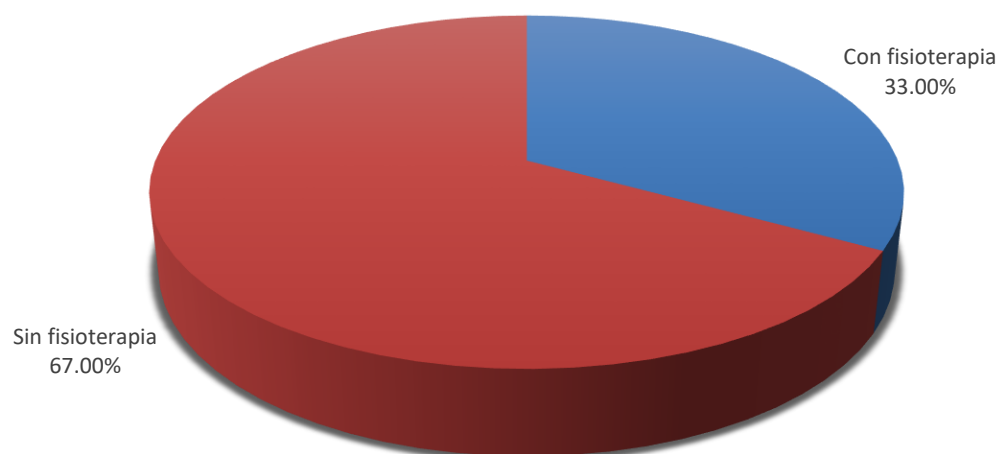
	N°	%
Con fisioterapia	33	33.00%
Sin fisioterapia	67	67.00%
Total	100	100.00%

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 11:** En cuanto al empleo de tratamiento fisioterapéutico se observa que de los 100 pacientes del estudio solo un 33.00% ha recibido fisioterapia en algún momento de su vida.

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**GRÁFICO 11  
DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES SEGÚN EMPLEO DE TRATAMIENTO  
FISIOTERAPÉUTICO**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 12**  
**CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO (N = 33)**

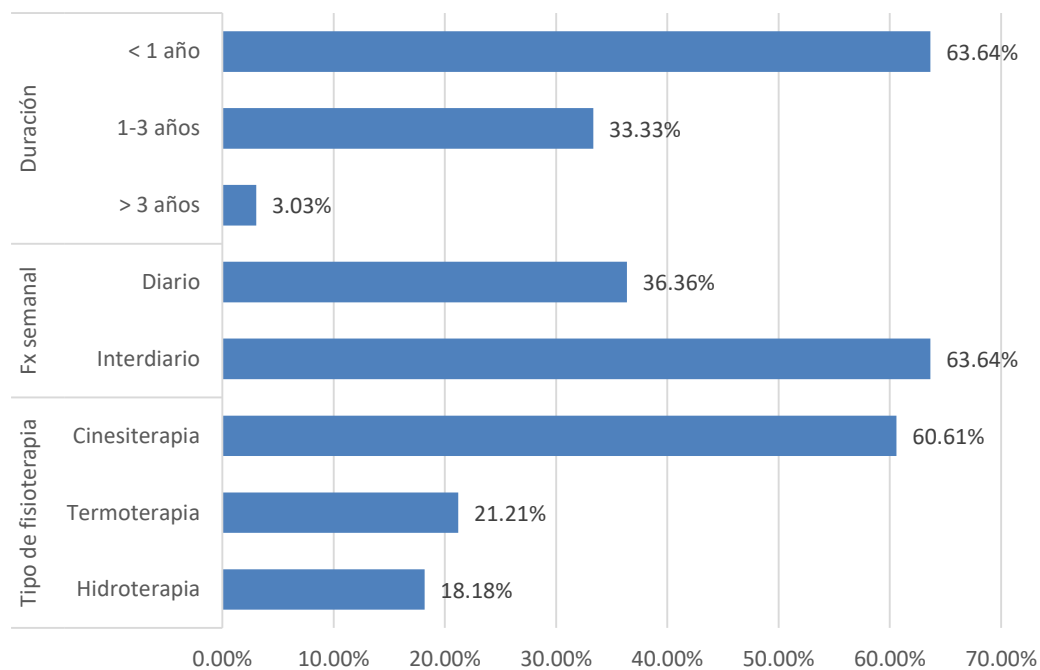
		N°	%
Duración	< 1 año	21	63.64%
	1-3 años	11	33.33%
	> 3 años	1	3.03%
Fx. semanal	Diario	12	36.36%
	Interdiario	21	63.64%
Tipo de fisioterapia	Cinesiterapia	20	60.61%
	Termoterapia	7	21.21%
	Hidroterapia	6	18.18%
Total		33	100.00%

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 12:** En cuanto al tiempo de duración del tratamiento fisioterapéutico se observa que en predominio los pacientes llevaron un tratamiento menor a 1 año con un 63.64%, con una frecuencia semanal de interdiario que representa un 63.64%.

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**GRÁFICO 12**  
**CARACTERÍSTICAS DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO (N = 33)**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 13**  
**EFFECTOS DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO (N = 33)**

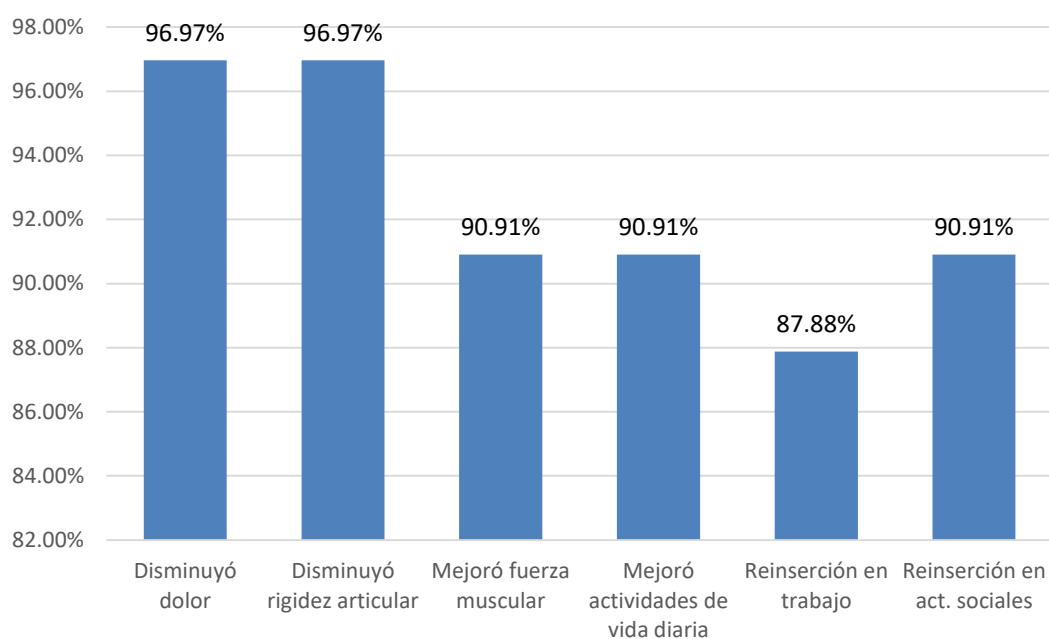
	N°	%
Disminuyó dolor	32	96.97%
Disminuyó rigidez articular	32	96.97%
Mejóro fuerza muscular	30	90.91%
Mejóro actividades de vida diaria	30	90.91%
Reinserción en trabajo	29	87.88%
Reinserción en act. sociales	30	90.91%

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 13:** Respecto a los efectos del tratamiento fisioterapéutico se observa una actitud positiva en los pacientes en donde el 96.97% de los pacientes que recibió fisioterapia indican que el tratamiento les ayudo a disminuir el dolor, el 96,97% de los pacientes aseguran que la fisioterapia les ayudo a mejorar la fuerza muscular, en un menor porcentaje un 87.88% de los pacientes indico que les ayudo a reinsertarse en el trabajo.

## ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

**GRÁFICO 13**  
**EFFECTOS DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO (N = 33)**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 14**  
**MOTIVOS PARA NO RECIBIR FISIOTERAPIA (N = 67)**

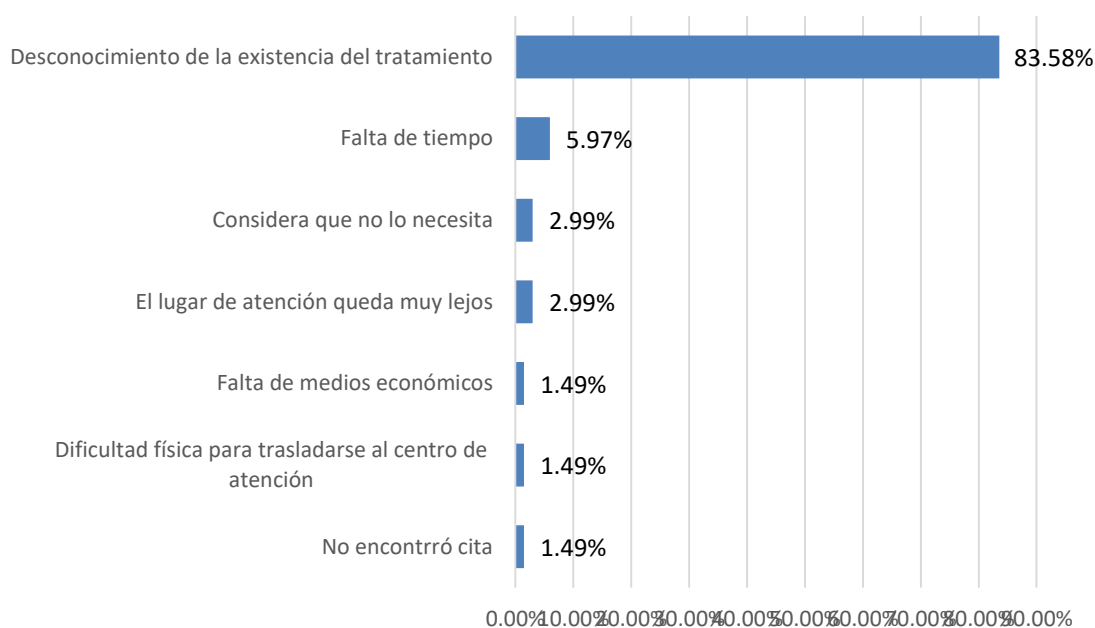
	N°	%
Desconocimiento de la existencia del tratamiento	56	83.58%
Falta de tiempo	4	5.97%
Considera que no lo necesita	2	2.99%
El lugar de atención queda muy lejos	2	2.99%
Falta de medios económicos	1	1.49%
Dificultad física para trasladarse al centro de atención	1	1.49%
No encontró cita	1	1.49%
<b>Total</b>	<b>67</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 14:** Se observa que dentro de los 100 pacientes del estudio 67 pacientes nunca recibieron fisioterapia en algún momento de su vida, los motivos por la cual no la recibieron están en mayor porcentaje un 83.58% de pacientes refiere que desconocía del tratamiento, en un menor porcentaje con un 5.97% refiere que fue la falta de tiempo la razón por la cual no recibió fisioterapia.

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**GRÁFICO 14**  
**MOTIVOS PARA NO RECIBIR FISIOTERAPIA (N = 67)**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 15**  
**TRATAMIENTO OPORTUNO AL DIAGNOSTICARSE LA ENFERMEDAD**

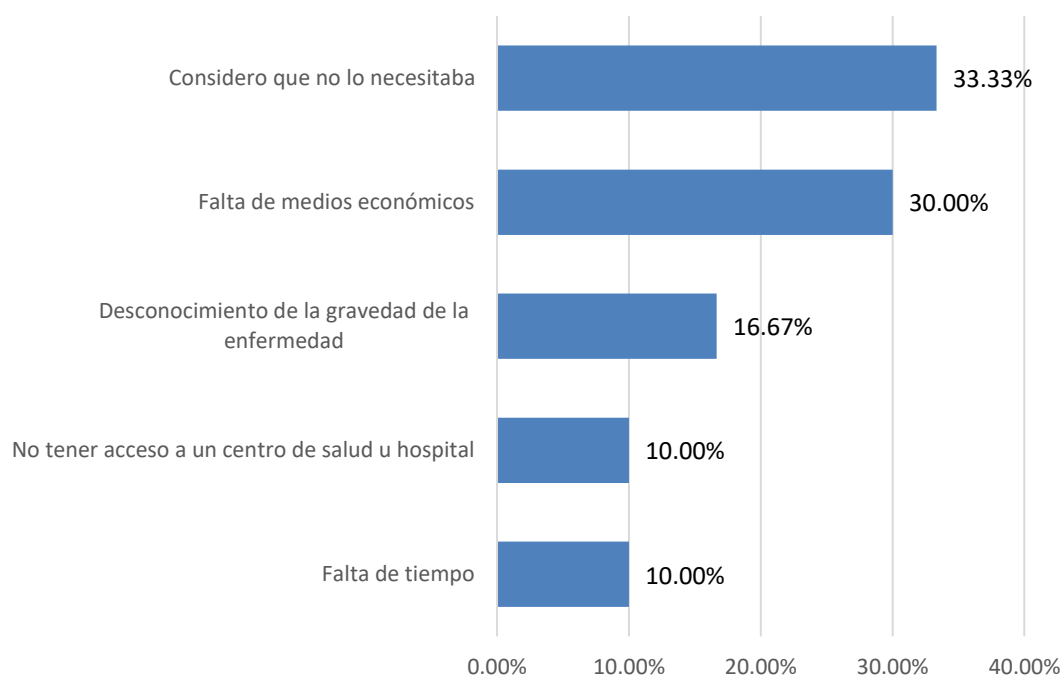
	N°	%
Tto. oportuno	70	70.00%
No	30	30.00%
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considero que no lo necesitaba</li> <li>• Falta de medios económicos</li> <li>• Desconocimiento de la gravedad de la enfermedad</li> <li>• No tener acceso a un centro de salud u hospital</li> <li>• Falta de tiempo</li> </ul>	<p>10</p> <p>9</p> <p>5</p> <p>3</p> <p>3</p>	<p>33.33%</p> <p>30.00%</p> <p>16.67%</p> <p>10.00%</p> <p>10.00%</p>

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 15:** En cuanto al tratamiento oportuno al diagnosticarle la enfermedad se observa que un 70 % recibió tratamiento al momento del diagnóstico, y un 30.00% no recibió tratamiento al momento del diagnóstico y dentro de las razones por las cuales no recibieron tratamiento tenemos en predominio con un 33.00% porque considero que no lo necesitaba por que presentaba síntomas leves que no afectaban en demasía sus actividades diarias.

## ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

**GRÁFICO 15**  
**TRATAMIENTO OPORTUNO AL DIAGNOSTICARSE LA ENFERMEDAD**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 16**  
**FACTORES ECONÓMICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD**

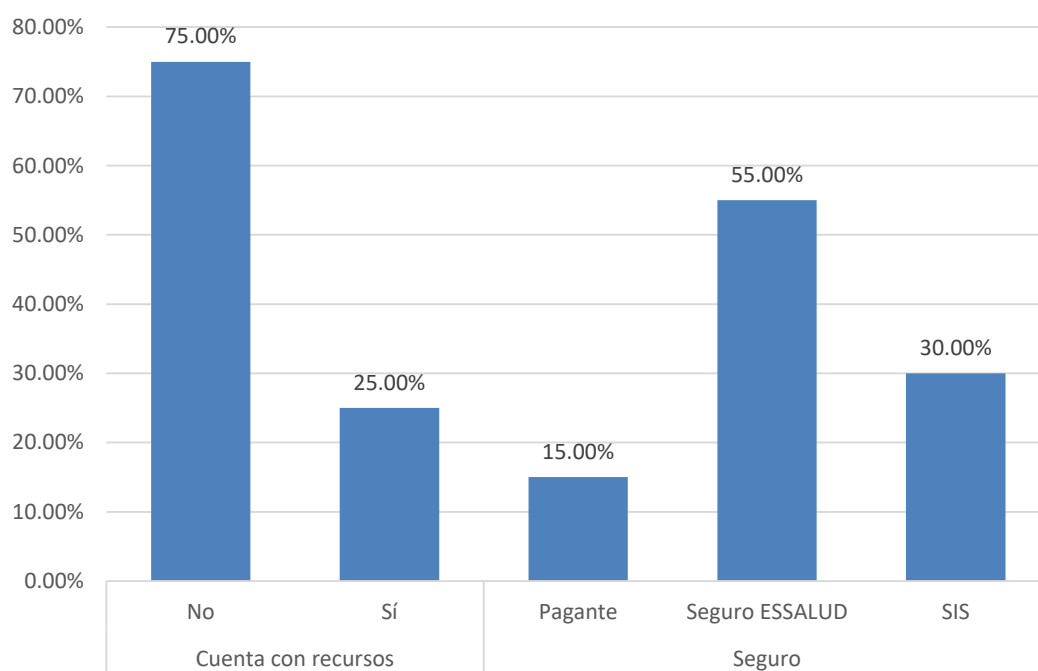
		N°	%
Cuenta con recursos	No	75	75.00%
	Sí	25	25.00%
Seguro	Pagante	15	15.00%
	Seguro ESSALUD	55	55.00%
	SIS	30	30.00%
Total		100	100.00%

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 16:** En cuanto a los factores económicos para el tratamiento de la enfermedad se observa que un 75.00 % de los pacientes del estudio refiere no contar con recursos económicos para pagar el tratamiento que requiere. En cuanto al seguro de salud un 30 % de los pacientes cuenta con seguro integral de salud, en mayor porcentaje un 55% de los pacientes del estudio tiene seguro EsSalud, en un menor porcentaje tenemos a pacientes que no cuentan con ningún tipo de seguro por lo tanto son pagantes en un 15.00%.

## ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

**GRÁFICO 16**  
**FACTORES ECONÓMICOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 17**  
**PRESENCIA DE COMORBILIDADES EN LOS PACIENTES CON AR**

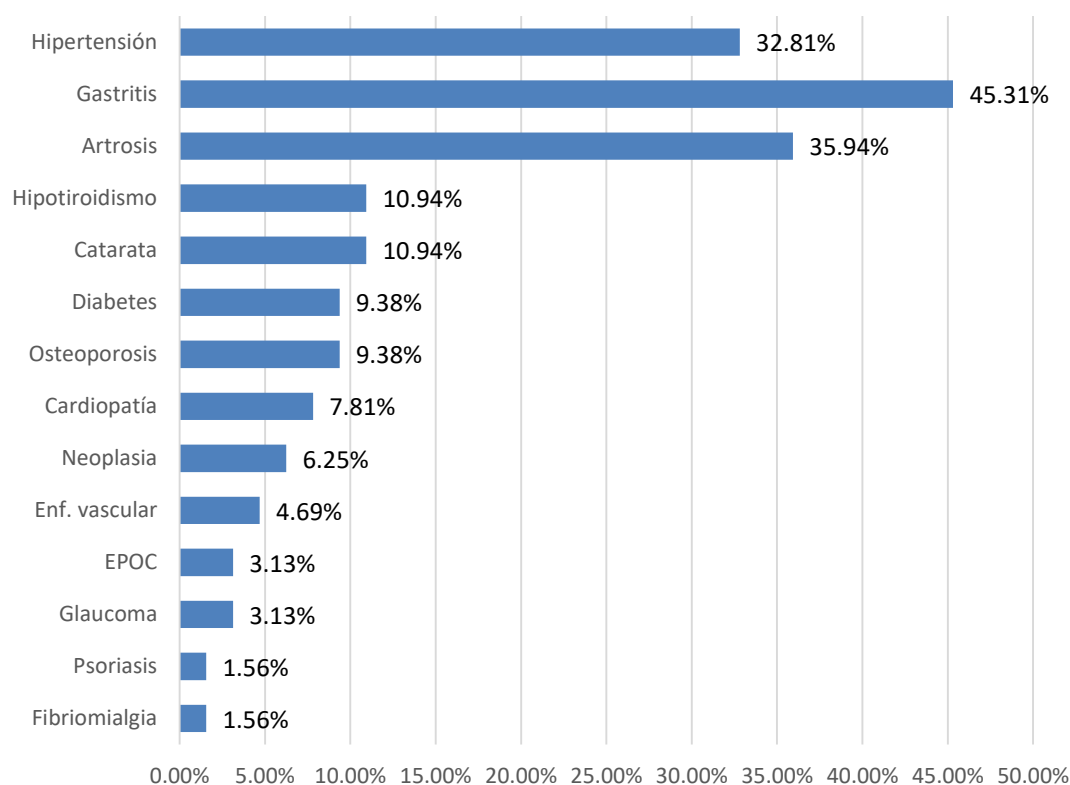
	N°	%
No	36	36.00%
Si	64	64.00%
• Hipertensión	21	32.81%
• Gastritis	29	45.31%
• Artrosis	23	35.94%
• Hipotiroidismo	7	10.94%
• Catarata	7	10.94%
• Diabetes	6	9.38%
• Osteoporosis	6	9.38%
• Cardiopatía	5	7.81%
• Neoplasia	4	6.25%
• Enf. vascular	3	4.69%
• EPOC	2	3.13%
• Glaucoma	2	3.13%
• Psoriasis	1	1.56%
• Fibromialgia	1	1.56%

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 17:** Respecto a la presencia de comorbilidades en los pacientes con AR se observa que un 64% de los pacientes del estudio si presenta comorbilidades. Dentro de ellos un 45.31% presenta gastritis crónica, un 32.81% presenta hipertensión arterial, un 35 % de los pacientes presenta artrosis.

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**GRÁFICO 17**  
**PRESENCIA DE COMORBILIDADES EN LOS PACIENTES CON AR**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 18**  
**NIVEL DE DISCAPACIDAD EN LOS PACIENTES CON AR**

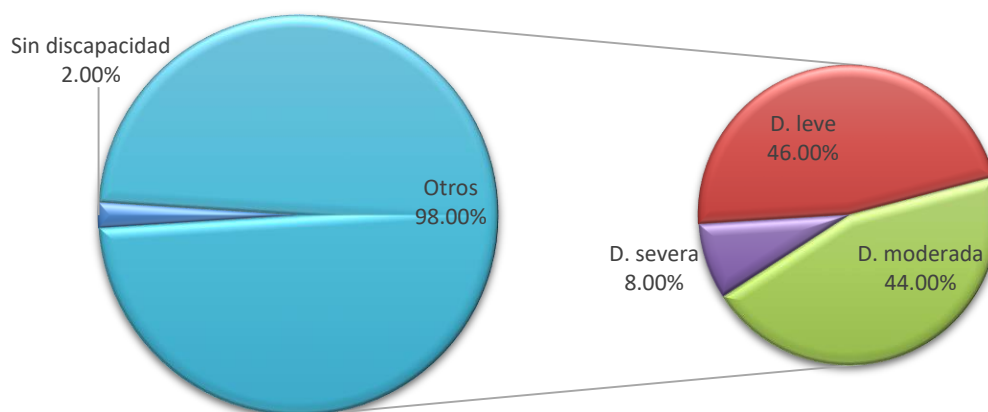
	N°	%
Sin discapacidad	2	2.00%
D. leve	46	46.00%
D. moderada	44	44.00%
D. severa	8	8.00%
Total	100	100.00%

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 18:** En cuanto al grado de discapacidad de los pacientes con artritis reumatoide se observa que un 46.00% de los pacientes que participaron del estudio presentan discapacidad leve, un 44.00% discapacidad moderada, un 8.00 % presenta discapacidad severa, y un 2.00% no presenta discapacidad.

## ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE

**GRÁFICO 18**  
**NIVEL DE DISCAPACIDAD EN LOS PACIENTES CON AR**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 19**  
**CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON AR**

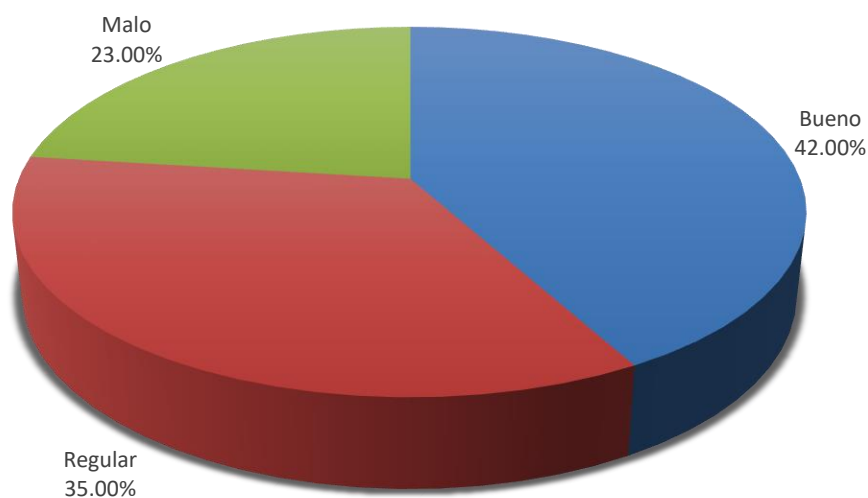
	N°	%
Bueno	42	42.00%
Regular	35	35.00%
Malo	23	23.00%
Total	100	100.00%

Fuente: Elaboración propia

**TABLA 19:** En cuanto a la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide, se evidencia que un 42 % presenta una buena calidad de vida, un 35 % de los pacientes del estudio presenta regular calidad de vida, y un 23% de los encuestados presenta mala calidad de vida.

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**GRÁFICO 19**  
**CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON AR**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 20 A**

**INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES**

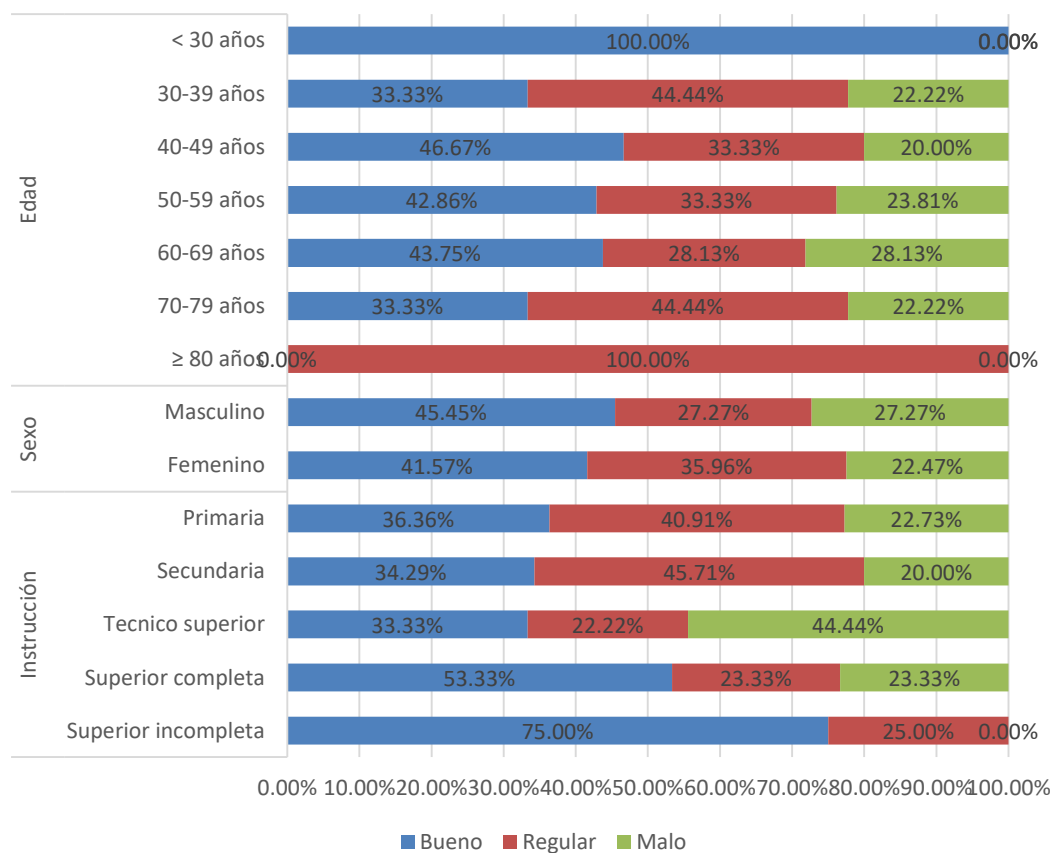
		Total	Bueno		Regular		Malo		Chi <sup>2</sup> (p)
			N°	%	N°	%	N°	%	
Edad	< 30 años	3	3	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	10.03 (0.61)
	30-39 años	9	3	33.33%	4	44.44%	2	22.22%	
	40-49 años	15	7	46.67%	5	33.33%	3	20.00%	
	50-59 años	21	9	42.86%	7	33.33%	5	23.81%	
	60-69 años	32	14	43.75%	9	28.13%	9	28.13%	
	70-79 años	18	6	33.33%	8	44.44%	4	22.22%	
	≥ 80 años	2	0	0.00%	2	100.00%	0	0.00%	
Sexo	Masculino	11	5	45.45%	3	27.27%	3	27.27%	0.34 (0.84)
	Femenino	89	37	41.57%	32	35.96%	20	22.47%	
Instrucción	Primaria	22	8	36.36%	9	40.91%	5	22.73%	8.70 (0.37)
	Secundaria	35	12	34.29%	16	45.71%	7	20.00%	
	Técnico superior	9	3	33.33%	2	22.22%	4	44.44%	
	Superior completa	30	16	53.33%	7	23.33%	7	23.33%	
	Superior incompleta	4	3	75.00%	1	25.00%	0	0.00%	
Total		100	42	42.00%	35	35.00%	23	23.00%	

Fuente: Elaboración propia

**Tabla 20** Muestran la influencia de las características clínico-socio-demográficas de los pacientes con AR en la calidad de vida; la edad mostró proporciones similares de buena, regular o mala calidad de vida en todos los rangos de edad ( $p > 0.05$ ), por lo que no influye en la calidad de vida. En cuanto al sexo, tanto varones como mujeres tuvieron también niveles similares de calidad de vida ( $p > 0.05$ ), así como se aprecia en la instrucción de los casos ( $p > 0.05$ ), así como el estado civil, la situación laboral, o tiempo de enfermedad ( $p > 0.05$ ).

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 20 A**  
**INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA  
CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 20 B**

**INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES**

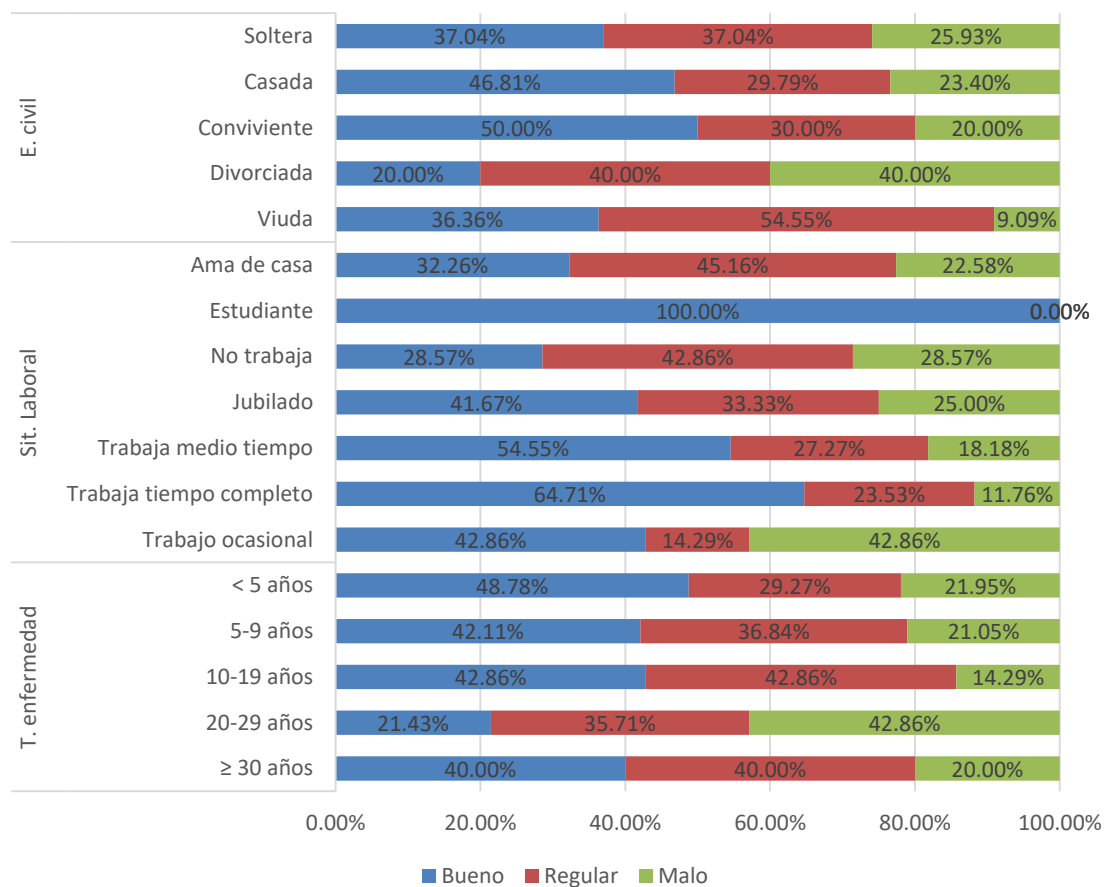
		Total	Bueno		Regular		Malo		Chi <sup>2</sup> (p)
			N°	%	N°	%	N°	%	
E. civil	Soltera	27	10	37.04%	10	37.04%	7	25.93%	4.63 (080)
	Casada	47	22	46.81%	14	29.79%	11	23.40%	
	Conviviente	10	5	50.00%	3	30.00%	2	20.00%	
	Divorciada	5	1	20.00%	2	40.00%	2	40.00%	
	Viuda	11	4	36.36%	6	54.55%	1	9.09%	
Sit. Laboral	Ama de casa	31	10	32.26%	14	45.16%	7	22.58%	11.01 (0.53)
	Estudiante	1	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	
	No trabaja	21	6	28.57%	9	42.86%	6	28.57%	
	Jubilado	12	5	41.67%	4	33.33%	3	25.00%	
	Tr. medio tiempo	11	6	54.55%	3	27.27%	2	18.18%	
	Tr. tiempo completo	17	11	64.71%	4	23.53%	2	11.76%	
	Trabajo ocasional	7	3	42.86%	1	14.29%	3	42.86%	
T. enfermed	< 5 años	41	20	48.78%	12	29.27%	9	21.95%	5.84 (0.66)
	5-9 años	19	8	42.11%	7	36.84%	4	21.05%	
	10-19 años	21	9	42.86%	9	42.86%	3	14.29%	
	20-29 años	14	3	21.43%	5	35.71%	6	42.86%	
	≥ 30 años	5	2	40.00%	2	40.00%	1	20.00%	
Total		100	42	42.00%	35	35.00%	23	23.00%	

Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**GRÁFICO 20 B**

**INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA  
CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 21 A**

**INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES**

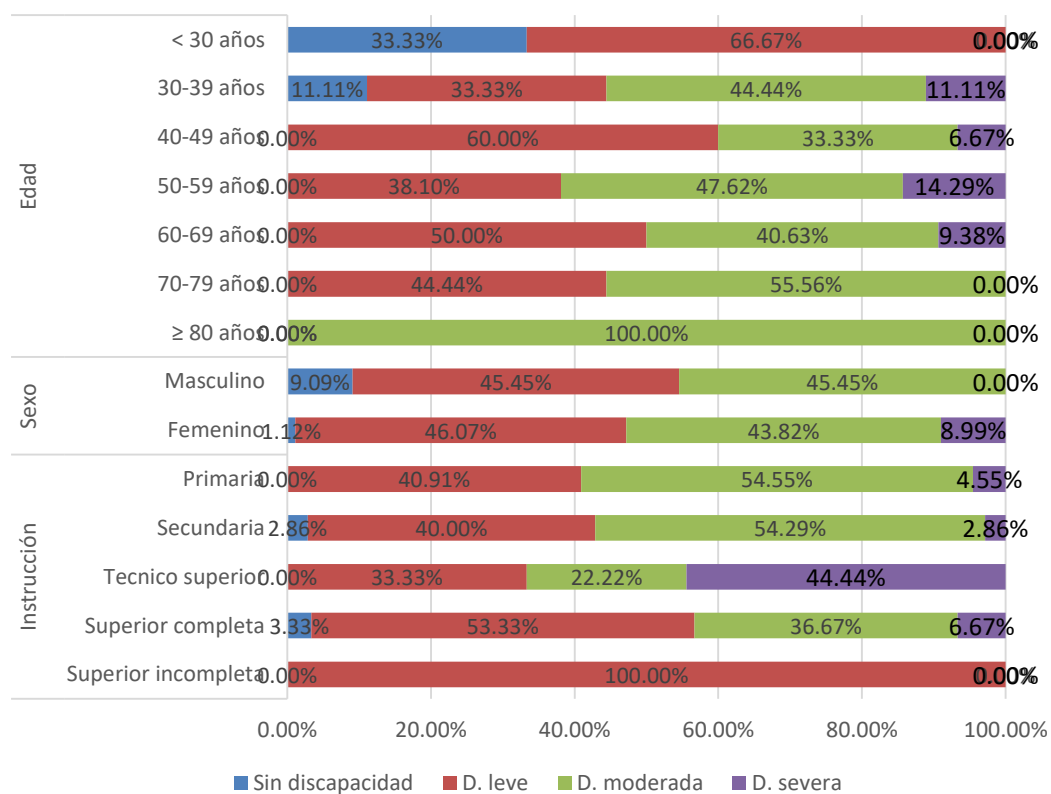
		Total	Sin discapac.		D. leve		D, moderada		D severa		Chi <sup>2</sup> (p)
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
Edad	< 30 años	3	1	33.33%	2	66.67%	0	0.00%	0	0.00%	29.70 (0.04)
	30-39 años	9	1	11.11%	3	33.33%	4	44.44%	1	11.11%	
	40-49 años	15	0	0.00%	9	60.00%	5	33.33%	1	6.67%	
	50-59 años	21	0	0.00%	8	38.10%	10	47.62%	3	14.29%	
	60-69 años	32	0	0.00%	16	50.00%	13	40.63%	3	9.38%	
	70-79 años	18	0	0.00%	8	44.44%	10	55.56%	0	0.00%	
	≥ 80 años	2	0	0.00%	0	0.00%	2	100.00%	0	0.00%	
Sexo	Masculino	11	1	9.09%	5	45.45%	5	45.45%	0	0.00%	4.10 (0.25)
	Femenino	89	1	1.12%	41	46.07%	39	43.82%	8	8.99%	
Instrucción	Primaria	22	0	0.00%	9	40.91%	12	54.55%	1	4.55%	26.00 (0.01)
	Secundaria	35	1	2.86%	14	40.00%	19	54.29%	1	2.86%	
	Téc. superior	9	0	0.00%	3	33.33%	2	22.22%	4	44.44%	
	Sup. completa	30	1	3.33%	16	53.33%	11	36.67%	2	6.67%	
	Sup incompleta	4	0	0.00%	4	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	
Total		100	2	2.00%	46	46.00%	44	44.00%	8	8.00%	

Fuente: Elaboración propia

La **Tabla y Gráfico 21** muestran la influencia de las características clínico-socio-demográficas en la capacidad funcional de los pacientes con AR; aunque predominó la disfunción leve en todos los grupos, alcanzó a ser moderada en todos los mayores de 80 años y en 5.56% de aquellos de 70 a 79 años, mientras que los más jóvenes no tenían discapacidad (33.33% de los menores de 30 años y 11.11% de los pacientes de 30 a 39 años), siendo la diferencia significativa ( $p < 0.05$ ); es decir, una mayor edad muestra una tendencia a tener discapacidad y más severa de la AR. El sexo de los pacientes no influyó en la severidad de la discapacidad ( $p > 0.05$ ); los pacientes con educación superior técnica tuvieron discapacidad severa en mayor proporción (44.44%) que los demás grupos de instrucción, donde predominó la discapacidad moderada o leve ( $p < 0.05$ ). El estado civil, la situación laboral o el tiempo de enfermedad no influyeron en la severidad de la discapacidad ( $p > 0.05$ ).

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**GRÁFICO 21 A**  
**INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA  
CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 21 B**

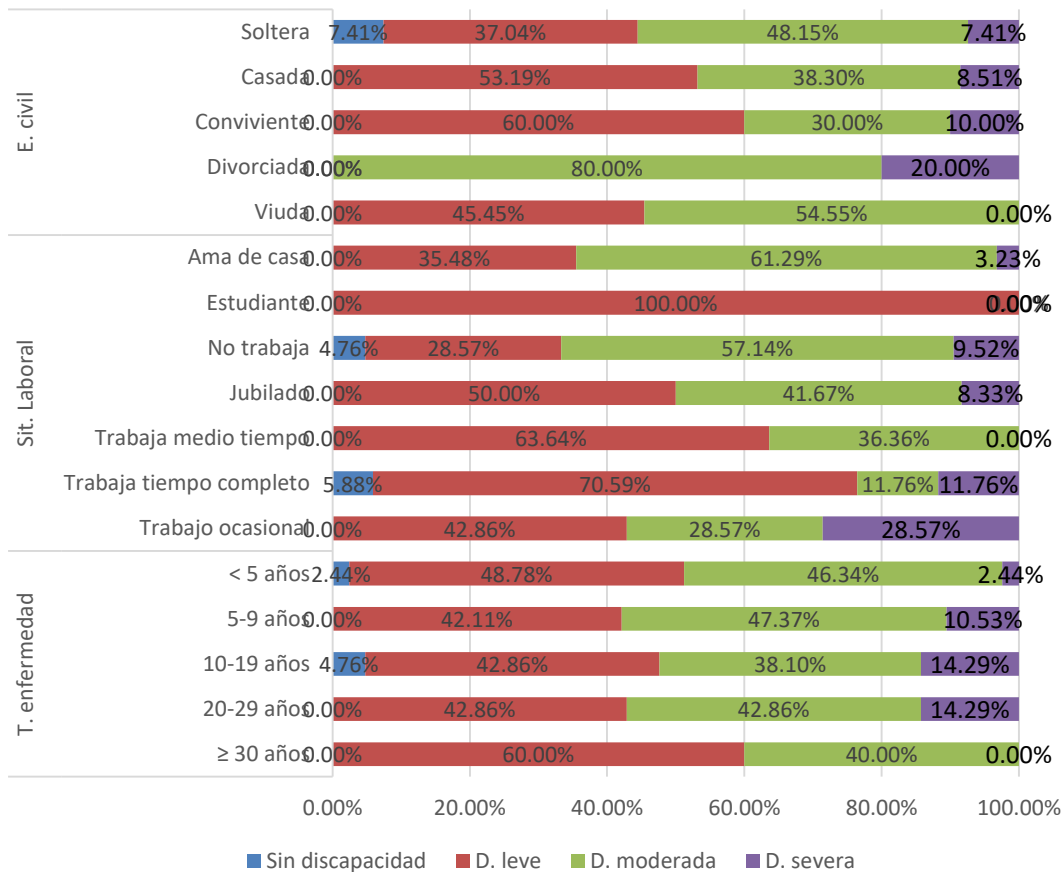
**INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES**

		Total	Sin discapac.		D. leve		D, moderada		D severa		Chi <sup>2</sup> (p)
			N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	
E. civil	Soltera	27	2	7.41%	10	37.04%	13	48.15%	2	7.41%	13.64 (0.32)
	Casada	47	0	0.00%	25	53.19%	18	38.30%	4	8.51%	
	Conviviente	10	0	0.00%	6	60.00%	3	30.00%	1	10.00%	
	Divorciada	5	0	0.00%	0	0.00%	4	80.00%	1	20.00%	
	Viuda	11	0	0.00%	5	45.45%	6	54.55%	0	0.00%	
Sit. Laboral	Ama de casa	31	0	0.00%	11	35.48%	19	61.29%	1	3.23%	22.96 (0.19)
	Estudiante	1	0	0.00%	1	100.00%	0	0.00%	0	0.00%	
	No trabaja	21	1	4.76%	6	28.57%	12	57.14%	2	9.52%	
	Jubilado	12	0	0.00%	6	50.00%	5	41.67%	1	8.33%	
	Tr. medio tiempo	11	0	0.00%	7	63.64%	4	36.36%	0	0.00%	
	Tr. tiempo completo	17	1	5.88%	12	70.59%	2	11.76%	2	11.76%	
	Trabajo ocasional	7	0	0.00%	3	42.86%	2	28.57%	2	28.57%	
T. enferm.	< 5 años	41	1	2.44%	20	48.78%	19	46.34%	1	2.44%	6.17 (0.91)
	5-9 años	19	0	0.00%	8	42.11%	9	47.37%	2	10.53%	
	10-19 años	21	1	4.76%	9	42.86%	8	38.10%	3	14.29%	
	20-29 años	14	0	0.00%	6	42.86%	6	42.86%	2	14.29%	
	≥ 30 años	5	0	0.00%	3	60.00%	2	40.00%	0	0.00%	
Total		100	2	2.00%	46	46.00%	44	44.00%	8	8.00%	

Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**GRÁFICO 21 B**  
**INFLUENCIA DE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS EN LA  
CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS PACIENTES**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 22**  
**RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN LOS  
PACIENTES CON AR**

Discapacidad	Total	Calidad de vida					
		Buena		Regular		Mala	
		N°	%	N°	%	N°	%
Sin discapacidad	2	2	100.00%	0	0.00%	0	0.00%
D. leve	46	37	80.43%	9	19.57%	0	0.00%
D. moderada	44	3	6.82%	26	59.09%	15	34.09%
D. severa	8	0	0.00%	0	0.00%	8	100.00%
Total	100	42	42.00%	35	35.00%	23	23.00%

Chi<sup>2</sup> = 82.05

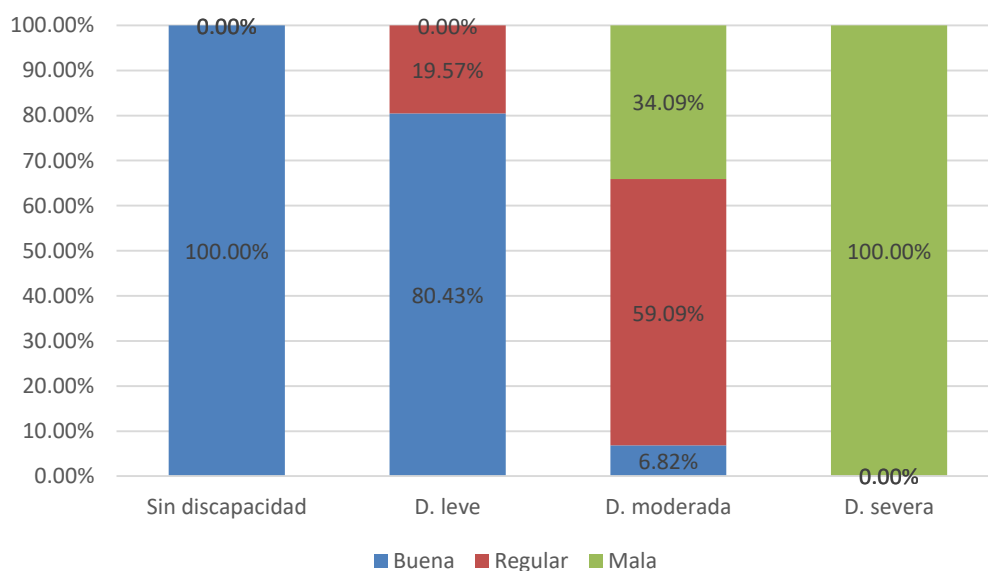
G. libertad = 6      p < 0.0001

Fuente: Elaboración propia

La **Tabla y Gráfico 22** muestran la relación de la calidad de vida con la discapacidad de los pacientes con AR; entre los casos sin discapacidad, la calidad de vida fue siempre buena, pero cuando la discapacidad es leve 19.57% manifiesta una calidad de vida regular, si la discapacidad es moderada el 34.09% tuvo mala calidad de vida, así como todos los pacientes con discapacidad severa, diferencias altamente significativas (p < 0.01), lo que implica una relación importante entre la mayor severidad de la discapacidad funcional y una peor calidad de vida.

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**GRÁFICO 22**  
**RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN LOS  
PACIENTES CON AR**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 23**  
**INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO FARME EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL**

Discapacidad	Sin FARME		Con FARME		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin discapacidad	0	0.00%	2	2.94%	2	2.00%
D. leve	11	34.38%	35	51.47%	46	46.00%
D. moderada	19	59.38%	25	36.76%	44	44.00%
D. severa	2	6.25%	6	8.82%	8	8.00%
Total	32	100.00%	68	100.00%	100	100.00%

Chi<sup>2</sup> = 5.03

G. libertad = 3

p = 0.17

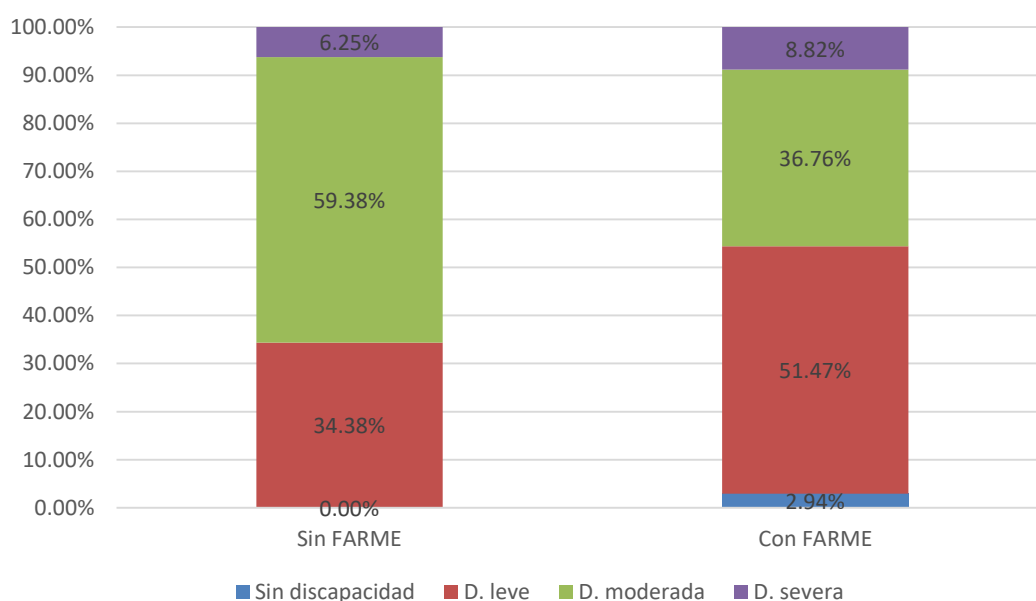
Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla y Gráfico 23** se muestran las diferencias en la capacidad funcional de los pacientes según el tratamiento con FARME; entre los que recibieron el tratamiento modificador de la enfermedad predominó la discapacidad leve (51.47%), y los que no la recibieron tuvieron sobre todo discapacidad moderada (59.38%), aunque las diferencias no alcanzaron significado estadístico ( $p > 0.05$ ).

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**GRÁFICO 23**

**INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO FARME EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL**



Fuente: Elaboración propia

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 24**  
**INFLUENCIA DEL TIEMPO DE ENFERMEDAD EN LA CAPACIDAD  
FUNCIONAL**

T. enfermedad	Total	Sin discapacidad		D. leve		D. moderada		D. severa	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
< 5 años	41	1	2.44%	20	48.78%	19	46.34%	1	2.44%
5-9 años	19	0	0.00%	8	42.11%	9	47.37%	2	10.53%
10-19 años	21	1	4.76%	9	42.86%	8	38.10%	3	14.29%
20-29 años	14	0	0.00%	6	42.86%	6	42.86%	2	14.29%
≥ 30 años	5	0	0.00%	3	60.00%	2	40.00%	0	0.00%
Total	100	2	2.00%	46	46.00%	44	44.00%	8	8.00%

Chi<sup>2</sup> = 6.17

G. libertad = 12

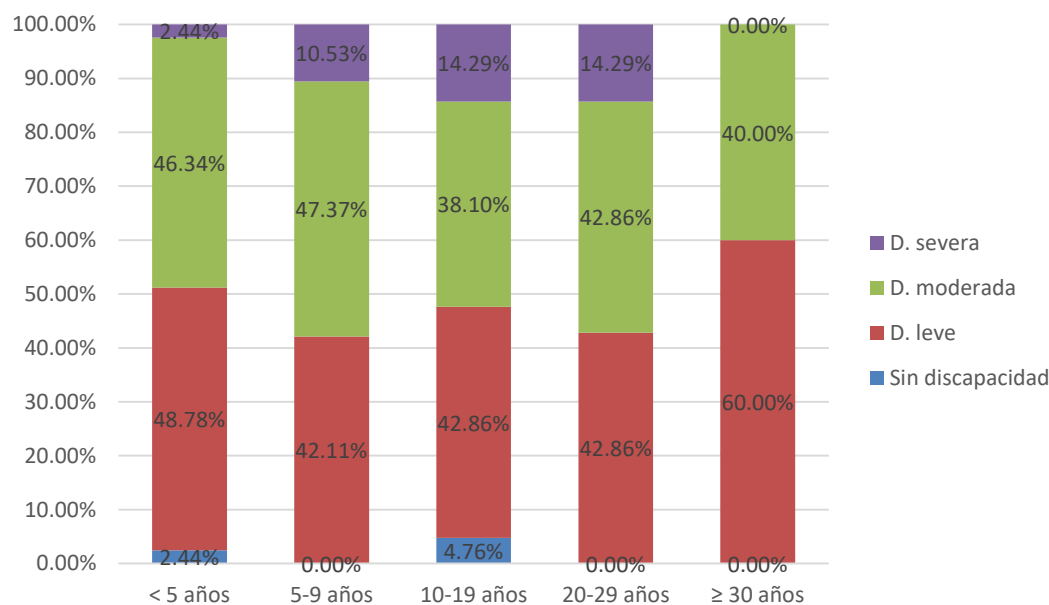
p = 0.91

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla y Gráfico 24** se muestra la influencia del tiempo de enfermedad en la capacidad funcional de los pacientes con AR; la discapacidad severa tiende a aumentar de 2.44% entre los que tienen menos de 5 años de enfermedad a 10.53% entre aquellos con 5-9 años de enfermedad, llega a 14.29% entre pacientes con 10 a 19 años de enfermedad o 20 a 29 años, y desapareció en los que tenían 30 años o más, aunque las diferencias no resultaron estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ ).

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**GRÁFICO 24**  
**INFLUENCIA DEL TIEMPO DE ENFERMEDAD EN LA CAPACIDAD  
FUNCIONAL**



**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**TABLA 25**  
**INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN LA CAPACIDAD  
FUNCIONAL**

Discapacidad	Sin fisioterapia		Con fisioterapia		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
Sin discapacidad	2	2.99%	0	0.00%	2	2.00%
D. leve	29	43.28%	17	51.52%	46	46.00%
D. moderada	31	46.27%	13	39.39%	44	44.00%
D. severa	5	7.46%	3	9.09%	8	8.00%
Total	67	100.00%	33	100.00%	100	100.00%

Chi<sup>2</sup> = 1.62

G. libertad = 3

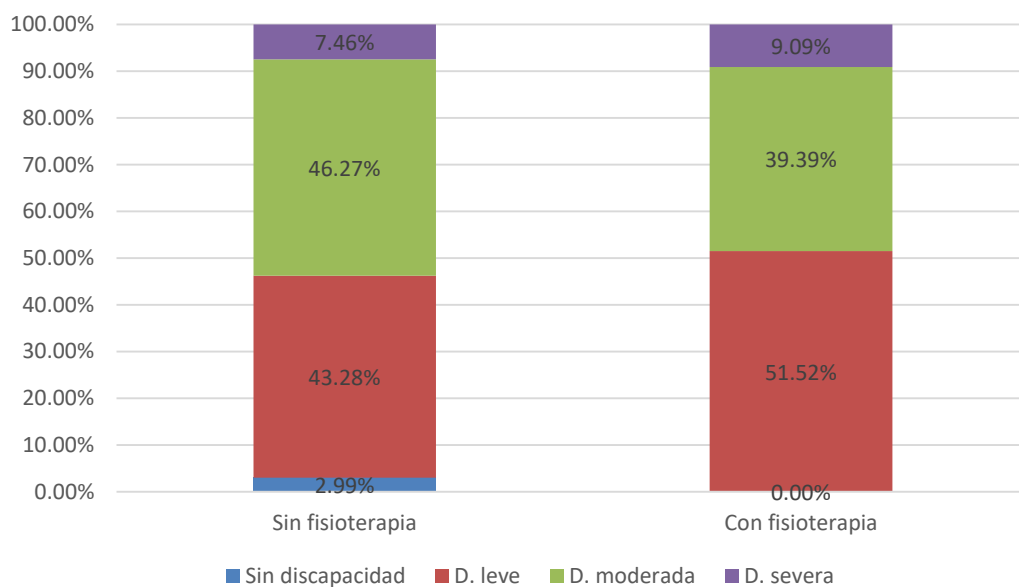
p = 0.65

Fuente: Elaboración propia

Finalmente, la **Tabla y Gráfico 25** muestran la influencia del tratamiento fisioterapéutico en la capacidad funcional; los que reciben tratamiento tienen predominantemente una discapacidad leve (51.52%) y los que no la reciben tienen discapacidad leve en 43.28% y moderada en 46.27%, diferencias no significativas ( $p > 0.05$ ).

**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

**GRÁFICO 25**  
**INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO EN LA CAPACIDAD  
FUNCIONAL**



Fuente: Elaboración propia



**CAPITULO III**  
**DISCUSIÓN Y COMENTARIOS**

## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

La artritis reumatoide es una enfermedad que afecta varios aspectos de la vida, a nivel físico, emocional, laboral y social por lo cual necesita de un enfoque multidisciplinario.

En el presente estudio se describió las características clínico sociodemográficos, se evaluó la calidad de vida, el grado de discapacidad funcional y su relación con el uso de tratamiento farmacológico y tratamiento fisioterapéutico en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Hospital III Yanahuara EsSalud y Policlínico Metropolitano EsSalud de la ciudad de Arequipa.

Para ello se realizó una entrevista individualizada a una muestra representativa de 100 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide se aplicó una ficha de recolección de datos, se utilizó el instrumento Health Assessment Questionnaire (HAQ) y el cuestionario para evaluar la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide QoL-RA. Se muestran resultados con estadística descriptiva y se comparan variables mediante prueba chi cuadrado.

En la **Tabla y Gráfico 1** podemos observar que en un mayor porcentaje 46.00%, de pacientes que participaron del estudio pertenecen al Hospital Regional Honorio Delgado, seguido de un 43.00% de pacientes que pertenecen a Hospital Yanahuara EsSalud y un menor porcentaje de pacientes 11.00 % que participaron del estudio pertenecen a Policlínico metropolitano EsSalud. En la **Tabla y Gráfico 2A** se evidencia un predominio por el sexo femenino que representa el 89.00 % de los pacientes entrevistados, respecto a la distribución de frecuencia de edad un 32.00 % pertenecen al grupo etario comprendido entre 60-69 años, seguido de un 21.00 % de pacientes que pertenecen al grupo etario comprendido entre 50-59 años. Los porcentajes de frecuencia de edad y distribución de sexo están de acuerdo a estudios previos realizados tal como lo señala Prada Hernández en un estudio realizado en Cuba en el año 2015 en donde hubo un predominio de sexo femenino con una media de presentación de 56.3 años (1).

En la **Tabla y Gráfico 3** se muestra las características clínicas de los pacientes; el 52% de casos fueron diagnosticados antes de los 50 años, y 41% tiene menos de 5 años de enfermedad, en cuanto a los años de evolución de la enfermedad los resultados son similares con el trabajo realizado por Prada Hernández en 2015 en donde la duración media de la

enfermedad fue de 8.50 años (1). En el presente estudio se encontró antecedente familiar de artritis reumatoide en 37% de casos de los pacientes entrevistados, resultados que son similares con el estudio realizado en Cuba por Reyes Medina en donde se evaluaron las características clínico epidemiológicas de pacientes con artritis reumatoide en donde se encontró en 20 casos antecedentes familiares de enfermedad reumática que represento el 7.14 % del total de su población (6).

En la **Tabla y Gráfico 4** se muestran los principales fármacos empleados para el tratamiento de la enfermedad; en 68% de los casos se emplearon fármacos modificadores de la enfermedad (FARME), en 3% biológicos, y en 80% AINEs, y un 48% de casos tratados con corticoides. El tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad (FARME) debe ser iniciado de forma oportuna, el objetivo es conseguir la remisión o un estado de mínima actividad inflamatoria (7).

En cuanto al tratamiento con FARME, la **Tabla y Gráfico 5** muestran que el tratamiento fue irregular en 17.65% de casos, el fármaco más usado fue el metotrexate en 76.47%, seguido de leflunomida en 38.24%, hidroxiclороquina en 10.29% y solo un caso (1.47%) usó sulfazalazina, resultados similares a un estudio realizado en Perú por Cantorin Alvarado indico que según el uso de FARMES se evidencio que 247 pacientes (96.9%) de los pacientes recibieron tratamiento con al menos un FARME, de los cuales 188 (76.1%) recibieron MTX como monoterapia (8). El metotrexato es el fármaco modificador de la enfermedad de primera elección en pacientes con artritis reumatoide (9).

La duración del tratamiento fue de 1 a 3 años en 42.65% de casos y menos de un año en 32.35%.

En la **Tabla y Gráfico 6** se muestran las características del tratamiento con fármacos biológicos; el 33.33% recibió Etanercept y 66.67% Rituximab. El tratamiento duró entre 2 y 3 años en estos casos. El tratamiento biológico es efectivo para la reducción del daño articular y la progresión de la enfermedad. El tratamiento con fármacos biológicos se inicia cuando el paciente no tuvo una respuesta adecuada a uno o más FARMES (10). El uso de fármacos modificadores de la enfermedad como monoterapia ocurrió en 76.47% de casos, como terapia doble en 16.18% o triple en 2.94%, como se aprecia en la **Tabla y Gráfico 7**.

En relación a las características de los AINEs empleados en el tratamiento de los pacientes con AR, la **Tabla y Gráfico 8** muestran que un 80% de los pacientes del estudio usan AINEs como tratamiento actual dentro de los cuales los más usados fueron meloxicam (30%) e

ibuprofeno (25%), seguido de celecoxib (20% y naproxeno (18.75%), y solo 8.75% usaron diclofenaco. Los AINEs, son sintomáticos ayudan al alivio del dolor y reducción de la expresión inflamatoria (11). Resultados similares se encontró en un estudio realizado en Madrid por González Álvaro en donde se estudió la variabilidad en el tratamiento de la artritis reumatoide, en donde se encontró que el uso de AINEs osciló entre el 67 y el 100% de los pacientes, en este estudio también se evidencio una menor frecuencia en el uso de AINEs cuando la enfermedad se encuentre inactiva. No se encontró estudios que determinen de forma concluyente que algún AINE sea mejor que otro (12).

En cuanto a los corticoides empleados en el tratamiento **Tabla y Gráfico 9**, el más empleado fue la prednisona (87.50%), seguido de deflazacort en 10.42% y betametasona en 2.08% de casos. En pacientes con artritis de reciente comienzo es importante el uso de corticoides junto al metrotexato, los corticoides suprimen la inflamación articular (13). utilizado como tratamiento sintomático. En el presente estudio se evidencio que un 48 % del total de pacientes que participaron, están en tratamiento actual con corticoide, en un estudio donde se evaluó las características asociadas al uso de corticoides en donde se evaluó a 12.000 pacientes, se estimó que más del 65% de los pacientes reciben corticoides a lo largo de la evolución (14).

En cuanto al uso de protectores gástricos se muestra en la **Tabla y Gráfico 10**; que el 96.77% empleó omeprazol y 2.32% ranitidina. Debido al elevado uso de AINEs (80%) en los pacientes del estudio, se observa que un 31% del total de pacientes del estudio utiliza protectores gástricos, Un estudio realizado en España en donde se evaluó la variabilidad del tratamiento en artritis reumatoide revelo que un 65% recibió tratamiento con protectores gástricos. Un porcentaje mayor al encontrado en este estudio (12).

**En la Tabla y Gráfico 11** se muestra la frecuencia de tratamiento fisioterapéutico en los pacientes con artritis reumatoide; el 33% del total de casos recibió fisioterapia, con una duración menor de un año en 63.64% y de 2 a 3 años en un tercio de casos, con una frecuencia diaria en 36.36% e interdiaria en 63.64%, la artritis reumatoide afecta al paciente a nivel osteoarticular y musculo esquelética por lo cual es fundamental el tratamiento fisioterapéutico y a pesar de ello, son escasos los estudios realizados sobre la eficacia y la efectividad del mismo, también se evidencio un reducido número de pacientes que reciben fisioterapia en un estudio realizado en España en donde se evaluó a 25 pacientes sobre la efectividad de un tratamiento fisioterapéutico sobre la calidad de vida (15).

Los efectos del tratamiento con fisioterapia entre los pacientes que lo recibieron se muestra en la **Tabla y Gráfico 13**; en 96.97% de casos disminuyó el dolor y la rigidez articular, en 90.91% de casos mejoró la fuerza muscular y las actividades de la vida diaria, en 87.88% se logró reinserción en el trabajo y en 90.91% reinserción en actividades sociales, en un estudio previo realizado se evidencio que el tratamiento fisioterapéutico fue capaz de reducir la rigidez matinal en más del 30% de los sujetos y el dolor en más del 50% (15).

La **Tabla y Gráfico 14** muestran las razones estipuladas por los pacientes que no recibieron fisioterapia para no hacerlo; la principal razón (83.58%) fue el desconocimiento de la existencia del tratamiento, y en mucha menor proporción fue por falta de tiempo (5.97%) o por diversas otras razones. En un estudio realizado en Perú por Coello-Talavera en donde se evaluó la falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes con trastornos musculo esqueléticos se evidencio alta incidencia de falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en un 56,4%, la cual estuvo relacionado a residir lejos del lugar de atención y tener menos de 40 años (16).

El tratamiento fisioterápico es fundamental para el paciente con artritis reumatoide y este está enfocado principalmente a disminuir el dolor y disminuir la rigidez articular sin embargo la falta de información la falta de disponibilidad de educar los pacientes, la insuficiente comunicación entre el personal de salud y los pacientes generan ideas equivocadas y desconocimiento sobre el tratamiento fisioterapéutico, esto puede deberse a consultas cortas, tiempos de espera prolongados, entre otros, se debe mejorar en este aspecto, buscar soluciones (17).

Por lo cual la educación del paciente es imprescindible buen desarrollo de la intervención terapéutica, si el paciente conoce las complicaciones que genera la enfermedad, las consecuencias que puede haber debido a la falta de tratamiento y los beneficios que se pueden obtener del mismo, existiría mayor frecuencia en el uso de tratamiento fisioterapéutico (18).

En la **Tabla y Gráfico 15** se muestran las opiniones de los pacientes acerca de tratamiento; el 70% considera que recibió un tratamiento oportuno al momento que se le diagnosticó la enfermedad, y de los 30 casos que consideraron que no recibieron un tratamiento oportuno al momento del diagnóstico indicaron entre las causas, el 33.33% mencionó que fue porque considero que no necesitaba el tratamiento debido a presentar síntomas leves que no dificultaban sus actividades de la vida diaria, 30% por falta de medios económicos, 16.67% por desconocimiento de la gravedad de su enfermedad, entre otras. Los resultados son

similares al estudio realizado por Juan Antonio Mas, en donde se evaluó adherencia al tratamiento con FARME en donde se observó que dentro de las causas del mismo se encontraba que el paciente no era consciente de la gravedad de la enfermedad, desconocimiento de la eficacia del tratamiento, desconfianza hacia el personal de salud, no exponiendo sus dudas (19).

Un tratamiento oportuno al momento del diagnóstico es imprescindible para limitar la progresión de la enfermedad (20).

El tratamiento farmacológico tiene la finalidad de disminuir la actividad inflamatoria y evitar la progresión de la enfermedad, sin embargo, los fármacos modificadores de la enfermedad tienen varios efectos adversos y esquemas de dosificación complicados de entender por lo cual son razones que pueden asociarse a bajos índices de adherencia (21).

El 75% de pacientes considera que carece de los recursos económicos para el tratamiento, 15% no cuenta con ningún tipo de seguro por lo cual son pagantes, 55% cuenta con seguro EsSalud y 30% cuenta con seguro integral de salud (**Tabla y Gráfico 16**). En un estudio realizado el 2019 por Antonio Juan Mas en la cual evaluaba la adherencia al tratamiento con fármacos modificadores de la enfermedad en la artritis reumatoide destacaron desconocimiento ante como actuar si se sufre un acontecimiento adverso con el FARME; en segunda instancia se observó que el personal de salud no pueda detectar a los pacientes que no cumplan con el tratamiento de forma temprana y en tercer instancia que no se apliquen intervenciones o estrategias que mejoren que el paciente pueda recibir un tratamiento oportuno. Por lo tanto, es importante la información que se le brinde al paciente para que pueda cumplir con el tratamiento indicado (19).

En la **Tabla y Gráfico 17** se muestra que el 64% de casos con AR tiene alguna comorbilidad, de las cuales la más frecuente fue la gastritis (45.31%), la artrosis (35.94%) y la hipertensión arterial (32.81%), y en menor proporción otras como diabetes (10.94%), osteoporosis (9.38%), entre otras. Se encontraron resultados similares en un estudio realizado por Acosta Hernández en donde se evaluó la comorbilidad y mortalidad en pacientes cubanos con artritis reumatoide se encontró que las enfermedades más frecuentemente asociadas fueron: la hipertensión arterial con 46 pacientes, seguida de la diabetes mellitus con 16, la enfermedad tiroidea, el asma bronquial y la osteoartritis severa con 15 casos cada una (22).

La **Tabla y Gráfico 18** muestran la presencia y severidad de discapacidad en los pacientes con AR; el 98% de casos tiene discapacidad, siendo leve el 46%, moderada en 44% y severa

en 8%. Los resultados del presente estudio concuerdan con los que se obtuvo en el estudio de Espinosa-Balderas en donde se evaluó la Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide se encontró un predominio de discapacidad leve con mayor afectación en alcanzar objetos y menor en vestirse y asearse (4).

La calidad de vida de los pacientes con AR se muestra en la **Tabla y Gráfico 19**; el 42% de casos tuvo una buena calidad de vida, 35% tuvo una calidad de vida regular y 23% una mala calidad de vida. Resultados similares se reportaron en un estudio realizado por Stefano Vinaccia en donde en un grupo de pacientes colombianos tuvieron un buen nivel de calidad de vida y las subescalas con puntajes más elevados fueron las de apoyo social e interacción social (23).

La **Tabla y Gráfico 20** muestran la influencia de las características clínico-socio-demográficas de los pacientes con AR en la calidad de vida; la edad mostró proporciones similares de buena, regular o mala calidad de vida en todos los rangos de edad ( $p > 0.05$ ), por lo que no influye en la calidad de vida. En cuanto al sexo, tanto varones como mujeres tuvieron también niveles similares de calidad de vida ( $p > 0.05$ ), así como se aprecia en la instrucción de los casos ( $p > 0.05$ ), así como el estado civil, la situación laboral, o tiempo de enfermedad ( $p > 0.05$ ).

La **Tabla y Gráfico 21** muestran la influencia de las características clínico-socio-demográficas en la capacidad funcional de los pacientes con AR; aunque predominó la disfunción leve en todos los grupos, alcanzó a ser moderada en todos los mayores de 80 años y en 5.56% de aquellos de 70 a 79 años, mientras que los más jóvenes no tenían discapacidad (33.33% de los menores de 30 años y 11.11% de los pacientes de 30 a 39 años), siendo la diferencia significativa ( $p < 0.05$ ); es decir, una mayor edad muestra una tendencia a tener discapacidad y más severa de la AR. El sexo de los pacientes no influyó en la severidad de la discapacidad ( $p > 0.05$ ); los pacientes con educación superior técnica tuvieron discapacidad severa en mayor proporción (44.44%) que los demás grupos de instrucción, donde predominó la discapacidad moderada o leve ( $p < 0.05$ ). El estado civil, la situación laboral o el tiempo de enfermedad no influyeron en la severidad de la discapacidad ( $p > 0.05$ ).

La **Tabla y Gráfico 22** muestran la relación de la calidad de vida con la discapacidad de los pacientes con AR; entre los casos sin discapacidad, la calidad de vida fue siempre buena, pero cuando la discapacidad es leve 19.57% manifiesta una calidad de vida regular, si la discapacidad es moderada el 34.09% tuvo mala calidad de vida, así como todos los pacientes

con discapacidad severa, diferencias altamente significativas ( $p < 0.01$ ), lo que implica una relación importante entre la mayor severidad de la discapacidad funcional y una peor calidad de vida. resultados similares se reporta en el estudio de Prada Hernández en donde se evidencio una fuerte correlación negativa ( $R = -0.83$ ) existente entre la calidad de vida con la capacidad funcional del paciente (1).

En la **Tabla y Gráfico 23** se muestran las diferencias en la capacidad funcional de los pacientes según el tratamiento con FARME; entre los que recibieron el tratamiento modificador de la enfermedad predominó la discapacidad leve (51.47%), y los que no la recibieron tuvieron sobre todo discapacidad moderada (59.38%), aunque las diferencias no alcanzaron significado estadístico ( $p > 0.05$ ).

En la **Tabla y Gráfico 24** se muestra la influencia del tiempo de enfermedad en la capacidad funcional de los pacientes con AR; la discapacidad severa tiende a aumentar de 2.44% entre los que tienen menos de 5 años de enfermedad a 10.53% entre aquellos con 5-9 años de enfermedad, llega a 14.29% entre pacientes con 10 a 19 años de enfermedad o 20 a 29 años, y desapareció en los que tenían 30 años o más, aunque las diferencias no resultaron estadísticamente significativas ( $p > 0.05$ ). Los resultados del estudio difieren de los encontrados por Prada Hernández en donde se aprecia que a medida que aumenta el tiempo de enfermedad en el paciente, la calidad de vida disminuye. El puntaje promedio del QoL-RA en los pacientes que tenían entre 2-4 años de evolución de su enfermedad, resultó ser significativamente superior al de aquellos pacientes que llevaban con un tiempo de evolución de 10 y 19 años, siendo el valor  $p = 0.0268$  (1).

Finalmente, la **Tabla y Gráfico 25** muestran la influencia del tratamiento fisioterapéutico en la capacidad funcional; los que reciben tratamiento tienen predominantemente una discapacidad leve (51.52%) y los que no la reciben tienen discapacidad leve en 43.28% y moderada en 46.27%, diferencias no significativas ( $p > 0.05$ ). Este resultado difiere del estudio realizado por K. Camacho-Bautista en donde se realizó una revisión sistemática para evaluar la intervención fisioterapéutica en el manejo de pacientes con artritis reumatoide en el cual se evidencio que el ejercicio terapéutico tiene un impacto significativo en la capacidad funcional en funciones de la mano, movilidad y desplazamientos (24).



**CAPITULO IV**  
**CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

## CONCLUSIONES

- Primera:** Se encontró discapacidad funcional leve en 46%, moderada en 44% y severa en 8% de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa.
- Segunda:** El 33% de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa, reciben tratamiento fisioterapéutico.
- Tercera:** Existe relación entre la mayor edad y la mayor discapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa, siendo las demás características no relacionadas.
- Cuarta:** Se encontró una relación significativa entre una peor calidad de vida y la mayor discapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología de Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa.
- Quinta:** El único factor identificado que predisponen a un mayor grado de discapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa, fue la edad de los pacientes.

## RECOMENDACIONES

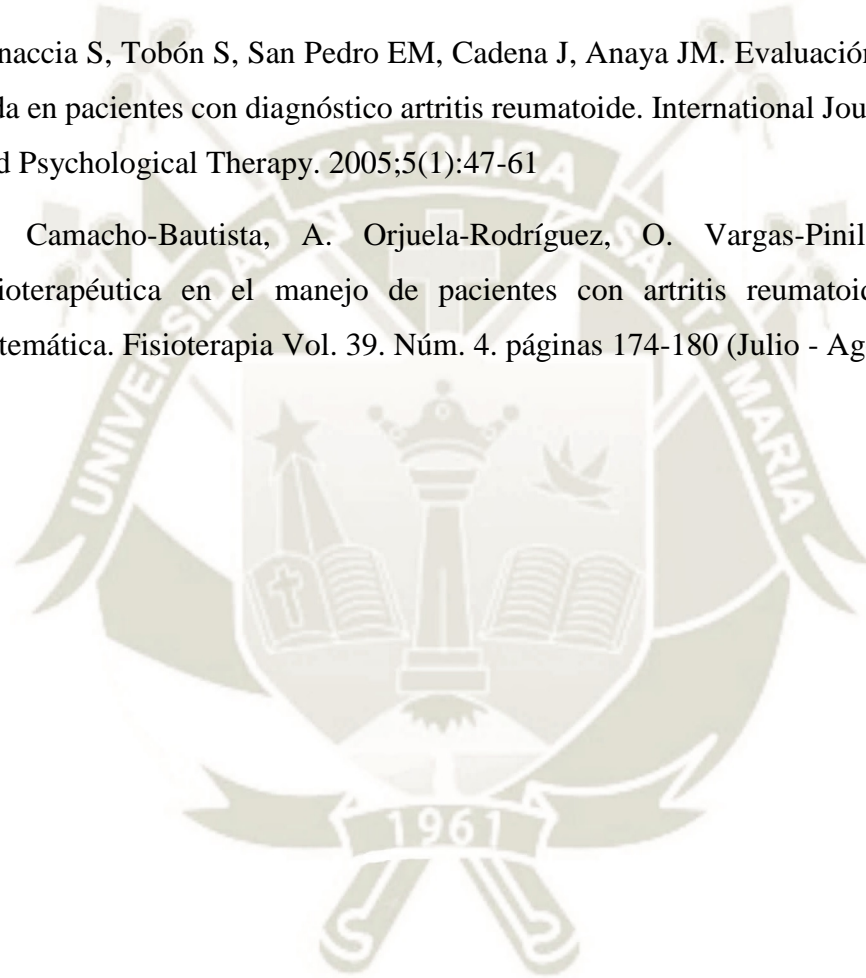
1. Es importante que los pacientes con Artritis Reumatoide tengan conocimiento de todo lo que engloba la enfermedad, y dar énfasis en la importancia del tratamiento tanto farmacológico como fisioterapéutico.
2. El apoyo familiar es fundamental debido a que el paciente con Artritis Reumatoide curso con diferentes grados de discapacidad que afecta su calidad de vida, por lo tanto, el apoyo emocional puede ser un factor que ayude en su recuperación.
3. El tratamiento fisioterapéutico ayudo en distintas esferas a los pacientes que lo recibieron por lo tanto es importante que todos los pacientes tengan conocimiento de los beneficios del tratamiento.
4. El tratamiento farmacológico es importante para evitar la progresión de la enfermedad por lo tanto es de vital importancia el uso regular de los fármacos en el tiempo establecido por el medico
5. La artritis reumatoide es una enfermedad que afecta la calidad de vida y genera grados de discapacidad sin embargo con el uso adecuado del tratamiento farmacológico y fisioterapéutico pueden mejorar notablemente es por eso que se recomienda seguir adecuadamente el tratamiento.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Prada Hernández, Hernández Torres, Gómez Morejón, Armenteros, Reyes Pineda, Urbano Solís Carta, Molinero Rodríguez. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. Revista Cubana de Reumatología. Volumen XVII, Número 1; 2015 ISSN: 1817-5996
2. Ayelen. Una nueva herramienta para valorar la calidad de vida de pacientes con artritis reumatoidea que no requiere licencia: el cuestionario QOL-RA II (Quality Of Life-Rheumatoid Arthritis Scale-II). Revista Argentina de Reumatología 2019;30(1): 16-21
3. Bendezu Barnuevo. Huamanchumo Merino. Estado de salud en pacientes con artritis reumatoide de un hospital al norte del Perú, 2015 Chiclayo 2017
4. Espinosa-Balderas, Hernández-Sosa, Cerdán-Galán. Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide. Aten Fam 2017;24(2)
5. Calvo A, Vega E, Cusi, Visaga, Felix Romero, Berrocal K y Calvo Q. Validación de una versión peruana de la dimensión física del Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ) Revista Peruana de Reumatología: Volumen 2 N° 3, Año 1996 Lima-Perú)
6. Reyes Medina I, Nerey González I, Suárez Rodríguez II, Egüez Mesa III. Caracterización clínico epidemiológica de los pacientes con artritis reumatoide. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Volumen XVII, Número 1, Ene-Abr; 2015: 17-24
7. Hernández García, Martínez-Prada. Uso de fármacos modificadores de la enfermedad en artritis reumatoide. Revista Terapéutica. Sistema Nacional de Salud. Volumen 33, N° 4/2009.
8. Cantorín Alvarado. Artritis reumatoide en el hospital nacional “Ramiro Prialé Prialé” de Huancayo, periodo 2015 - 2017. [Tesis para optar el título de médico cirujano]. Facultad de medicina humana. Tesis.
9. Hernandez-Baldizon, ¿Cómo hacer buen uso del metotrexato en artritis reumatoide? Reumatología Clínica Volume 8, Issue 1, January–February 2012, Pages 42-45
10. Becerra Rojas, Benites Chacaltana, Aiello, Zingoni, Bergman, Drost, Sanabria Montañez. Costo efectividad de Abatacept en comparación con otras terapias biológicas para el tratamiento de la artritis reumatoide moderada a severamente activa en pacientes

- que han fallado al tratamiento con metotrexato en EsSalud para el año 2010. Acta Med Per 28(4) 2010.
11. Noa PuigI; Más FerreiroII; Mendoza CastañoIII; Maikel Valle Clara. Fisiopatología, tratamiento y modelos experimentales de artritis reumatoide. Revista Cubana de Farmacia 2011;45(2):297-308
  12. González-Álvaro y C. Hernández-García. Variabilidad en el tratamiento de la artritis reumatoide. Rev Esp Reumatol 2002;29(3):90-93.
  13. García-Magallóna, Silva-Fernándezb, Andreu-Sánchez. Actualización del uso de los glucocorticoides en la artritis reumatoide. Reumatología clínica. Vol. 9. Núm. 5.páginas 297-302 (septiembre - octubre 2013).
  14. López Gómeza, Vela Casasemperea. Glucocorticoides en la artritis reumatoide. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología. Vol. 10. Núm. 2. páginas 44-47.
  15. Penélope De Dios Sanchoa, Martín-Nogueras. Influencia de la fisioterapia sobre el estado de salud y la calidad de vida del paciente reumático. Reumatol Clin. 2011;7(4):224–229
  16. D. Coello-Talaveraa,b, N. Rojas-Motta,b, P. Mayta-Tristán, Falta de adherencia al tratamiento fisioterapéutico en pacientes con trastornos musculoesqueléticos en una clínica docente en Lima, Perú. Fisioterapia páginas 182-188 (Julio - Agosto 2016)
  17. Luis Alberto Poalasin Narvárez I, Germán Ontaneda Salinas. El enfoque de género en la adherencia fisioterapéutica de los pacientes con osteoartritis de rodilla. Rev Cuba Reumatol vol.18 no.1 La Habana ene.-abr. 2016
  18. Pamplona Rangel, Uribe Guarín, María Ayala. Adherencia al tratamiento fisioterapéutico. Una revisión de tema. Rev CSV 2018; 10 (1): 62-75
  19. Mas. Santos Castañedab, Santamaríac, L. Baquerod, J. del Toro Santose. Adherencia al tratamiento con fármacos moduladores de la enfermedad sintéticos en la artritis reumatoide. Resultados del estudio Observar. Reumatologia clinica DOI: 10.1016/j.reuma.2017.10.001
  20. Cardiel Ríos, Pons Bonals, Importancia del manejo interdisciplinario del paciente con enfermedad periodontal y/o artritis reumatoide Rev. Estomatol. Herediana vol.28 no.2 Lima abr. 2018.

21. Ruiz Mejía; Parada Pérez; Urrego Vásquez; Gallego González. Adherencia al tratamiento en artritis reumatoide: condición indispensable para el control de la enfermedad. Rev Cubana Med Gen Integr vol.32 no.3 Ciudad de La Habana jul.-set. 2016
22. R. Acosta Hernández; Concepción Castell Pérez; María Julia Hernández Duarte; Abel Pernas González. Comorbilidad y mortalidad en una cohorte de pacientes cubanos con artritis reumatoide. Rev cubana med v.48 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2009
23. Vinaccia S, Tobón S, San Pedro EM, Cadena J, Anaya JM. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico artritis reumatoide. International Journal Psychology and Psychological Therapy. 2005;5(1):47-61
24. K. Camacho-Bautista, A. Orjuela-Rodríguez, O. Vargas-Pinilla. Intervención fisioterapéutica en el manejo de pacientes con artritis reumatoide: una revisión sistemática. Fisioterapia Vol. 39. Núm. 4. páginas 174-180 (Julio - Agosto 2017)

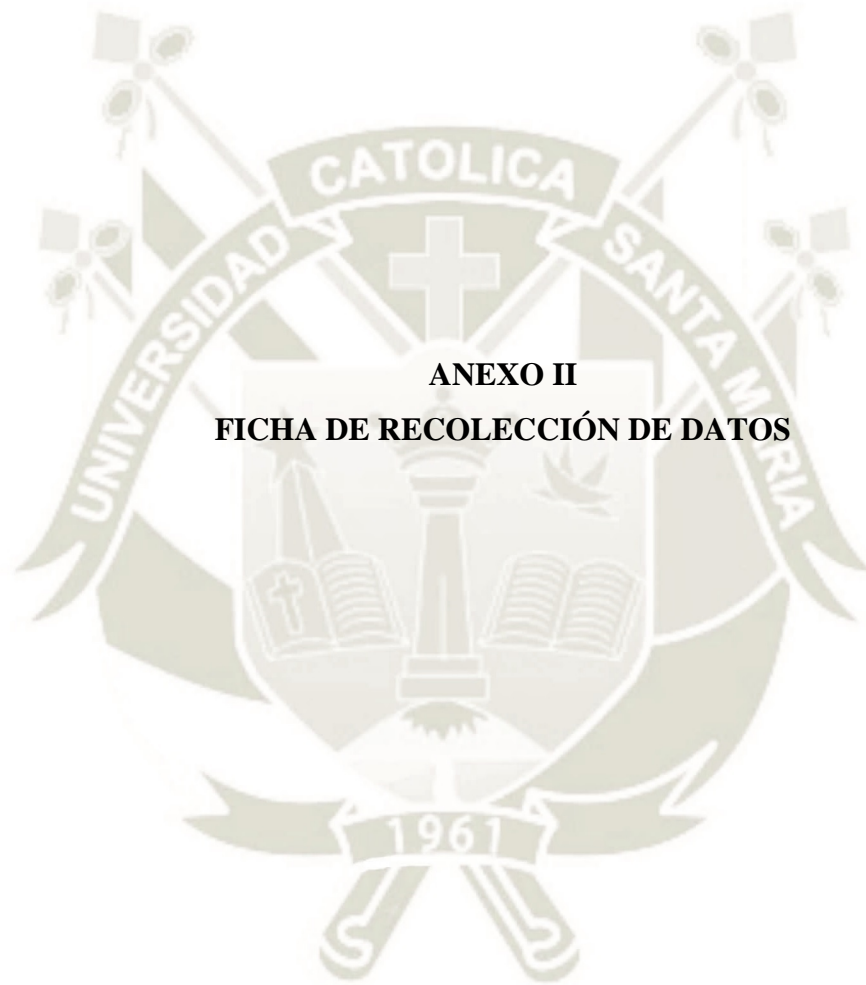






**ANEXO I**  
**CONSENTIMIENTO INFORMADO**





**ANEXO II**  
**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

**CARACTERISTICAS CLINICAS SOCIODEMOGRAFICAS DEL PACIENTE**

**1.- HOSPITAL:**

- ( ) Hospital Regional Honorio Delgado
- ( ) Policlínico Metropolitano EsSalud
- ( ) Hospital III Yanahuara EsSalud

**2.- EDAD:** \_\_\_\_\_

**3.- SEXO:**

- ( ) Femenino
- ( ) Masculino

**4.- LUGAR DE NACIMIENTO:** \_\_\_\_\_

**5.- LUGAR DE PROCEDENCIA:** \_\_\_\_\_

<b>6.- GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>		
( ) Primaria	( ) Secundaria	( ) Técnico superior
( ) Superior incompleta	( ) Superior completa	
<b>7.- ESTADO CIVIL</b>		
( ) Soltera	( ) Casada	( ) Conviviente
( ) Divorciada	( ) Viuda	
<b>8.- SITUACIÓN LABORAL</b>		
( ) Trabajo Tiempo completo	( ) Trabajo Medio tiempo	( ) Trabajo de manera Ocasional
( ) Buscando trabajo	( ) Ama de casa	( ) Jubilado
( ) No trabajo	( ) Estudiante	OTRO

**9.- ¿A QUE EDAD LE DIAGNOSTICARON ARTRITIS REUMATOIDE?**

\_\_\_\_\_

**10.- AÑOS DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD:**

\_\_\_\_\_

**11.- ¿TIENE USTED FAMILIARES CON ARTRITIS REUMATOIDE?**

- ( ) Si
- ( ) No

**TRATAMIENTO FARMACOLOGICO ACTUAL:**

**12.- ¿RECIBE USTED ACTUALMENTE TRATAMIENTO CON FARMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME)?**

- ( ) Si
- ( ) No

**13.- EN CASO DE RECIBIR TRATAMIENTO CON FARMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD: ¿TOMA USTED EL FARMACO DE MANERA REGULAR Y/O CONTINUA O DE MANERA IRREGULAR?**

- Regular y/o continua
- Irregular

**14.- EN CASO DE RECIBIR TRATAMIENTO CON FARMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD: ¿QUE TRATAMIENTO RECIBE?**

FARME: FÁRMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD			
<input type="checkbox"/> Metrotexate	<input type="checkbox"/> Leflunomida	<input type="checkbox"/> Cloroquina	<input type="checkbox"/> Hidroxicloroquina
<input type="checkbox"/> Sulfazalazina	<input type="checkbox"/> Penicilamina	<input type="checkbox"/> Ciclosporina A	<input type="checkbox"/> Azatioprina

**15.- EN CASO DE RECIBIR ACTUALMENTE TRATAMIENTO CON FARMACOS MODIFICADORES DE LA ENFERMEDAD (FARME) ¿CUANTO TIEMPO RECIBE EL FARMACO?**

FARME	TIEMPO QUE LLEVA CON EL TRATAMIENTO

**16.- ¿RECIBE USTED ACTUALMENTE TRATAMIENTO CON FARMACOS BIOLÓGICOS?**

- Si
- No

**17.- EN CASO DE RECIBIR TRATAMIENTO CON FARMACOS BIOLÓGICOS: ¿QUE TRATAMIENTO RECIBE?**

BIOLÓGICOS			
<input type="checkbox"/> Tocilizumab	<input type="checkbox"/> Etanercept	<input type="checkbox"/> Rituximab	<input type="checkbox"/> Abatacept
<input type="checkbox"/> Certolizumab	<input type="checkbox"/> Adalimumab	<input type="checkbox"/> Golimumab	<input type="checkbox"/> Infleximab

**18.- EN CASO DE RECIBIR ACTUALMENTE TRATAMIENTO CON FARMACOS BIOLÓGICOS ¿CUANTO TIEMPO RECIBE EL FARMACO?**

BIOLÓGICO	TIEMPO QUE LLEVA CON EL TRATAMIENTO

**19.- ULTIMO ESQUEMA DE TRATAMIENTO CON FARME Y/O BIOLÓGICOS**

TRATAMIENTO	FARMACOS
<input type="checkbox"/> Monoterapia	
<input type="checkbox"/> Terapia doble	
<input type="checkbox"/> Terapia triple	
<input type="checkbox"/> FARMES + BIOLÓGICOS	

**20.- ¿RECIBE USTED ACTUALMENTE TRATAMIENTO CON ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINES)?**

- Si
- No

**21.- ¿EN CASO DE RECIBIR TRATAMIENTO CON ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS (AINES) ¿QUE FARMACO RECIBE?**

AINES: FÁRMACOS ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS			
<input type="checkbox"/> Ibuprofeno	<input type="checkbox"/> Meloxicam	<input type="checkbox"/> Diclofenaco	<input type="checkbox"/> Celecoxib

**22.- ¿RECIBE USTED ACTUALMENTE TRATAMIENTO CON CORTICOIDES?**

- Si
- No

**23.- EN CASO DE RECIBIR TRATAMIENTO CON CORTICOIDE ¿QUE FARMACO RECIBE?**

CORTICOIDES			
<input type="checkbox"/> Prednisona	<input type="checkbox"/> Deflazacort	<input type="checkbox"/> Betametasona	OTRO

**24.- ¿RECIBE USTED ACTUALMENTE TRATAMIENTO CON PROTECTORES GÁSTRICOS?**

- Si
- No

**25.- EN CASO DE RECIBIR TRATAMIENTO CON PROTECTORES GÁSTRICOS ¿QUE FARMACO RECIBE?**

PROTECTORES GÁSTRICOS			
<input type="checkbox"/> Omeprazol	<input type="checkbox"/> Ranitidina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO**

**26.- ¿RECIBIO O RECIBE USTED TRATAMIENTO FISIOTERAPÉUTICO?: (FISIOTERAPIA)**

- Si
- No

**EN CASO QUE HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO:**

**27.- ¿CUANTO TIEMPO LLEVÓ TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO?**

- <1 mes     2 meses     3 meses     4 meses
- 5 meses     6 meses     7 meses     8 meses
- 9 meses     10 meses     11 meses     1 año
- <2 años     <3 años     <4 años     >5 años

**28.- ¿CUANTAS VECES A LA SEMANA LLEVÓ TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO?**

- Diario
- Interdiario
- Dos veces a la semana
- Una vez a la semana

**29.- ¿QUE TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO LLEVO?: PUEDE MARCAR MAS DE UNA RESPUESTA**

- Cinesiterapia
- Masoterapia
- Fototerapia
- Magnetoterapia
- Hidroterapia
- Termoterapia
- Terapia manual

**30.- ¿CONSIDERA USTED QUE EL TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO LE AYUDO A DISMINUIR EL DOLOR?**

- Si
- No

**31.- ¿CONSIDERA USTED QUE EL TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO LE AYUDO A DISMINUIR LA RIGIDEZ ARTICULAR?**

- Si
- No

**32.- ¿CONSIDERA USTED QUE EL TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO LE AYUDO A MEJORAR LA FUERZA MUSCULAR?**

- Si
- No

**33.- ¿CONSIDERA USTED QUE EL TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO LE AYUDO A MEJORAR LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA?**

- Si
- No

**34.- ¿CONSIDERA USTED QUE EL TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO LE AYUDO A REINSERTARSE EN SU TRABAJO?**

- Si
- No

**35.- ¿CONSIDERA USTED QUE EL TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO LE AYUDO A REINSERTARSE EN SUS ACTIVIDADES SOCIALES?**

- Si
- No

**36.- EN CASO QUE NO HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO ¿CUAL FUE LA CAUSA?**

- A. Desconocimiento de la existencia del tratamiento
- B. Falta de medios económicos
- C. Considera que no lo necesita
- D. El lugar de atención queda muy lejos
- E. No tiene quien lo lleve
- F. Dificultad física para trasladarse al centro de atención
- G. Falta de tiempo
- H. No encontró cita

**37.- CUANDO LE DIAGNOSTICARON LA ENFERMEDAD: ¿RECIBIO TRATAMIENTO OPORTUNO?**

- Si
- No

**38.- EN CASO QUE NO HAYA RECIBIDO TRATAMIENTO OPORTUNO: ¿CUÁL CONSIDERA USTED QUE FUE LA CAUSA?**

- A. Desconocimiento de la enfermedad y de la importancia del tratamiento.
- B. Falta de medios económicos para comprar los medicamentos.
- C. Síntomas leves por lo cual considero que no necesitaba tratamiento farmacológico.
- D. No tener acceso a un centro de salud u hospital
- E. Falta de tiempo
- F. No encontró cita

**39.- ¿CUENTA CON LOS MEDIOS ECONOMICOS NECESARIOS PARA COSTEAR EL TRATAMIENTO QUE REQUIERE?**

- Si
- No

**40.- ¿QUE TIPO DE SEGURO DE SALUD TIENE USTED?**

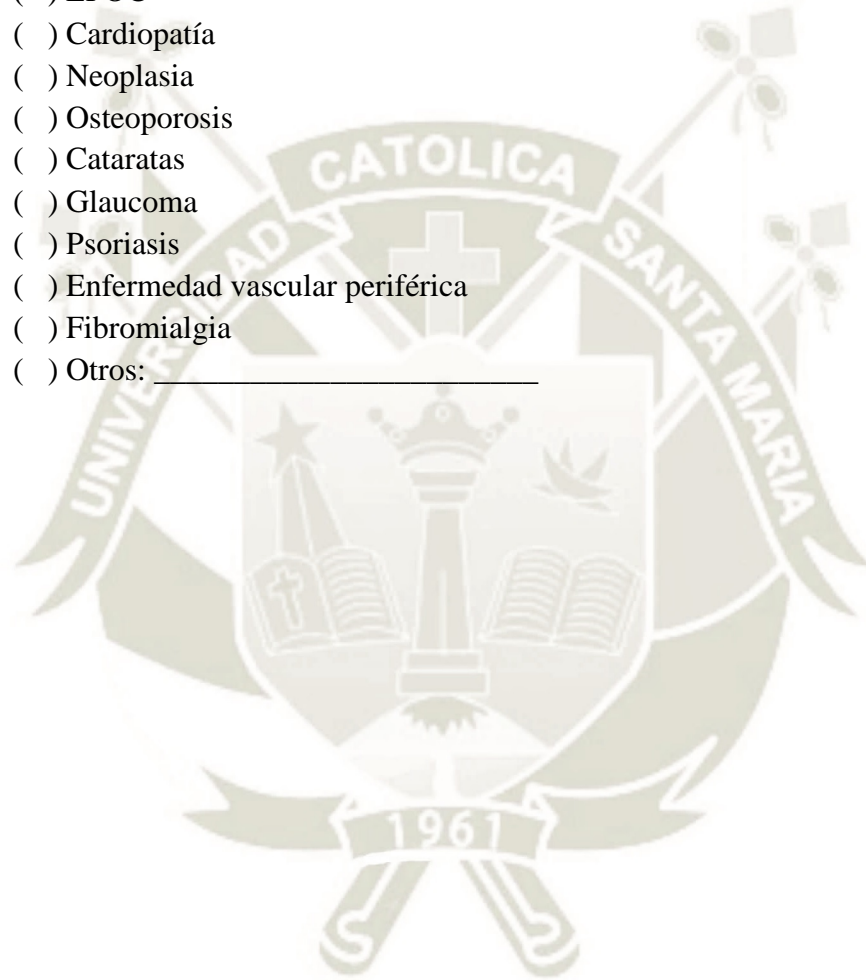
- Seguro Integral de Salud SIS
- Seguro social del Perú EsSalud
- Pagante: No tengo seguro de salud.

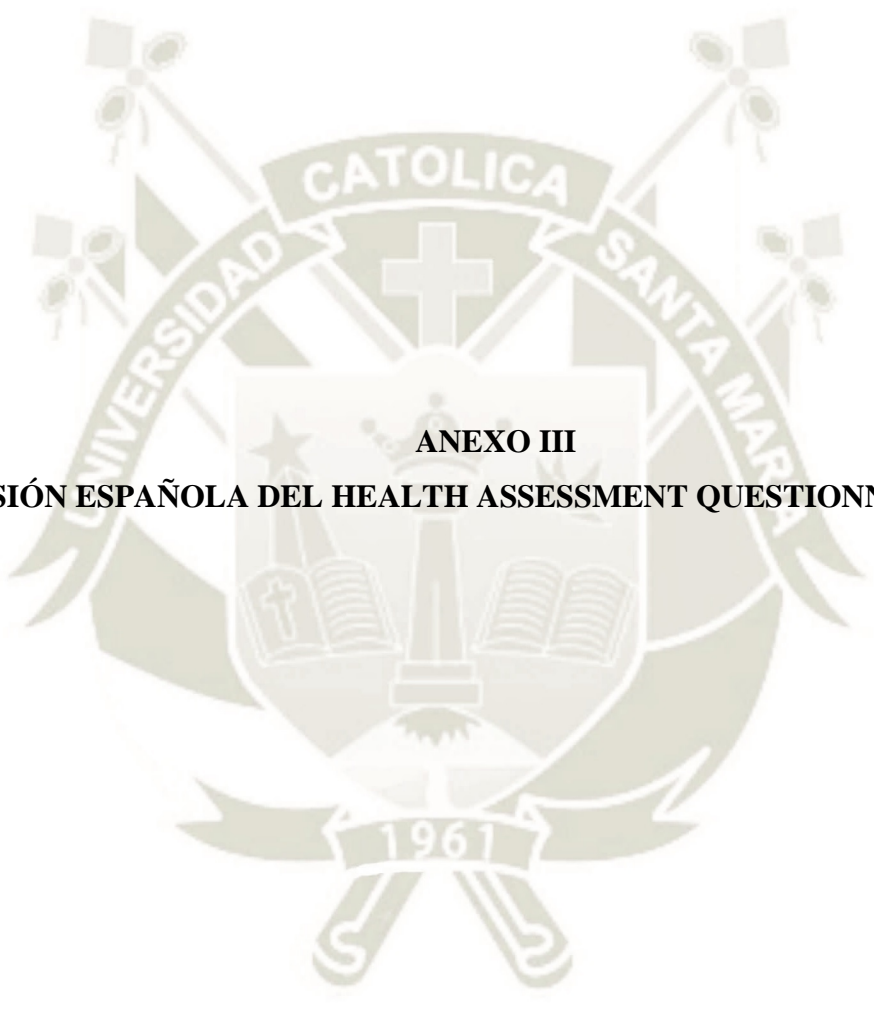
**41.- ¿PRESENTA COMORBILIDADES?**

- Si
- No

**42.- EN CASO QUE SU RESPUESTA SEA SI: ¿QUÉ COMORBILIDAD PRESENTA?**

- ( ) Hipertensión arterial
- ( ) Diabetes mellitus
- ( ) Hipotiroidismo
- ( ) Hipertiroidismo
- ( ) Gastritis crónica
- ( ) Artrosis
- ( ) EPOC
- ( ) Cardiopatía
- ( ) Neoplasia
- ( ) Osteoporosis
- ( ) Cataratas
- ( ) Glaucoma
- ( ) Psoriasis
- ( ) Enfermedad vascular periférica
- ( ) Fibromialgia
- ( ) Otros: \_\_\_\_\_





**ANEXO III**  
**VERSIÓN ESPAÑOLA DEL HEALTH ASSESSMENT QUESTIONNAIRE (HAQ)**

	<b>Durante la última semana, ¿ha sido usted capaz de...</b>	<b>Sin dificultad 0</b>	<b>Con alguna dificultad 1</b>	<b>Con mucha dificultad 2</b>	<b>Incapaz de hacerlo 3</b>
<b>Vestirse y bañarse</b>	1) Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos				
	2) Enjabonarse la cabeza				
<b>Levantarse</b>	3) Levantarse de una silla sin brazos				
	4) Acostarse y levantarse de la cama				
<b>Comer</b>	5) Cortar un filete de carne				
	6) Abrir un cartón de leche nuevo				
	7) Servirse la bebida				
<b>Caminar</b>	8) Caminar fuera de casa por un terreno llano				
	9) Subir cinco escalones				
<b>Higiene</b>	10) Lavarse y secarse todo el cuerpo				
	11) Sentarse y levantarse del retrete				
	12) Ducharse				
<b>Alcanzar</b>	13) Coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza				
	14) Agacharse y recoger ropa del suelo				
<b>Preensión</b>	15) Abrir la puerta de un coche				
	16) Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos				
	17) Abrir y cerrar los grifos				
<b>Otras</b>	18) Hacer los recados y las compras				
	19) Entrar y salir de un coche				
	20) Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos				

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

- Vestirse, asearse
- Levantarse
- Comer

- Caminar, pasear
- Higiene personal
- Alcanzar
- Abrir y cerrar cosas (prensión)
- Recados y tareas de casa

**Señale si utiliza alguno de estos utensilios habitualmente:**

- Cubiertos de mango ancho
- Bastón, muletas, andador o silla de ruedas
- Asiento o barra especial para el baño
- Asiento alto para el retrete
- Abridor para tarros previamente abiertos

**RESULTADO:**

---

**GRADO DE DISCAPACIDAD:**

---

Fuente: Espinosa-Balderas, Hernández-Sosa, Cerdán-Galán, 2017

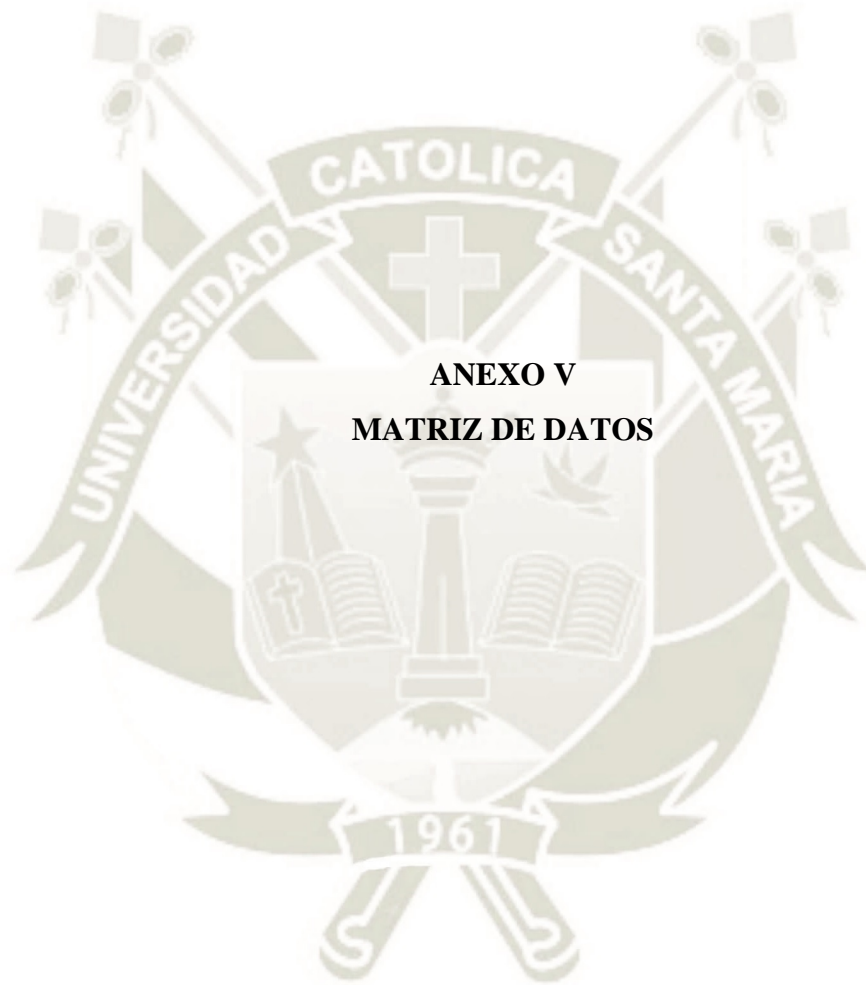


**ANEXO 4 CUESTIONARIO DE CALIDAD DE VIDA QOL-RA II**

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

<b>1. Si Ud. considera solo sus habilidades físicas, ¿diría que su “CALIDAD DE VIDA” es?:</b>											
Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
<b>2. Si Ud. solo considera la ayuda que le han dado su familia y sus amistades, ¿diría que su “CALIDAD DE VIDA” es?:</b>											
Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
<b>3. Si Ud. solo considera su dolor en sus articulaciones, ¿diría que su “CALIDAD DE VIDA” es?:</b>											
Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
<b>4. Si Ud. solo considera su nivel de tensión nerviosa, ¿diría que su “CALIDAD DE VIDA” es?:</b>											
Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
<b>5. Si Ud. solo considera su salud, ¿diría que su “CALIDAD DE VIDA” es?:</b>											
Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
<b>6. Si Ud. solo considera su cansancio/agotamiento, ¿diría que su “CALIDAD DE VIDA” es?:</b>											
Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
<b>7. Si Ud. solo considera su nivel de interacción entre Ud. y su familia y amigo(a)s, ¿diría que su “CALIDAD DE VIDA” es?:</b>											
Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
<b>8. Si Ud. solo considera lo que Ud. dijo acerca de su estado de ánimo, ¿diría que su “CALIDAD DE VIDA” es?:</b>											
Muy mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente

Fuente: Ayelen, 2019



n°	H	E	S	LN	P	I	EC	SL	ED	AE	AF	TF	RI	ME	LE	CL	HI	SUL	T	TB	TO	ET	RI	AB	IN	TB
1	Yanahuara	ESSALUD	65	Femenino	Arequipa	Arequipa	Superior completa	Soltera	Trabaja tiempo completo	60	5	Si	Si	Regular	x				3 años	No						
2	HRHD	58	Femenino	Cusco	Arequipa	Secundaria	Soltera	Ama de casa	44	14	No	Si	Regular				x		10 años	No						
3	HRHD	39	Femenino	Arequipa	Arequipa	Secundaria	Soltera	No trabaja	20	19	Si	No	Regular							No						
4	HRHD	58	Femenino	Junin	Arequipa	Secundaria	Divorciada	Ama de casa	47	11	No	No	Regular							No						
5	Yanahuara	ESSALUD	65	Femenino	Arequipa	Arequipa	Primaria	Casada	Trabaja medio tiempo	60	5	Si	No	Regular						No						
6	HRHD	70	Femenino	Arequipa	Arequipa	Superior completa	Soltera	Jubilado	45	25	Si	No	Regular							No						
7	Yanahuara	ESSALUD	69	Masculino	Arequipa	Arequipa	Secundaria	Casada	Trabajo ocasional	68	1	Si	Si	Irregular		x			5 meses	No						
8	HRHD	52	Femenino	Puno	Arequipa	Primaria	Casada	No trabaja	35	17	No	Si	Regular		x				2 meses	No						
9	Yanahuara	ESSALUD	51	Femenino	Arequipa	Arequipa	Secundaria	Casada	Trabaja medio tiempo	36	15	No	Si	Regular	x	x			15 años	No						
10	P. Metropolitano	34	Femenino	Arequipa	Arequipa	Superior incompleta	Conviviente	Trabaja tiempo completo	31	3	No	Si	Regular				x		1 año	No						
11	Yanahuara	ESSALUD	40	Femenino	Cusco	Arequipa	Secundaria	Viuda	Trabaja tiempo completo	32	8	No	Si	Irregular	x				8 años	No						
12	Yanahuara	ESSALUD	61	Femenino	Puno	Arequipa	Primaria	Casada	Trabaja tiempo completo	60	1	No	No	Regular						No						
13	Yanahuara	ESSALUD	48	Femenino	Puno	Arequipa	Tecnico superior	Casada	Trabaja medio tiempo	45	3	No	Si	Regular	x				2 años	No						
14	Yanahuara	ESSALUD	78	Femenino	Arequipa	Arequipa	Primaria	Casada	Ama de casa	68	10	No	No	Regular						No						
15	Yanahuara	ESSALUD	69	Femenino	Arequipa	Arequipa	Superior completa	Casada	Jubilado	59	10	No	No	Regular						No						
16	Yanahuara	ESSALUD	76	Masculino	Arequipa	Arequipa	Superior completa	Casada	Jubilado	70	6	Si	No	Regular						No						
17	Yanahuara	ESSALUD	58	Femenino	Arequipa	Arequipa	Tecnico superior	Casada	Trabaja tiempo completo	57	1	No	Si	Regular	x				1 mes	No						
18	Yanahuara	ESSALUD	69	Femenino	Arequipa	Arequipa	Secundaria	Casada	Ama de casa	55	14	No	Si	Regular	x				3 años	No						
19	Yanahuara	ESSALUD	18	Masculino	Arequipa	Arequipa	Secundaria	Soltera	No trabaja	17	1	No	Si	Regular	x				6 meses	No						
20	Yanahuara	ESSALUD	32	Femenino	Junin	Arequipa	Superior completa	Conviviente	Ama de casa	28	4	No	Si	Regular	x	x			5 años	Si			x			2 años
21	P. Metropolitano	67	Femenino	Arequipa	Arequipa	Superior completa	Casada	Jubilado	30	37	No	Si	Regular	x	x		x		13 años	Si			x			3 años
22	P. Metropolitano	65	Femenino	Loreto	Arequipa	Tecnico superior	Casada	Ama de casa	50	15	Si	Si	Regular	x	x				1 mes	No						
23	P. Metropolitano	63	Femenino	Lima	Arequipa	Superior completa	Casada	Trabaja tiempo completo	62	1	No	Si	Regular	x					1 año	No						
24	Yanahuara	ESSALUD	69	Femenino	Lambayeque	Arequipa	Secundaria	Casada	No trabaja	45	24	No	Si	Irregular	x				1 año	No						
25	P. Metropolitano	56	Femenino	Arequipa	Arequipa	Secundaria	Soltera	Ama de casa	45	11	No	Si	Irregular	x					5 años	No						
26	HRHD	67	Femenino	Puno	Arequipa	Primaria	Viuda	No trabaja	66	1	No	No	Regular							No						
27	HRHD	59	Femenino	Puno	Arequipa	Primaria	Soltera	Ama de casa	57	2	No	No	Regular							No						
28	HRHD	46	Femenino	Arequipa	Arequipa	Secundaria	Soltera	Ama de casa	45	1	Si	Si	Regular	x					1 año	No						
29	HRHD	46	Femenino	Arequipa	Arequipa	Secundaria	Casada	Trabaja medio tiempo	42	4	Si	Si	Regular	x					1 año	No						
30	Yanahuara	ESSALUD	70	Femenino	Arequipa	Arequipa	Superior completa	Casada	Ama de casa	50	20	Si	Si	Regular	x	x			10 años	No						
31	P. Metropolitano	54	Femenino	Arequipa	Arequipa	Superior completa	Soltera	Trabaja medio tiempo	53	1	No	Si	Regular	x					1 mes	No						
32	HRHD	45	Femenino	Puno	Arequipa	Secundaria	Conviviente	Ama de casa	44	1	No	No	Regular							No						
33	HRHD	71	Femenino	Cusco	Arequipa	Primaria	Soltera	No trabaja	68	3	No	No	Regular							No						
34	HRHD	68	Femenino	Arequipa	Arequipa	Secundaria	Casada	Ama de casa	60	8	No	No	Regular							No						
35	HRHD	65	Femenino	Puno	Arequipa	Secundaria	Soltera	No trabaja	40	25	Si	No	Regular							No						
36	HRHD	66	Femenino	Puno	Arequipa	Primaria	Divorciada	No trabaja	63	3	No	Si	Regular	x					1 año	No						
37	HRHD	66	Femenino	Arequipa	Arequipa	Primaria	Casada	Ama de casa	33	33	Si	Si	Regular		x				8 años	No						
38	HRHD	45	Femenino	Puno	Arequipa	Secundaria	Conviviente	Ama de casa	43	2	No	No	Regular							No						
39	HRHD	56	Femenino	Arequipa	Arequipa	Primaria	Casada	Trabaja tiempo completo	36	20	Si	Si	Regular	x					20 años	No						
40	HRHD	19	Femenino	Cajamarca	Arequipa	Superior incompleta	Soltera	Estudiante	14	5	No	Si	Regular	x	x		x		3 años	No						
41	HRHD	50	Femenino	Arequipa	Arequipa	Tecnico superior	Soltera	Trabajo ocasional	25	25	No	Si	Regular	x					9 meses	No						
42	HRHD	65	Femenino	Arequipa	Arequipa	Primaria	Conviviente	No trabaja	63	2	No	No	Regular							No						
43	HRHD	79	Masculino	Puno	Arequipa	Primaria	Casada	No trabaja	77	1	No	No	Regular							No						
44	HRHD	56	Femenino	Arequipa	Arequipa	Superior completa	Casada	Trabaja tiempo completo	49	7	No	Si	Regular		x				3 años	No						
45	HRHD	60	Femenino	Cusco	Arequipa	Primaria	Casada	No trabaja	59	1	No	Si	Regular	x					2 meses	No						
46	HRHD	50	Femenino	Arequipa	Arequipa	Secundaria	Casada	Ama de casa	45	5	Si	Si	Irregular	x	x				9 meses	No						
47	HRHD	56	Femenino	Arequipa	Arequipa	Secundaria	Casada	Trabajo ocasional	52	4	No	No	Regular							No						
48	Yanahuara	ESSALUD	80	Masculino	Puno	Arequipa	Primaria	Casada	Jubilado	70	10	No	No	Regular						No						
49	HRHD	60	Femenino	Arequipa	Arequipa	Superior completa	Viuda	Ama de casa	54	6	No	Si	Regular		x				2 años	No						
50	Yanahuara	ESSALUD	39	Femenino	Moquegua	Arequipa	Superior completa	Conviviente	Trabaja tiempo completo	35	4	No	Si	Irregular	x				4 meses	No						
51	Yanahuara	ESSALUD	27	Femenino	Arequipa	Arequipa	Superior completa	Soltera	Trabaja tiempo completo	26	1	Si	Si	Regular	x				3 meses	No						
52	Yanahuara	ESSALUD	49	Femenino	Arequipa	Arequipa	Superior completa	Soltera	Trabaja tiempo completo	48	1	No	Si	Regular	x				1 mes	No						
53	Yanahuara	ESSALUD	77	Femenino	Arequipa	Arequipa	Primaria	Casada	Ama de casa	70	7	No	No	Regular						No						
54	Yanahuara	ESSALUD	39	Femenino	Arequipa	Arequipa	Secundaria	Soltera	Trabaja tiempo completo	35	4	Si	Si	Regular	x				6 meses	No						
55	Yanahuara	ESSALUD	78	Masculino	Puno	Arequipa	Superior completa	Casada	Jubilado	77	1	No	No	Regular						No						
56	Yanahuara	ESSALUD	34	Femenino	Puno	Arequipa	Secundaria	Casada	Ama de casa	33	1	Si	Si	Regular	x		x		3 meses	No						
57	Yanahuara	ESSALUD	60	Femenino	Arequipa	Arequipa	Primaria	Viuda	Trabajo ocasional	50	10	No	No	Regular						No						
58	Yanahuara	ESSALUD	56	Femenino	Arequipa	Arequipa	Superior completa	Casada	Ama de casa	38	18	No	Si	Regular	x				14 años	No						
59	Yanahuara	ESSALUD	66	Femenino	Moquegua	Arequipa	Superior completa	Viuda	Ama de casa	40	26	Si	Si	Regular	x	x			1 año	No						
60	Yanahuara	ESSALUD	46	Femenino	Arequipa	Arequipa	Primaria	Soltera	Trabaja medio tiempo	45	1	No	Si	Regular	x				10 meses	No						
61	HRHD	33	Femenino	Arequipa	Arequipa	Secundaria	Conviviente	No trabaja	18	15	No	No	Regular							No						
62	HRHD	77	Masculino	Junin	Arequipa	Primaria	Viuda	No trabaja	76	1	No	No	Regular							No						
63	HRHD	78	Masculino	Arequipa	Arequipa	Secundaria	Casada	No trabaja	75	3	Si	Si	Regular	x					3 años	No						
64	HRHD	72	Femenino	Puno	Arequipa	Superior completa	Casada	Jubilado	67	5	No	No	Regular							No						
65	HRHD	78	Masculino	Arequipa	Arequipa	Primaria	Casada	No trabaja	75	3	Si	No	Regular							No						
66	HRHD	61	Femenino	Arequipa	Arequipa	Secundaria	Casada	Ama de casa	52	9	Si	Si	Regular	x					1 año	No						
67	HRHD	31	Femenino	Arequipa	Arequipa	Superior completa	Soltera	Trabaja tiempo completo	20	11	No	Si	Regular	x	x				1 año	No						
68	Yanahuara	ESSALUD	48	Femenino	Arequipa	Arequipa	Superior incompleta	Soltera	Trabaja tiempo completo	47	1	Si	Si	Regular	x				7 meses	No						
69	HRHD	53	Femenino	Puno	Arequipa	Primaria	Conviviente	Trabaja medio tiempo	38	15	Si	Si	Regular	x					5 meses	No						
70	HRHD	62	Femenino	Loreto	Arequipa	Secundaria	Soltera	No trabaja	58	4	No	Si	Regular	x					4 años	No						
71	Yanahuara	ESSALUD	76	Femenino	Arequipa	Arequipa	Secundaria	Casada	Ama de casa	73	3	No	Si	Regular	x				3 meses	No						
72	Yanahuara	ESSALUD	70	Femenino	Arequipa	Arequipa	Secundaria	Viuda	No trabaja	66	4	No	Si	Regular	x	x			4 años	No						
73	Yanahuara	ESSALUD	72	Femenino	Arequipa	Arequipa	Superior completa	Viuda	Jubilado	52	20	Si	Si	Regular	x				5 años	No						
74	Yanahuara	ESSALUD	50	Femenino	Arequipa	Arequipa	Superior completa	Soltera	Ama de casa	30	20	Si	Si	Regular	x				2 años	No						
75	Yanahuara	ESSALUD	58	Femenino	Cusco	Arequipa	Tecnico superior	Divorciada	Jubilado	33	25	Si	Si	Irregular	x				20 años	Si			x			2 años
76	HRHD	62	Femenino	Puno	Arequipa	Secundaria	Casada	Ama de casa																		

NT	TA	IB	ME	DI	CE	NA	TC	PR	DE	BE	OT	OM	RA	TF	TF	VS	TF	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	TS	CO
Monoterapia	Si			x			No				Si	x		No									A	No	D	Si	Seguro ESSALUD	Si	
Monoterapia	Si		x				Si		x		Si	x		Si	2 años	Diario	Termoterapia	Si	Si	Si	Si	Si	Si				No	Pagante	Si
	Si		x				Si				No			No									G	Si		No	Pagante	No	
	Si				x		Si		x		No			No									B	No	B	No	Pagante	No	
	Si					x	No				No			No									G	No	D	No	Seguro ESSALUD	Si	
	Si				x		No				No			Si	1 mes	Diario	Hidroterapia	Si	Si	Si	Si	Si	Si				No	SIS	Si
Monoterapia	Si	x					No				Si	x		No									A	Si		No	Seguro ESSALUD	Si	
Monoterapia	Si				x		No				No			No									F	Si		No	Seguro ESSALUD	No	
Terapia doble	Si			x			Si		x		Si	x		No									A	No	C	No	Seguro ESSALUD	No	
Monoterapia	No						Si		x		No			No									A	Si		No	Seguro ESSALUD	Si	
Monoterapia	Si			x			Si		x		No			No									A	Si		No	Seguro ESSALUD	No	
	Si	x					No				No			No									A	Si		No	Seguro ESSALUD	No	
	Si		x				No				No			No									A	Si		No	Seguro ESSALUD	No	
	Si						No				No			Si	3 meses	Diario	Cinesiterapia	Si	Si	Si	Si	Si	Si				No	Seguro ESSALUD	Si
	No						No				No			Si	3 años	Interdiario	Cinesiterapia	Si	Si	Si	Si	Si	Si				Si	Seguro ESSALUD	No
	Si	x					No				No			No									A	Si		Si	Seguro ESSALUD	No	
Monoterapia	Si		x				Si		x		No			Si	1 mes	Diario	Hidroterapia	Si	Si	Si	Si	Si	Si				No	Seguro ESSALUD	No
Monoterapia	No						Si		x		No			No									A	Si		No	Seguro ESSALUD	No	
Monoterapia	No						Si		x		No			No									A	Si		No	Seguro ESSALUD	No	
FARMES y Biologico	Si					x	No				Si	x		Si	1 mes	Diario	Termoterapia	Si	Si	Si	Si	Si	Si				No	Seguro ESSALUD	No
FARMES y Biologico	No						No				No			Si	1 año	Interdiario	Hidroterapia	Si	Si	Si	Si	Si	Si			A	No	Seguro ESSALUD	No
Terapia triple	Si	x					Si		x		Si	x		Si	3 meses	Interdiario	Termoterapia	Si	Si	Si	Si	Si	Si				Si	Seguro ESSALUD	Si
Monoterapia	No						Si				No			No									A	Si		Si	Seguro ESSALUD	Si	
Monoterapia	Si					x	Si		x		Si	x		No									A	No	D	No	Seguro ESSALUD	Si	
Monoterapia	Si	x					Si		x		Si	x		No									A	No	B	No	Seguro ESSALUD	Si	
	No						No				No			No									D	No	B	No	SIS	Si	
	Si			x			No				No			Si	1 mes	Interdiario	Cinesiterapia	Si	Si	Si	Si	Si	Si				No	SIS	No
Monoterapia	Si		x				Si		x		No			No									A	Si		No	SIS	No	
Monoterapia	Si						No				No			No									A	Si		No	SIS	No	
Monoterapia	Si	x					No				No			No									A	Si		No	SIS	No	
Terapia doble	No						Si		x		No			Si	3 años	Interdiario	Hidroterapia	Si	Si	Si	Si	Si	Si				Si	Seguro ESSALUD	Si
Monoterapia	Si			x			No				No			No									A	No	C	No	Seguro ESSALUD	Si	
Monoterapia	Si	x					No				No			No									A	No	B	No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si		x		Si	x		No									A	No	A	No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						No				No			No									A	No	B	No	SIS	Si	
Monoterapia	Si	x					No				No			No									A	No	C	No	Pagante	No	
Monoterapia	Si						Si		x		Si	x		No									A	Si		No	Pagante	No	
Terapia triple	No						Si		x		No			No									A	Si		No	Pagante	Si	
Monoterapia	Si						No				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						No				No			No									C	Si		Si	SIS	No	
Monoterapia	Si	x					Si		x		No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Terapia doble	No						Si		x		No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si		x		Si	x		No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si	x					No				Si	x		No									A	Si		No	SIS	Si	
Terapia doble	Si						No				Si	x		No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si				Si	x		No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si	x					No				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si	x					No				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si	x					No				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si				No			No									A	Si		No	SIS	Si	
Monoterapia	Si						Si				No																		





**ANEXO VI**  
**PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

**Universidad Católica de Santa María**  
**Facultad de Medicina Humana**  
**Escuela Profesional de Medicina Humana**



**ESTUDIO DE LA CALIDAD DE VIDA DISCAPACIDAD FUNCIONAL Y SU  
RELACIÓN CON TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO EN PACIENTES CON  
ARTRITIS REUMATOIDE**

Proyecto de Tesis presentado por la  
Bachiller:

**Paredes Vilca, Zuliet Jackeline**

Para optar el título profesional de:

Medico Cirujana

**Asesora:**

Dra. Muñoz Del Carpio Toia Agueda  
Rossangella

**Arequipa-Perú**

**2020**

## I. PREAMBULO:

Vivir con una enfermedad crónica que no tiene cura conlleva a la persona pasar diariamente por situaciones difíciles afrontando procesos de vulnerabilidad, preocupación y dolor afectando diferentes esferas de la vida a nivel físico, psicológico, laboral y social por lo que su atención demanda de un grupo multidisciplinario que asista adecuadamente al paciente.

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica, autoinmune, sistémica, inflamatoria de etiología desconocida, la cual se caracteriza por un proceso inflamatorio que afecta predominantemente el tejido sinovial de las articulaciones, lo cual conlleva a un gran deterioro de la capacidad funcional, afecta la calidad de vida y aumento de la mortalidad (1,2).

La artritis reumatoide presenta múltiples síntomas dentro de los cuales se encuentra la rigidez matinal, cansancio, dolor, discapacidad funcional, síntomas depresivos y de ansiedad, también genera manifestaciones extra-articulares con afección de órganos internos (3).

El Colegio Americano de Reumatología (ACR) y la Liga Europea Contra el Reumatismo (EULAR), recomiendan la determinación de la calidad de vida en estos pacientes, debido a que conforma una parte fundamental para las mediciones clínicas y epidemiológicas que son utilizadas en la valoración de la enfermedad, esto mediante un instrumento específico que es el QOL-RA (Quality Of Life-Rheumatoid Arthritis Scale) (3).

La evaluación de la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide tiene una importancia fundamental debido a que constituye un pilar base para el tratamiento de la enfermedad desde un enfoque multidisciplinario, debido a que la enfermedad afecta aspectos clínicos, emocionales y sociales del paciente (3).

La artritis reumatoide sin un tratamiento adecuado genera discapacidad funcional, el proceso se inicia con la inflamación de las articulaciones que posteriormente lleva a la limitación física. La discapacidad funcional afecta al paciente a nivel psicológico, físico y laboral por lo tanto disminuye la calidad de vida (1).

A lo largo del tiempo se ha desarrollado múltiples instrumentos para evaluar las discapacidades producidas por la artritis reumatoide, dentro de los cuales se

encuentra el HAQ (Health Assesment Questionnaire) el cual es un instrumento que determina la discapacidad funcional del paciente con artritis reumatoide (3).

La artritis reumatoide genera daño articular por lo cual desarrolla dificultad para realizar determinadas tareas de la vida diaria lo cual afecta su situación laboral generando un impacto a nivel social y económico. La discapacidad laboral puede desarrollarse dentro de los primeros años de la enfermedad (4). Es importante determinar el grado de discapacidad funcional en pacientes con Artritis reumatoide y cómo influye en la calidad de vida.

Es importante un diagnóstico adecuado y el inicio temprano del tratamiento por fármacos modificadores de la enfermedad y el uso de un tratamiento fisioterapéutico debido a que estos pueden limitar el desarrollo de la severidad y discapacidad de la enfermedad (45).

La finalidad del tratamiento farmacológico es conseguir la remisión de la enfermedad o un estado de mínima actividad inflamatoria con el fin de disminuir los síntomas y el daño articular, prevenir la discapacidad funcional y mejorar la calidad de vida (48,49).

Los fármacos modificadores de la enfermedad son fármacos que evitan o previenen la progresión del daño estructural por lo cual su uso es imprescindible para el tratamiento de la artritis reumatoide (48).

Los fármacos antiinflamatorios no esteroideos tienen la finalidad de tratar el dolor y la inflamación, tienen un efecto rápido a corto plazo, pero no modifican el curso clínico de la enfermedad ni evitan la progresión del daño estructural. Los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras gastroduodenales asociadas a AINEs deben recibir gastroprotección (48,49).

El tratamiento fisioterapéutico juega un papel muy importante en la terapéutica de la artritis reumatoide, debido a que permite la reducción del dolor, previene la limitación articular y la atrofia muscular, así como mejora la funcionalidad (46).

La educación de los pacientes con artritis reumatoide constituye un factor importante dentro del tratamiento no farmacológico, un bajo nivel educativo se asocia a mayor morbimortalidad, muchos pacientes desconocen de los beneficios del tratamiento (47).

La enfermedad tiene un curso progresivo degenerativo por tanto la ausencia de tratamiento conlleva a daño articular, causando deformidad de la articulación y por ende genere discapacidad funcional y afecte su calidad de vida (6).

Pese a que se han hecho múltiples investigaciones de artritis reumatoide no se ha determinado un tratamiento que cure la enfermedad sin embargo con un tratamiento adecuado oportuno se puede llegar a la remisión al alivio de los síntomas y otorgar al paciente una mejor calidad de vida.

Por ello en este estudio se quiere determinar las características clínicas sociodemográficas de los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide, determinar el nivel de calidad de vida, el grado de discapacidad funcional y el uso de tratamiento farmacológico y fisioterapéutico en el transcurso de la enfermedad de igual forma estudiar la relación que guardan estas variables para dar a conocer que el paciente con diagnóstico de artritis reumatoide es afectado de manera significativa por factores físicos, psicológicos, sociales y laborales que afectan su calidad de vida y el tratamiento se debe dar mediante un enfoque multidisciplinario, mediante los resultados que se obtengan en el estudio proponer medidas sociales que apoyen al paciente a mejorar su calidad de vida incrementar el apoyo que reciben en el ámbito familiar y del estado, dar recomendaciones para prevenir el desarrollo de discapacidad funcional.

## II. PLANTEAMIENTO TEORICO

### 1. Enunciado del problema

¿Cuál es el nivel de calidad de vida, el grado de discapacidad funcional y su relación con tratamiento fisioterapéutico en pacientes diagnosticados con artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa?

### 2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

#### a) Área del conocimiento

**Área general:** Ciencias de la salud  
**Área específica:** Medicina Humana  
**Especialidad:** Reumatología  
**Línea:** Artritis reumatoide

#### b) Operacionalización de variables

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD / CATEGORIA	ESCALA
<b>HOSPITAL</b>	Establecimiento destinado para la atención y asistencia a pacientes.	-Hospital Regional Honorio Delgado -Hospital Yanahuara ESSALUD -Policlínico Metropolitano ESSALUD	Nominal
<b>EDAD</b>	Fecha de nacimiento	Años	De razón
<b>SEXO</b>	Caracteres sexuales secundarios	Masculino Femenino	Nominal
<b>ESTADO CIVIL</b>	Condición de una persona según el registro civil.	Soltero Casado Conviviente Divorciado Viudo	Nominal
<b>GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	Grado más alto completado académicamente.	Primaria Secundaria Técnico superior Superior incompleta Superior completa	Nominal

<b>SITUACIÓN LABORAL</b>	Labor que desempeña actualmente	Trabajo completo Trabajo Medio tiempo Trabajo de manera Ocasional Buscando trabajo Ama de casa Jubilado No trabajo	Tiempo Nominal
<b>TIEMPO DE EVOLUCIÓN DE LA ENFERMEDAD</b>	Fecha en que fue diagnosticado de artritis reumatoide	Años	De razón
<b>COMORBILIDADES</b>	Presencia de dos o más trastornos o enfermedades que ocurren en la misma persona.	Hipertensión arterial Diabetes mellitus Hipotiroidismo Hipertiroidismo Gastritis crónica Artrosis EPOC Cardiopatía Neoplasia Osteoporosis Cataratas Glaucoma Psoriasis Enfermedad vascular periférica Fibromialgia	Nominal
<b>TRATAMIENTO FARMACOLOGICO</b>	Conjunto de medios farmacológicos, cuya finalidad es remisión de la enfermedad o alivio de los síntomas.	-No recibe tratamiento farmacológico - Si recibe tratamiento farmacológico -Fármacos modificadores de la enfermedad - Biológicos -AINES -Corticosteroides -Otros	Nominal
<b>TRATAMIENTO FISIOTERAPEUTICO</b>	Conjunto de medidas cuya función es la de disminuir el dolor, evitar deformaciones y mejorar las limitaciones articulares que se	-No recibió tratamiento fisioterapéutico. -Si recibió tratamiento fisioterapéutico.	Nominal

	produzcan en la artritis reumatoide.		
<b>CALIDAD DE VIDA</b>	Cuestionario de calidad de vida QOL-RA II	Consta de ocho ítems -Actividad física -Apoyo -Dolor -Tensión nerviosa -Salud -Artritis -Interacción -Estado de animo Con 10 posibilidades de respuesta que van desde: <b>1</b> (muy mala calidad de vida) <b>10</b> (excelente calidad de vida)	Ordinal
<b>DISCAPACIDAD FUNCIONAL</b>	Versión española del Health Assessment Questionnaire (HAQ)	<b>0</b> No incapacidad <b>0-1</b> Discapacidad leve <b>1.01-2</b> Discapacidad moderada <b>2.01-3</b> Discapacidad severa	Ordinal

**c) Interrogantes básicas**

1. ¿Cuáles son las características clínicas y sociodemográficas en pacientes con artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa?
2. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa?
3. ¿Cuál es el grado de discapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología de Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa?
4. ¿Cuáles son las características del tratamiento farmacológico que reciben los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de

- reumatología de Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud la ciudad de Arequipa?
5. ¿Cuáles son las características del tratamiento fisioterapéutico los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología de Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud la ciudad de Arequipa?
  6. ¿Cuál es la relación entre las características clínicas-sociodemográficas y la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa?
  7. ¿Cuál es la relación entre las características clínicas-sociodemográficas y la discapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa?
  8. ¿Cuál es la relación entre calidad de vida y discapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa?
  9. ¿Cuál es la relación entre discapacidad funcional y el uso de tratamiento farmacológico con FARME en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa?
  10. ¿Cuál es la relación entre discapacidad funcional y el uso tratamiento fisioterapéutico en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa?
  11. ¿Existe relación entre los años de evolución de enfermedad y el grado de discapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado

Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa?

12. ¿Qué factores predisponen a un mayor grado de discapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa?

- d) **Tipo de Investigación:** Investigación de campo
- e) **Diseño de investigación:** Es un estudio Observacional Descriptivo Transversal
- f) **Nivel de investigación:** Descriptivo Correlacional

### 3. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

La artritis reumatoide es una patología que afecta al individuo en el aspecto físico y emocional, genera un proceso inflamatorio que daña varias articulaciones, es una enfermedad crónica, autoinmune, de causa desconocida la cual produce un gran deterioro de la capacidad funcional, disminución de la calidad de vida y aumento de la mortalidad (1). Con un impacto considerable en la vida de los pacientes, en sus familias y en la sociedad en general. La artritis reumatoide afecta al paciente a nivel físico, psicológico, social y laboral (7).

Este estudio es importante debido a que no se ha encontrado en la ciudad de Arequipa investigaciones que relacionen calidad de vida y el grado de discapacidad de los pacientes con artritis reumatoide, existen investigaciones escasas que relacionen la influencia de un tratamiento farmacológico y fisioterapéutico, por lo cual este estudio nos permitirá conocer el impacto de tales tratamientos, nos permitirá conocer las características sociodemográficas y clínicas de los pacientes que sufren esta patología que son atendidos en el Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza de la ciudad de Arequipa Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud, de igual forma nos permitirá conocer si estas características tienen influencia sobre la calidad de vida y el desarrollo de discapacidad funcional, nos ayudara a entender que la artritis reumatoide es una enfermedad multisistémica que necesita de un enfoque multidisciplinario, en la cual deben de intervenir distintas especialidades médicas, las

cuales deben ser lideradas por un reumatólogo, la participación de la medicina física y rehabilitación se considera un aspecto primordial en el tratamiento del paciente.

El paciente con Artritis Reumatoide pasa por un proceso difícil donde afronta situaciones de desesperanza y si no cuenta con apoyo familiar y del estado que garantice un adecuado tratamiento puede agravar considerablemente la calidad de vida.

Por lo tanto, es importante garantizar un nivel de vida adecuado al paciente y esto es una tarea conjunta de médicos, familiares y autoridades del hospital, considero que todo paciente con diagnóstico de artritis reumatoide debe ser evaluado también por psicología debido a que esta patología puede desarrollar síntomas depresivos, de ansiedad, desesperanza debido a que la patología produce un gran deterioro de la capacidad funcional.

Este estudio es de vital importancia porque nos permitirá establecer los factores que predisponen a discapacidad funcional en los pacientes con artritis reumatoide, esclarecer el motivo por el cual algunos pacientes desarrollen una discapacidad severa a diferencia de otros que no desarrollen discapacidad o tengan una discapacidad leve.

Reconocer estos factores permitirá enfocarse en el tratamiento oportuno y una adecuada evaluación del paciente, es importante evitar que un paciente con diagnóstico de Artritis reumatoide genere una discapacidad funcional que lo imposibilite de realizar tareas cotidianas o que lo afecte a nivel físico psicológico social y laboral.

La artritis reumatoide es considerada una enfermedad de elevado costo por lo cual el estado incurre en gastos considerables para el tratamiento y recuperación de los pacientes (6), motivo por el cual es probable que muchos pacientes no lleven un tratamiento adecuado al no contar con medios económicos que no le permitan comprar los medicamentos que necesita.

La artritis reumatoide junto con otras patologías músculo esqueléticas son de distribución mundial. En los Estados Unidos la artritis reumatoide se encuentra dentro de las primeras causas de discapacidad lo cual genera múltiples pérdidas económicas (6).

La artritis reumatoide genera un alto grado de discapacidad del paciente, motivo por el cual los pacientes en algún momento de la enfermedad presentaran imposibilidad para trabajar lo cual generara costos elevados al sistema de salud, lo cual podría evitarse con un adecuado tratamiento e inicio temprano de rehabilitación de la enfermedad (8).

Pocos pacientes con afecciones médicas padecen de dolor y discapacidad tan marcadas e importantes como los portadores de artritis reumatoide, lo cual desarrolla un aumento de desesperanza, disminuye la habilidad para realizar labores cotidianas y participar en actividades sociales y laborales (2).

Un diagnóstico temprano de la enfermedad es, fundamental, se deben cumplir los objetivos primordiales del tratamiento: disminuir el dolor, controlar la inflamación, preservar la habilidad, mejorar la calidad de vida y reducir la progresión de la destrucción articular (8).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la artritis reumatoide es una enfermedad que constituye un importante problema de salud pública, ya que 1 de cada 10 personas padece de AR y se diagnostican anualmente 40 casos nuevos por cada 100 mil habitantes (9).

El impacto de estas enfermedades en la calidad de vida se traduce en una alta prevalencia de discapacidad asociada a elevados costos económicos. Lamentablemente, en los países en vías de desarrollo las enfermedades reumáticas no son consideradas una prioridad en salud pública (10).

Considero que es importante el estudio de la calidad de vida debido a que se ha convertido en los últimos años en un objetivo importante a alcanzar en el área de la salud. (1).

La calidad de vida según la OMS está definida como la percepción individual de las personas sobre su propia posición en la vida, en relación con sus objetivos, expectativas y preocupaciones". Es un concepto determinado de una forma compleja por la salud física de los individuos, su estado emocional, el grado de dependencia, sus relaciones interpersonales (12).

La artritis reumatoide puede afectar, la autoestima, la actividad laboral y otras actividades básicas; que afectan la independencia económica y el rol social de la persona, por lo tanto, el apoyo familiar juega un papel importante en la recuperación del paciente (11).

La destrucción articular progresiva debido a la falta de un tratamiento adecuado produce invalidez permanente que puede presentar secuelas irreversibles (28).

En este contexto realizar un trabajo de investigación en el ámbito de reumatología es importante porque brindará información a nuestra sociedad para realizar programas y proyectos que mejoren la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide, de igual forma permitirá establecer los factores predisponentes a discapacidad funcional.

Determinará la importancia de un tratamiento farmacológico y fisioterapéutico temprano que ayudará a limitar la severidad y discapacidad y por ende mejorar la calidad de vida.

#### **4. MARCO CONCEPTUAL**

##### **4.1. ARTRITIS REUMATOIDE**

###### **4.1.1. DEFINICIÓN:**

La artritis reumatoide es una patología inflamatoria, crónica, degenerativa, de carácter sistémico cuya etiología es multifactorial (16), afecta predominantemente las membranas sinoviales de las articulaciones (17), lo que ocasiona dolor e inflamación y puede conducir a una discapacidad severa (16). También puede presentar manifestaciones extra articulares como vasculitis, glomerulonefritis, pericarditis, pleuritis, escleritis, derrame pleural. Dentro de las manifestaciones extra-articulares más frecuentes en el paciente con artritis reumatoide tenemos a los nódulos reumatoides los cuales se encuentran comúnmente en codos articulaciones de los dedos, protuberancias isquiáticas y sacro, cuero cabelludo occipital y tendón de Aquiles (18).

###### **4.1.2. EPIDEMIOLOGIA INTERNACIONAL Y NACIONAL**

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad de distribución mundial, cuya prevalencia a nivel mundial se estima en torno al 0,3-1,2% de la población y su incidencia varía entre 6-10 casos/año/100.000 habitantes (13).

El comienzo de la aparición de la artritis reumatoide es entre los 35 y 50 años, aunque puede aparecer en personas más jóvenes. La artritis reumatoide es 2-3 veces más frecuente en los padres de las personas afectadas (19).

Según los países y etnias existen grandes variaciones en la frecuencia de la artritis reumatoide. Tenemos el caso de Europa del Norte y en Norteamérica la AR se presenta en el 0.8% de la población, pero en Asia la prevalencia es del 0.3 al 0.8%. En las zonas rurales de Sudáfrica diagnosticar AR es excepcional, pero

en el medio urbano su prevalencia puede llegar a ser del 3,3% de la población (especialmente en algunas poblaciones con alto índice de consanguinidad) (20).

#### 4.1.3. CLASIFICACIÓN:

Con la intención de permitir un diagnóstico precoz de la enfermedad en septiembre de 2010 publicaron los nuevos criterios de clasificación para la artritis reumatoide (AR). Estos nuevos criterios están dirigidos a poder clasificar los pacientes con AR de forma más precoz de lo que permitían los criterios hasta ahora utilizados (25).

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 (25).

Los nuevos criterios de artritis reumatoide deben tener las siguientes características:

- Presentar al menos 1 articulación con sinovitis clínica (al menos una articulación inflamada) y que dicha sinovitis no pueda explicarse por el padecimiento de otra enfermedad.
- Tener una puntuación igual o superior a 6 en el sistema de puntuación que se presenta en la tabla 1 y que considera la distribución de la afectación articular, serología del factor reumatoide (FR) y/o ACPA, aumento de los reactantes de fase aguda y la duración igual o superior a 6 semanas (26).

Estos criterios también permiten hacer el diagnóstico en aquellos pacientes que presenten una AR evolucionada siempre que:

- Tengan erosiones típicas de AR.
- Presenten una enfermedad de larga evolución (activa o inactiva) cuyos datos retrospectivos permitan la clasificación con los criterios mencionados.
- En escenarios de artritis de muy reciente comienzo, en individuos que no cumplan en un momento dado los criterios pero que los cumplan con la evolución del tiempo (26).

<b>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</b>	
<b>AFECTACIÓN ARTICULAR</b>	
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
<b>SEROLOGÍA</b>	
FR y ACPA negativos	0
FR y/o ACPA positivos bajos (< 3 VN)	2
FR y/o ACPA positivos alto (> 3 VN)	3
Reactantes de fase aguda	
VSG y PCR normales	0
VSG y/o PCR elevadas	1
<b>DURACIÓN</b>	
<6 semanas	0
≥6 semanas	1
ACPA: anticuerpos contra péptidos citrulinados; FR: factor reumatoide; PCR: proteína C reactiva; VN: valor normal; VSG: velocidad de sedimentación globular.	

Fuente: Elaboración Propia en base a Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham 3rd CO, et al. 2010

#### 4.1.4. ETIOLOGIA

En anteriores estudios se considera que la artritis reumatoide es el resultado de la interacción de un antígeno desencadenante y una base genética predisponente. La naturaleza del factor desencadenante es desconocida. A pesar de que se ha buscado con tenacidad la posible responsabilidad de un agente bacteriano o vírico, hasta el momento no hay ninguna prueba definitiva que confirme esta posibilidad (28).

#### 4.1.5. FISIOPATOLOGIA:

La artritis reumatoide es una enfermedad que se caracteriza por la inflamación de la membrana sinovial y la destrucción progresiva del cartílago articular y del hueso, con alteraciones estructurales, dolor y la consiguiente limitación funcional (29).

El proceso inflamatorio está mediado fundamentalmente por la producción de mediadores solubles, con predominio en citocinas, pero también existen factores de crecimiento y quimiocinas, cuyo efecto final es la destrucción del cartílago y el hueso subyacente, así como diversas manifestaciones extra articulares (30).

Las citocinas son proteínas o glucoproteínas de bajo peso molecular (< 30 kD) con vida media corta, producidas principalmente por las células del sistema inmunológico, así como también por determinadas células de otros tejidos, y son mediadores fundamentales de la transmisión de señales intercelulares (30).

Los factores etiológicos de la AR son poco conocidos, pero se ha avanzado mucho en el estudio de los mecanismos que intervienen en su fisiopatología. En la membrana sinovial que tapiza la superficie articular y las vainas tendinosas se produce una infiltración por diversas células inflamatorias, entre las que los linfocitos Th17, secretores de la citocina con mayor efecto pro inflamatorio, la interleucina (IL-17), desempeñan un papel iniciador, interaccionando con células dendríticas (CD), macrófagos y linfocitos B. Los macrófagos son células importantes en la fisiopatología y la magnitud de su infiltración se correlaciona con los síntomas, probablemente debido a la secreción de mediadores pro inflamatorios claves, como el factor de necrosis tumoral alfa (TNF-) y la IL-1, implicadas en la perpetuación de la inflamación crónica en la AR (31).

#### 4.1.6. DIAGNOSTICO:

El primer paso en el diagnóstico precoz debe ser reconocer es la inflamación secundaria a la artritis, luego se debe de realizar un diagnóstico diferencial de las posibles causas (por ejemplo, lupus, artritis psoriásica, espondiloartropatías, etc.) y, finalmente, estimar el riesgo de desarrollar una AR (15).

La persona mejor entrenada para evaluar estos procedimientos es el reumatólogo, por lo que cualquier paciente con artritis debe derivarse a este especialista, especialmente dentro de las seis primeras semanas tras el inicio de los síntomas (34).

Se han estudiado diversos predictores, entre los que destacan:

**a) Marcadores serológicos.** Desde el año 2000 existe un gran interés en la identificación de los anticuerpos anti-peptidos cíclicos citrulinados (antiPCC). Varios ensayos han demostrado su alta especificidad, pero su relativa baja sensibilidad.

**b) Marcadores genéticos.** El factor de riesgo genético más importante de AR fue identificado hace más de 30 años y hoy día tenemos numerosas evidencias

de que determinados alelos HLA-DRB1, se asocian con mayor susceptibilidad para sufrir AR (15).

En los últimos años se están investigando otros marcadores genéticos, destacando por su importancia el relacionado con el gen que codifica la proteína tirosina fosfatasa (PTPN22). Aunque estos estudios tienen importancia para entender el desarrollo de la enfermedad, su utilidad en la práctica clínica habitual para identificar cómo va evolucionar una sinovitis de inicio es muy escaso (15).

**c) Pruebas de imagen.** La determinación mediante pruebas de imagen fundamentalmente la resonancia magnética y ecografía- de las articulaciones afectas y su simetría han emergido como importantes predictores de la progresión hacia una AR. Varios estudios han demostrado la buena relación de ambas técnicas en la identificación de la sinovitis, siendo además la sensibilidad mucho mayor a la simple exploración del clínico (15).

#### 4.1.7. TRATAMIENTO:

La artritis reumatoide generalmente requiere tratamiento de por vida que engloba fármacos, fisioterapia, ejercicio, educación. El tratamiento agresivo y oportuno para este tipo de artritis puede retardar la destrucción de la articulación.

##### **Tratamiento no farmacológico**

La educación es fundamental en los pacientes con artritis reumatoide debido a que un adecuado acceso a la información genera que el paciente pueda llevar un adecuado tratamiento. La fisioterapia mejora la fuerza y la función física en la artritis reumatoide y la terapia ocupacional ejerce un efecto positivo. El paciente debe evitar el sobrepeso y no debe fumar, pues está demostrado que este hábito se correlaciona con mayor dolor, limitación funcional y progresión tanto clínica como radiológica) de la enfermedad (35).

##### **Tratamiento farmacológico**

Junto al reposo, los ejercicios de fortalecimiento y los fármacos antiinflamatorios no esteroideos (AINEs), los medicamentos antirreumáticos modificadores de enfermedad (DMARD, siglas en inglés) representan el tratamiento de referencia para la AR. Bajo esta denominación se agrupa una serie de fármacos potencialmente capaces de influir sobre la evolución de la

enfermedad reumática, a diferencia de los AINEs, cuya acción es eminentemente sintomática (alivio del dolor y reducción de la expresión inflamatoria) (8).

**El metotrexato:** Es el FARME más utilizado en el manejo de la artritis reumatoide. Es un antagonista del ácido fólico utilizado en el tratamiento de ciertas enfermedades neoplásicas. Su mecanismo de acción es desconocido, independiente de su efecto anti proliferativo, aunque parece relacionado con la disminución de los niveles séricos de citocinas y de sus receptores, así como con su efecto inhibitor de la migración leucocitaria por liberación de adenosina desde neutrófilos, fibroblastos y células endoteliales. (37) Presenta eficacia a largo plazo sobre el control de la progresión radiológica y con un perfil de toxicidad mejor que otros medicamentos de esta clase. Además, el uso del MTX puede combinarse con el de los bloqueadores del factor de necrosis tumoral alfa (anti-TNF) (8).

**AINES** son fármacos utilizados para el tratamiento de la artritis reumatoide, y cuyo principal efecto terapéutico es la disminución del dolor, muchas de sus reacciones adversas pueden explicarse por su efecto inhibitor de la actividad de las ciclooxigenasas, enzimas que convierten el ácido araquidónico que se encuentra en las membranas celulares en endoperóxidos cíclicos inestables, los cuales se transforman en prostaglandinas (PG) y tromboxanos, se clasifican en 2 grandes grupos: los inespecíficos que inhiben las 2 isoformas de la ciclooxigenasa (COX-1 y la COX-2) dentro de los cuales se encuentra la aspirina, y los específicos de la COX-2 (por ej. el meloxicam).

Todos los AINES se asocian a diversos eventos adversos dentro de los cuales se destacan los gastrointestinales. Inicialmente se creía que los inhibidores de la COX-2 eran mejores pues se asociaban con menos problemas estomacales. Sin embargo, numerosos informes de ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares han llevado a la FDA a reevaluar los riesgos y beneficios de los inhibidores de la COX-2 de modo tal, que uno de ellos ya fue retirado del mercado (Vioxx) y el Celecoxib aún disponible, cuenta con serias advertencias y una recomendación de que se indique en dosis bajas y por corto plazo.

**Corticosteroides** su principal función es la disminución de la inflamación articular. En dosis bajas por vía oral (10 mg/día de prednisolona o su equivalente) o en inyección local, en las articulaciones más sintomáticas, son

muy eficaces para la remisión de síntomas en pacientes con AR activa y para reforzar su adhesión al tratamiento farmacológico y al programa de rehabilitación. (39) Obviamente, por los eventos adversos asociados, su uso sistémico está limitado y se deben utilizar de ser posible por corto tiempo y en dosis bajas.

En manos expertas, la inyección articular y periarticular de glucocorticoides es segura y efectiva, aunque debe descartarse previamente la existencia de infección y distanciar las sucesivas aplicaciones a una misma articulación al menos 3 meses (8).

### **EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL**

El cuestionario HAQ-CU, consta de 20 preguntas distribuidas en 8 categorías que incluyen (vestirse y arreglarse, levantarse, comer, caminar, higienizarse, alcanzar, prensión y otras actividades) (1).

El valor de cada categoría se puntualiza desde 0 (realizar las tareas sin dificultad) hasta 3 (incapacidad para hacerlo).

Se evalúan sin discapacidad valores entre 0 hasta 1 discapacidad leve, valores entre 1,01 y 2 será evaluada de moderada, y de 2,01 hasta 3 se considera severa la discapacidad funcional (1).

### **EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA**

El cuestionario específico para evaluar la calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide: QoL-RA, en la versión desarrollada en español por Danao, Padilla y Jonson. Consta de ocho ítems con 10 posibilidades de respuesta que van desde 1 (muy mala calidad de vida) hasta 10 (excelente calidad de vida) (1).

Evalúa tanto la dimensión física como psicológica y social a través de 8 elementos: Habilidad física, dolor artrítico, interacción con familiares y amigos, ayuda de familiares y amigos, salud, tensión nerviosa, artritis y estado de ánimo (1).

## 5. OBJETIVOS

### 5.1. GENERAL:

Evaluar la calidad de vida, discapacidad funcional y su relación con tratamiento fisioterapéutico en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa.

### 5.2. ESPECIFICOS:

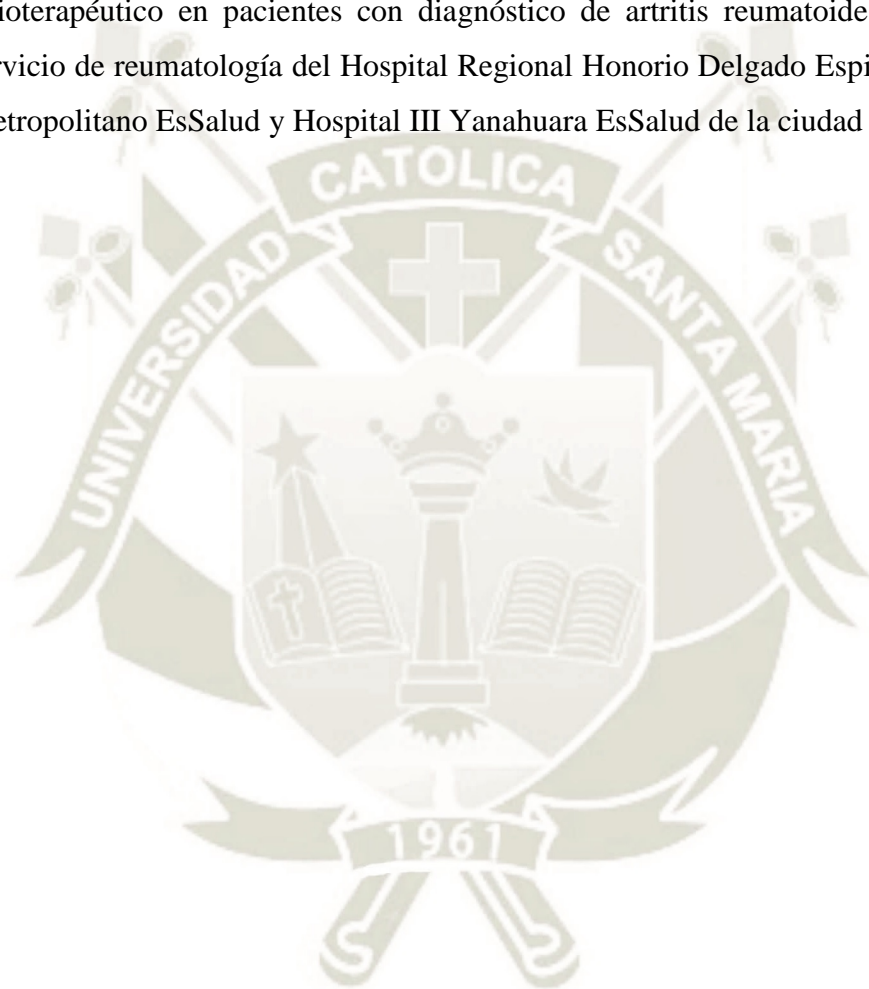
- 1) Describir las características clínico-sociodemográficas en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa.
- 2) Conocer el nivel de calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa.
- 3) Determinar el grado de discapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa.
- 4) ¿Describir el tratamiento farmacológico que reciben los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología de Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud la ciudad de Arequipa?
- 5) Conocer si reciben tratamiento fisioterapéutico los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa.
- 6) Establecer la relación entre las características clínico sociodemográficas y calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa.

- 7) Establecer la relación entre las características clínico sociodemográficas y discapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa.
- 8) Evaluar la relación de calidad de vida y discapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología de Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa.
- 9) Establecer la relación que existe entre discapacidad funcional y el uso de tratamiento farmacológico con FARME en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa
- 10) Determinar la relación entre discapacidad funcional y tratamiento fisioterapéutico en pacientes con diagnóstico de Artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa.
- 11) Determinar la relación que existe entre los años de evolución de enfermedad y el grado de discapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa.
- 12) Determinar qué factores predisponen a un mayor grado de discapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa.

## 6. HIPOTESIS

**Nula.** No existe relación entre calidad de vida discapacidad funcional y tratamiento fisioterapéutico en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa.

**Alternativa.** Si existe relación entre calidad de vida discapacidad funcional y tratamiento fisioterapéutico en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa.



### III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.

##### 1.1. Técnicas:

En la presente investigación se aplicará la técnica cuestionario, entrevista.

- Los cuestionarios serán aplicados a las personas que tengan un adecuado grado de instrucción y estén en condiciones de escribir y llenar el cuestionario.
- Entrevista por parte de personal entrenado previamente a quienes presenten dificultades para marcar y escribir el cuestionario.

##### 1.2. Instrumentos:

El instrumento que se utilizará consistirá en:

- Una ficha de recolección de datos clínicos y sociodemográficos (Anexo 1)
- Cuestionario para describir la capacidad funcional de los pacientes Health Assessment Questionnaire (HAQ) versión en español (Anexo 2)
- Cuestionario específico para evaluar la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide Qol-RA, en la versión desarrollada en español. (Anexo 3)

##### 1.3. Materiales:

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora con software de procesamiento de textos, base de datos y procesamiento estadístico.
- Impresora Epson L575

#### 2. Campo de verificación:

##### 2.1. Ubicación espacial:

- **Ubicación geográfica:** El presente estudio se realizará en la ciudad de Arequipa ubicada en Perú.

El presente estudio se realizará en el servicio de Reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza y Hospital III Yanahuara EsSalud.

## 2.2. Ubicación temporal:

El estudio se realizará en forma coyuntural durante los meses de enero, febrero y marzo del 2020.

## 2.3. Unidades de estudio:

El universo estará conformado por pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del:

- Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza
- Policlínico Metropolitano EsSalud
- Hospital III Yanahuara EsSalud.

## 2.4. Población:

**Muestra:** El muestreo será al azar, tomando a todos los pacientes que acudan durante el tiempo de recolección de datos y que estén dispuestos a colaborar con el estudio.

### **Criterios de inclusión:**

- Pacientes mujeres y varones con diagnóstico de artritis reumatoide atendidos en el servicio de reumatología del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa
- Mayores de edad
- Participación voluntaria en el estudio

### **Criterios de exclusión:**

- Pacientes que no deseen participar del estudio
- Cuestionarios mal llenados o incompletos

## 3. Estrategia de recolección de datos

### 3.1. Organización:

Se realizará la gestión para la obtención de autorización del director del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Policlínico Metropolitano EsSalud y Hospital III Yanahuara EsSalud de la ciudad de Arequipa.

Se acudirá al servicio de reumatología a consulta externa posterior a ello se les explicara a los pacientes el motivo del estudio se procederá a entregar el consentimiento informado a los pacientes que voluntariamente participen del estudio.

Se les realizará una entrevista y entregará la ficha de recolección de datos clínicos sociodemográficos se les entregará el cuestionario para describir la capacidad funcional de los pacientes Health Assessment Questionnaire (HAQ) se les entregará el cuestionario específico para evaluar la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide Qol-RA, en la versión desarrollada en español.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos serán organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

### **3.2. Recursos:**

#### **3.2.1. Humanos**

- Investigador

### **3.3. Validación de instrumentos**

#### **Cuestionario específico para evaluar la calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide: Qol-RA:**

En la versión desarrollada en español por Danao, Padilla y Jonson (2001). Consta de ocho ítems con 10 posibilidades de respuesta que van desde 1 (muy mala calidad de vida) hasta 10 (excelente calidad de vida).

Evalúa tanto la dimensión física como psicológica y social a través de 8 elementos: Habilidad física, dolor artrítico, interacción con familiares y amigos, ayuda de familiares y amigos, salud, tensión nerviosa, artritis y estado de ánimo. (31)

Se categorizó la calidad de vida en: Satisfactoria: 7-10 puntos; Regular: 5-6 puntos; Insatisfactoria: 1-4 puntos.

#### **Cuestionario HAQ para evaluación de la capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide.**

Para describir la capacidad funcional de los pacientes se utilizó el cuestionario HAQ, que consta de 20 preguntas distribuidas en 8 categorías que incluyen (vestirse y

arreglarse, levantarse, comer, caminar, higienizarse, alcanzar, prensión y otras actividades).

El valor de cada categoría se puntualiza desde 0 (realizar las tareas sin dificultad) hasta 3 (incapacidad para hacerlo).

Se evalúan sin discapacidad valores entre 0 hasta 1 discapacidad ligera, valores entre 1,01 y 2 será evaluada de moderada, y de 2,01 hasta 3 se considera severa la discapacidad funcional.

### **3.4. Criterios para manejo de resultados:**

#### **3.4.1. Plan de procesamiento**

Se realizará la sistematización de los datos y luego se creará una base de datos en el programa Excel para su análisis e interpretación.

Los datos registrados serán codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

Para caracterizar a los pacientes con artritis reumatoide, la información de las variables cualitativas se resumirá utilizando los porcentajes como medidas de resumen.

Por otra parte, el promedio con su respectiva desviación estándar se usará para resumir la información de las variables cuantitativas.

Se utilizará el coeficiente de correlación de Pearson para determinar la intensidad de la asociación entre los diferentes ítems del cuestionario.

El nivel de significación estadística se establecerá en un valor de  $p = 0.05$

**IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO**

TIEMPO EN MESES	AÑO				
	2019		2020		
	NOVIEMBR E	DICIEMBR E	ENER O	FEBRER O	MARZ O
<b>ACTIVIDADES</b>					
<b>Búsqueda bibliográfica problema de investigación</b>					
<b>Sistematización de bibliografía sobre Artritis Reumatoide</b>					
<b>Redacción del proyecto</b>					
<b>Aprobación proyecto de tesis por asesor y profesores</b>					
<b>Ejecución de proyecto</b>					
<b>Recolección de datos</b>					
<b>Estructuración de resultados</b>					
<b>Informe final</b>					

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Prada Hernández, Hernández Torres, Jorge Morejón, Gil Armenteros, Reyes Pineda, Urbano Solís Carta, Molinero Rodríguez. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. Revista Cubana de Reumatología. Volumen XVII, Número 1; 2015 ISSN: 1817-5996
- 2.- Tobón, Cadena, Moreno San Pedro, Alpi, Anaya. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. International journal of psychology and psychological therapy, ISSN 1577-7057, Vol. 5, N°. 1, 2005, págs. 47-61
- 3.- Espinosa-Balderas, Hernández-Sosa, Cerdán-Galán. Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide. ATEN FAM 2017;24(2)
- 4.- J.F. Hogrefe, M.F. Marengo, E.E. Schneerberger, M. Rosemffet, J.C. Maldonado Cocco, G. Citera. Valor de corte de HAQ para predecir discapacidad laboral en pacientes con artritis reumatoidea. Revista Argentina de Reumatología Año 20 N° 2. 2018.
- 5.- Belmonte Serrano. ¿Es la puntuación DAS28 el método más adecuado para estimar la actividad de la artritis reumatoide? Consideraciones clinimétricas y escenarios de simulación. Reumatol Clin. 2008;4(5):183-90
- 6.- Becerra Rojas, Benites Chacaltana, Aiello, Zingoni, Bergman, Pieter Drost, César Sanabria Montañez. Costo efectividad de Abatacept en comparación con otras terapias biológicas para el tratamiento de la artritis reumatoide moderada a severamente activa en pacientes que han fallado al tratamiento con metotrexato en EsSalud para el año 2010. Acta Med Per 28(4) 2011
- 7.- L. Carmona, V. Villaverde, C. Hernandez-Garcia, J. Ballina, R. Gabriel, A. Laffon. The prevalence of rheumatoid arthritis in the general population of Spain. Rheumatology 2002; 41:88–95.
- 8.- Noa Puig; Más Ferreiro; Mendoza Castaño; Valle Clara. Fisiopatología, tratamiento y modelos experimentales de artritis reumatoide. Rev cubana Farm v.45 n.2 Ciudad de la Habana abr.-jun. 2011
- 9.- Cantorín Alvarado. Artritis reumatoide en el hospital nacional “Ramiro Prialé Prialé” de Huancayo, periodo 2015 - 2017. [Tesis para optar el título profesional de: médico cirujano] Huancayo – Perú 2018.

- 10.- Gamboa, Medina, Acevedo, Pastor, Cucho, Gutiérrez, Ugarte, César Sánchez, Perich, Alfaro, Sánchez, La Madrid, Zevallos. Prevalencia de enfermedades reumatológicas y discapacidad en una comunidad urbano-marginal: resultados del primer estudio CoPCord en el Perú. *Revista Peruana de Reumatología* 2009; volumen 15(1)
- 11.- Vinaccia, Cadena, Juárez, Contreras, Manuel Anaya. Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *Relaciones entre variables sociodemográficas, incapacidad funcional, dolor y desesperanza aprendida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. International Journal of Clinical and Health Psychology* ISSN 1576-7329 2004, Vol. 4, N° 1, pp. 91-103
- 12.- Ballina García. Medición de la calidad de vida en la artritis Reumatoide. *Revista Española de Reumatología*. 2007; 29:56-74.
- 13.- Rheumatoid. Arthritis. In: Silman AJ, Horchberg MC, eds. *Epidemiology of the rheumatic diseases*. Oxford: Oxford Medical Publications, 1993:7-68.
- 14.- Carmona L, Villaverde V, Hernández-García C, Ballina J, Gabriel R, Laffon A; EPISER Study Group. The prevalence of rheumatid arthritis in the general population of Spain. *Rheumatology*. 2002; 41:88-95.
- 15.- E. Batlle Gualda, M. Mínguez Vega, P. Bernabeu Gonzálvez, G. Panadero Tendero. *Artritis Reumatoide. Unidad de Reumatología. Hospital Clínico de Sant Joan d'Alacant*. 2013.
- 16.- Oliva-Gutiérrez, Paulina Martínez-Godoy, Zapata-Zúñiga, Hugo Sánchez-Rodríguez. *Artritis Reumatoide: Prevalencia, inmunopatogenia y antígenos relevantes para su diagnóstico. MedPub Journals*. Vol. 8 No. 1:3 doi: 10.3823/084.2012.
- 17.- Díaz-González JF, Ferraz AI. La célula B en la patogenia de la artritis reumatoide. *Reumatol Clin*. 2007; 3:176-182.
- 18.- Hochberg MC, Silman AJ, Smolen JS, Weinblatt ME, Weisman MH. *Rheumatoid arthritis*. Philadelphia. 2009.
- 19.- Sherine E Gabriel MD CSCM. *Epidemiology of, risk factors for, and possible causes of rheumatoid arthritis*. Up to Date. 2018 Diciembre.

- 20.- Combe CLJM. Artritis reumatoide del adulto: epidemiología, clínica y diagnóstico. Elsevier Masson. 2015 Diciembre; 48([Artículo E – 14-246].)
- 21.- Cardiel RBV&MH. Rheumatoid arthritis in Latin America. Important challenges to be solved. Clinical Rheumatology - Springer. 2015 Agosto; 34(S1 - S3).
- 22.- Senna ER. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach. Journal of Rheumatology. 2004; 31(594-7).
- 23.- María Delgado-Vega. Epidemiología genética de la artritis reumatoide. ¿Qué esperar de América Latina?. Biomédica. 2006; 26(562-584).
- 24.- Mercado U BB. Manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoide. Medicina Interna México. 2016 Noviembre; 32(6).
- 25.- Gómez. Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide. Reumatol Clin. 2011;6(S3):S33–S37
- 26.- Aletaha D, Neogi T, Silman AJ, Funovits J, Felson DT, Bingham 3rd CO, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Arthritis Rheum. 2010;62:2569–81.
- 27.- Moreno Tabata, Sánchez Sánchez. Características clínico epidemiológicas de pacientes diagnosticados con artritis reumatoide en el hospital Luis Vernaza 2005 – 2018. Trabajo de titulación previo a la obtención del título de médico.
- 28.- Lozano. Artritis reumatoide (I). Etiopatogenia, sintomatología, diagnóstico y pronóstico. Vol. 20. Núm. 8. páginas 94-101 (Septiembre 2001)
- 29.- Bingham 3rd CO. The pathogenesis of rheumatoid arthritis: pivotal cytokines involved in bone degradation and inflammation. J Rheumatol Suppl. 2002; 65:3–9
- 30.- Sánchez-Ramóna , Francisco Javier López-Longo b y Luis Carreno. Interleucinas en la fisiopatología de la artritis reumatoide: más allá de las citocinas proinflamatorias. Reumatol Clin. 2011;6(S3):S20–S24
- 31.- Hamilton JA, Tak PP. The dynamics of macrophage lineage populations in inflammatory and autoimmune diseases. Arthritis Rheum. 2009;60:1210–21.

- 32.- Chang SK, Gu Z, Brenner MB. Fibroblast-like synoviocytes in inflammatory arthritis pathology: the emerging role of cadherin-11. *Immunol Rev.* 2010;233:256–66.
- 33.- Walsh NC, Gravallesse EM. Bone remodeling in rheumatic disease: a question of balance. *Immunol Rev.* 2010;233:301–12.
- 34.- Combe B, Landewe R, Lukas C, Bolosiu HD, Breedveld F, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of early arthritis. Report of a task force of the European Standing Committee for the International Clinical Studies Including therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis.* 2007;66:34-45.
- 35.- Klareskog L, Stolt P, Lundberg K. New model for an etiology of rheumatoid arthritis: smoking may trigger HLADR (shared epitope)-restricted immune reactions to autoantigens modified by citrullination. *Arthritis Rheum.* 2006;54:38-46.
- 36.- Combe B, Landewe R, Lukas C, Bolosiu HD, Breedveld F, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of early arthritis: report of a task force of the European Standing Committee for International Clinical Studies Including Therapeutics (ESCISIT). *Ann Rheum Dis.* 2007;66:34-45.
- 37.- Montesinos MC, Takedachi M, Thompson LF, Wilder TF, Fernández P, Cronstein BN. The anti-inflammatory mechanism of methotrexate depends on extracellular conversion of adenine nucleotides to adenosine by ecto-5'-nucleotidase: findings in a study of ecto-5'-nucleotidase gene-deficient mice. *Arthritis Rheum.* 2007;56:1440-5.
- 38.- Emery P, Breedveld FC, Hall S, Durez P, Chang DJ, Robertson D, et al. Comparison of methotrexate monotherapy with a combination of methotrexate and etanercept in active, early, moderate to severe rheumatoid arthritis (COMET): a randomised, double-blind, parallel treatment trial. *Lancet.* 2008;372:375-82
- 39.- Wassenberg S, Rau R, Steinfeld P, Zeidler H. Very low-dose prednisolone in early rheumatoid arthritis retards radiographic progression over two years: a multicenter, double-blind, placebo-controlled trial. *Arthritis Rheum.* 2005;52:3371-80.
- 40.- Schiff M, Pritchard C, Huffstutter JE, Rodriguez-Valverde V, Durez P, Zhou X. Extended report. The 6-month safety and efficacy of abatacept in patients with rheumatoid arthritis who underwent a washout after anti-tumour necrosis factor therapy or were directly switched to abatacept: the ARRIVE trial. *Ann Rheum Dis.* 2009 Nov.;68(11):1708-14.

- 41.- Van Vollenhoven RF. Treatment of rheumatoid arthritis: state of the art 2009. *Nature Rev Rheumatol.* 2009; 5:531-41.
- 42.- Isaacs JD. Therapeutic agents for patients with rheumatoid arthritis and an inadequate response to tumour necrosis factor-alpha antagonists. *Expert Opin Biol Ther.* 2009 Dec.;9(12):1463-7.
- 43.- Smolen J, Han C, Van der Heijde D, Emery P, Bathon J, Keystone E, et al. Infliximab treatment maintains employability in patients with early rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2006;54(3):716-22.
- 44.- Madariaga Charaja. Factores administrativos relacionados con la actividad de la artritis reumatoide en pacientes del hospital III Yanahuara – Essalud. Arequipa, 2016 [Tesis para optar el título de médico cirujano].
- 45.- Porro Novo, Friol González, Guibert Toledano, Reyes Llerena. Enfoque rehabilitador en la Artritis Reumatoide. Volumen IX, Números 9 y 10; 2007
- 46.- Daisy Hernández Ibars Puerto Morejón Barroso, Méndez Rodríguez. Guía clínica para la rehabilitación de los pacientes con enfermedades reumáticas. febrero 2017 Volumen 15 Numero 1
- 47.- Ruiz Mejía; María Parada Pérez; Urrego Vásquez; Gallego González. Adherencia al tratamiento en artritis reumatoide: condición indispensable para el control de la enfermedad. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2016; 32(3)
- 48.- Hernández García. Cristina Martínez-Prada. Uso de fármacos modificadores de la enfermedad en artritis reumatoide. del Sistema Nacional de Salud. Volumen 33, N° 4/2009
- 49.- H. Cardiel a. Actualización de la Guía Mexicana para el Tratamiento Farmacológico de la Artritis Reumatoide del Colegio Mexicano de Reumatología. *Reumatología Clínica (English Edition)*, Volume 10, Issue 4, July–August 2014, Pages 227-240