



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL HOSPITAL II DE
ABANCAY 2023-2024**

Línea de Investigación: Factores de riesgo, prevención y tratamientos en Neoplasias, Diabetes, Enfermedades Cardiovasculares, Enfermedades Osteomusculares, Enfermedades del colágeno.

Presentado por:

Valenzuela Díaz Marcelo Eddy

Código ORCID: 0009-0001-3525-9296

Para optar al Título Profesional de Médico cirujano

Asesor:

MC. Walter Justo Vignatti Valencia

Código ORCID: 0000-0002-4537-4837

Co Asesor:

MC. Carlos Enrique Gamarra Valdivia

Código ORCID: 0000-0001-8904-8366

Cusco, 2024



METADATOS

Datos del autor	
Nombres y apellidos	Marcelo Eddy Valenzuela Diaz
Número de documento de identidad	72221776
URL de Orcid	https://orcid.org/0009-0001-3525-9296
Datos del asesor	
Nombres y apellidos	MC. Walter Justo Vignatti Valencia
Número de documento de identidad	25216441
URL de Orcid	https://orcid.org/0000-0002-4537-4837
Datos del co-asesor	
Nombres y apellidos	MC. Carlos Enrique Gamarra Valdivia
Número de documento de identidad	23930056
URL de Orcid	https://orcid.org/0000-0001-8904-8366
Datos del jurado	
Presidente del jurado (jurado 1)	
Nombres y apellidos	MTRA. Cristabel Nilda Rivas Achahui
Número de documento de identidad	41548249
Jurado 2	
Nombres y apellidos	MED. Cesar Antonio Zambrano Enriquez
Número de documento de identidad	23990549
Jurado 3	
Nombres y apellidos	MED. Uriel Raúl Vargas Caballero
Número de documento de identidad	23864259
Datos de la investigación	
Línea de investigación de la Escuela Profesional	Factores de riesgo, prevención y tratamientos en Neoplasias, Diabetes, Enfermedades Cardiovasculares, Enfermedades Osteomusculares, Enfermedades del colágeno.



RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL HOSPITAL II DE ABANCAY 2023-2024

por MARCELO EDDY VALENZUELA DIAZ

Fecha de entrega: 03-jun-2024 07:27p.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2394970814

Nombre del archivo: TESIS_FINAL_AR_MARCELO.docx (3.17M)

Total de palabras: 28360

Total de caracteres: 152876



Dr. Walter Aguirre Valenzuela
Especialista Medicina Familiar
1 Comunitaria
C.M.P. 33852 R.N.E. 27925



UNIVERSIDAD ANDINA DEL CUSCO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN
PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL HOSPITAL II DE
ABANCAY 2023-2024**

Línea de Investigación: Enfermedades Osteomusculares

Presentado por:

Valenzuela Diaz Marcelo Eddy
Código ORCID: 0009-0001-3525-9296

Para optar al Título Profesional de Médico
cirujano

Asesor:

MC. Walter Justo Vignatti Valencia
Código ORCID: 0000-0002-4537-4837

Co Asesor:

MC. Carlos Enrique Gamarra Valdivia
Código ORCID: 0000-0001-8904-8366

Cusco, 2024



RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL HOSPITAL II DE ABANCAY 2023-2024

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

5%

PUBLICACIONES

6%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	www.ser.es Fuente de Internet	3%
2	www.rmi.diauaemex.com Fuente de Internet	2%
3	scielo.iics.una.py Fuente de Internet	1%
4	repositorio.uandina.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	ninive.uaslp.mx Fuente de Internet	1%
6	padime.es Fuente de Internet	1%
7	doaj.org Fuente de Internet	1%
8	www.coursehero.com Fuente de Internet	1%

Dr. Walter Yamatti Valencio
Especialista Medicina Familiar
y Comunitaria
C.M.P. 33652 R.N.E. 37925



9	tesis.ucsm.edu.pe Fuente de Internet	1 %
10	dspace.unl.edu.ec Fuente de Internet	1 %
11	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1 %
12	Submitted to Aliat Universidades Trabajo del estudiante	1 %
13	core.ac.uk Fuente de Internet	1 %
14	www.ijpsy.com Fuente de Internet	1 %
15	Nicolás Martínez-Velilla, Cristina Ibarrola Guillén, Ana Fernández Navascués, Javier Lafita Tejedor. "El concepto de funcionalidad como ejemplo del cambio del modelo nosológico tradicional", Atención Primaria, 2018 Publicación	1 %
16	www.who.int Fuente de Internet	1 %



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	MARCELO EDDY VALENZUELA DIAZ
Título del ejercicio:	RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCION...
Título de la entrega:	RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCION...
Nombre del archivo:	TESIS_FINAL_AR,_MARCELO.docx
Tamaño del archivo:	3.17M
Total páginas:	139
Total de palabras:	28,360
Total de caracteres:	152,876
Fecha de entrega:	03-jun.-2024 07:27p. m. (UTC-0500)
Identificador de la entre...	2394970814



Derechos de autor 2024 Turnitin. Todos los derechos reservados.



AGRADECIMIENTOS

Quien acompaña nuestros pasos silenciosamente y permite que sigamos avanzando con el transcurrir de la vida con su bendición y guía; sin ser producto de tu creación absolutamente nada sería posible. Mente en blanco, respiro profundo y agradecimiento infinito por permitirnos disfrutar de tu firmamento.

Escalar una montaña, como escalar la vida; la misma dispone de manera absoluta como base a la humildad, disciplina, perseverancia. Mi tridente sanguíneo, mi piedra angular, marcada esta vuestra visión, replicar sus enseñanzas día a día viene siendo un desafío interesante el cual llevo con mucha felicidad. Motivo de vida e inspiración; siempre hacia al frente, hacia la cúspide, hacia el sol.

Gabriela. En un mundo repleto de sueños y anécdotas ser soporte constante ha sido maravilloso. Constantemente el anhelo se encuentra basado en senderos y cascadas; es en el destello celestial en el cual se sueña una pintura y se pinta un sueño. El permitirme sujetar el pincel quedara grabado por la eternidad.

Poseer la capacidad de creer plenamente en otro es uno de los valores más codiciados para el ser humano. Queridos maestros Dr. Walter Vignatti, Dr. Carlos Gamarra; su apoyo constante vivirá eternamente. Es imposible saber hacia dónde soplara el viento mañana, que vuestra sabiduría y entrega siga navegando hacia nuevos puertos y permita que sigan siendo artífices para la realización de nuevos sueños.



DEDICATORIA

Ayudar, educar, madurar, luchar.

Brindar gratitud a Dios y la vida ante sus tiempos perfectos sería ínfimo ante tanta dicha ofrecida durante el acontecer de los años; los míos siempre, no imaginan la ventura que uno puede sentir por tenerlos día a día, nuestro creador vierta la dicha inagotable sobre cada uno por aplacar dulcemente el camino de manera constante y permitir que sigamos: ¡trabajando en silencio y sin levantar sospecha!

No pretendo que comprendan mis metáforas; mucho menos el simbolismo de la misma, preferiría que se sienta como su tonada favorita en alguno de vuestros paisajes deseados, aquellos que causan alegría y recuerdos gratos de manera inmediata. Me es de mucho agrado transmitirles mis mejores deseos; a cada uno que tuvo a bien compartir sus experiencias y permitió llevarme aprendizaje de las mismas. Gratitud, alegría y crecimiento constantemente por fortalecer el camino y tomarnos de la mano en el mismo.



ÍNDICE GENERAL

METADATOS	iii
AGRADECIMIENTOS.....	ix
DEDICATORIA.....	x
ÍNDICE DE TABLAS	xv
ÍNDICE DE FIGURAS.....	22
INDICE DE ABREVIATURAS	23
RESUMEN Y PALABRAS CLAVE.....	24
ABSTRACT Y KEYWORDS	26
CAPITULO I: INTRODUCCIÓN	28
1.1 Planteamiento del problema	28
1.2 Formulación del problema.....	29
1.2.1 Problema general.....	29
1.2.2 Problemas específicos.....	29
1.3 Justificación de la investigación	29
1.3.1 Conveniencia	30
1.3.2 Relevancia social.....	31
1.3.3 Implicancias prácticas.....	31
1.3.4 Valor teórico	31
1.3.5 Utilidad metodológica	31



1.4	Objetivos de la investigación.....	32
1.4.1	Objetivo general	32
1.4.2	Objetivos específicos	32
1.5	Delimitación del estudio	32
1.5.1	Delimitación espacial	32
1.5.2	Delimitación temporal	32
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO		33
2.1	Antecedentes del estudio	33
2.1.1	Antecedentes internacionales.....	33
2.1.2	Antecedentes nacionales.....	38
2.1.3	Antecedentes locales.....	41
2.2	Bases teóricas	41
2.2.1	Artritis Reumatoide	41
2.2.2	Calidad de vida	56
2.2.3	Capacidad funcional	58
2.2.4	Los instrumentos de medida.....	60
2.3	Hipótesis	63
2.3.1	Hipótesis general	63
2.3.2	Hipótesis específicas.....	63
2.4	Variables.....	64



2.4.1	Identificación de variables, dimensiones e indicadores	64
2.4.2	Operacionalización de variables	65
2.5	Definición de términos	69
2.5.1	Artritis Reumatoide	69
2.5.2	Calidad de vida	69
2.5.3	Capacidad funcional	69
CAPITULO III: MÉTODO.....		70
3.1	Alcance del estudio.....	70
3.2	Diseño de la investigación.....	70
3.3	Población	70
3.3.1	Descripción de la población	70
3.4	Muestra	71
3.4.1	Criterios de inclusión y exclusión.....	71
3.4.2	Muestreo	72
3.5	Técnicas e instrumentos y procedimientos de recolección de datos.....	73
3.6	Validez y confiabilidad del instrumento	73
3.6.1	Haq	73
3.6.2	QoL-RA.....	75
3.7	Técnica de análisis de datos.....	76
CAPITULO IV: RESULTADOS		77



4.1	Resultados por objetivos específicos	77
4.2	Resultados por objetivo general	104
4.3	Resultados de la demostración de hipótesis.....	106
CAPITULO V: DISCUSION		109
5.1	Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos	109
5.2	Limitaciones del estudio.....	116
5.3.	Comparación crítica con la literatura existente	116
5.4.	Implicancias del estudio.....	121
CONCLUSIONES		122
RECOMENDACIONES		124
REFERENCIAS		126
APENDICES.....		133
INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS		133
MATRIZ DE CONSISTENCIA		138
MATRIZ DE INSTRUMENTOS		141
OTROS.....		143



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Ficha técnica del HAQ.....	73
Tabla 2 Ficha técnica del HAQ, información adicional.....	74
Tabla 3 Ficha Técnica del QOL-RA.....	75
Tabla 4 Ficha Técnica del QOL-RA , información adicional.....	75
Tabla 5 Resultados descriptivos para las variables intervinientes.....	77
Tabla 6 Niveles de calidad de vida obtenidos en la encuesta QOL-RA.....	80
Tabla 7 Descripción de los niveles de la calidad de vida según sexo.....	82
Tabla 8 Descripción de los niveles de calidad de vida según edad.....	83
Tabla 9 Nivel de calidad de vida según el estado civil del paciente.....	85
Tabla 10 Nivel de calidad de vida según el nivel educativo del paciente.....	86
Tabla 11 Nivel de la calidad de vida según la condición de empleo del paciente.....	87
Tabla 12 Nivel de calidad de vida, según la ocupación del paciente.....	88
Tabla 13 Nivel de calidad de vida según la antigüedad del diagnóstico.....	90
Tabla 14 Nivel de calidad de vida según el control regular de la enfermedad.....	92
Tabla 15 Niveles de capacidad funcional obtenidos de acuerdo al HAQ.....	93
Tabla 16 Nivel de discapacidad según el sexo del paciente.....	95
Tabla 17 Nivel de discapacidad según la edad del paciente.....	96
Tabla 18 Nivel de discapacidad según el estado civil del paciente.....	97
Tabla 19 Nivel de discapacidad según el nivel educativo del paciente.....	98
Tabla 20 Nivel de discapacidad según la condición de empleo del paciente.....	99
Tabla 21 Nivel de discapacidad según la ocupación del paciente.....	100
Tabla 22 Nivel de discapacidad según la antigüedad del diagnóstico.....	101



Tabla 23 Nivel de discapacidad según el control regular de la enfermedad	103
Tabla 24 Prueba de normalidad para las variables de puntaje QOL y puntaje HAQ	104
Tabla 25 Coeficiente de correlación de Spearman entre el puntaje QOL y el puntaje HAQ	105



ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1	Niveles de calidad de vida obtenidos en la encuesta QOL-RA	80
Figura 2	Puntaje promedio obtenido dentro de cada ítem del cuestionario QOL-RA.....	81
Figura 3	Niveles de capacidad funcional obtenidos de acuerdo al HAQ.....	93
Figura 4	Puntaje promedio por dimensión del cuestionario HAQ.....	94



INDICE DE ABREVIATURAS

- OMS:** Organización mundial de la salud
AR: Artritis Reumatoide
QoL-RA: Quality of Life-Rheumatoid Arthritis
HAQ: Health Assessment Questionnaire
UMF: Unidad de Medicina Familiar
HAQ-A: (Health Assessment Questionnaire Argentinean version)
PHQ-9: Patient Health Questionnaire- 9
ACR: American College of Rheumatology
FR: Factor reumatoide
VSG: Velocidad de sedimentación
PCR: Proteína C reactiva
IgG: Inmunoglobulina G
ACPA: Anticuerpos anti-proteína citrulinada
RM: Resonancia magnética
FARME: Fármacos antireumáticos modificadores de la enfermedad
FAME: Fármacos modificadores de la enfermedad
T2T: Treat to target
AINES: Antiinflamatorios no esteroideos
COX-2: Ciclooxygenasa 2
IBP: Inhibidores de bomba de protones
AAS: Acido acetil salicílico
JAK: Janus quinasas
FAMES: Fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos
FAMEb: Fármacos modificadores de la enfermedad biológicos
FAMEsc: Fármacos modificadores de la enfermedad sintéticos convencionales
MTX: Metrotexato
FAMEse: Farmacos modificadores de la enfermedad sintéticos específicos o dirigidos
TOFA: Tofacitinib
BARI: Baricitinib
TNF: Factor de necrosis tumoral
IFX: Infliximab
ETN: Etanercept
RTX: Rituximab
OMERACT: Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials



RESUMEN Y PALABRAS CLAVE

RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL HOSPITAL II DE ABANCAY 2023-2024

Introducción: La Artritis Reumatoide (AR) considerada como un trastorno inflamatorio crónico, resulta en una patología que causa discapacidad y afección en la calidad de vida. Es realmente necesario comprender a la persona en todo aspecto, saber cómo se siente física y psicológicamente, su relación cotidiana y cómo puede llevar adelante su vida, es por ello que tener en consideración la calidad de vida y la capacidad funcional de estos pacientes incentiva a realizar el presente estudio.

Objetivo: Determinar la relación entre calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide del hospital II de Abancay 2023-2024

Métodos: Se trata de un estudio descriptivo, cuantitativo, transversal, analítico. Con una muestra total de 72 pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el hospital II- Essalud de la ciudad de Abancay, que acuda a consulta y sea evaluado mediante los cuestionarios validados internacionalmente calidad de vida (QoL-RA) y capacidad funcional (HAQ) durante el periodo Noviembre-Enero 2023-2024.

Resultados: En relación a calidad de vida y capacidad se obtuvo un valor de Rho de Spearman de -0.557 , con un p-valor de menor a 0.05. De esta forma, se puede afirmar que existe una relación negativa y moderada entre el puntaje del cuestionario QoL-RA, y del cuestionario HAQ lo cual se traduce a que existe una asociación moderada, y estadísticamente significativa entre el nivel de discapacidad y la calidad de vida.



Conclusiones: Los pacientes con Artritis Reumatoide del hospital II de Abancay presentan una relación entre calidad de vida y capacidad funcional, ya que a medida que se incrementa el nivel de discapacidad se reduce el nivel de calidad de vida y viceversa.

Palabras clave: Artritis Reumatoide, calidad de vida, capacidad funcional



ABSTRACT Y KEYWORDS

RELATIONSHIP BETWEEN QUALITY OF LIFE AND FUNCTIONAL CAPACITY IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AT THE ABANCAY HOSPITAL II 2023-2024

Introduction: Rheumatoid Arthritis (RA), considered a chronic inflammatory disorder, results in a pathology that causes disability and affects the quality of life. It is really necessary to understand the person in every aspect, to know how they feel physically and psychologically, their daily relationship and how they can carry on with their life, which is why taking into consideration the quality of life and functional capacity of these patients encourages carry out the present study.

Objective: Determine the relationship between quality of life and functional capacity in patients with Rheumatoid Arthritis at hospital II of Abancay 2023-2024

Methods: This is a descriptive, quantitative, cross-sectional, analytical study. With a total sample of 72 patients diagnosed with Rheumatoid Arthritis at the II-Essalud hospital in the city of Abancay, who came for consultation and were evaluated using the internationally validated quality of life (QoL-RA) and functional capacity (HAQ) questionnaires during the period November-January 2023-2024.

Results: In relation to quality of life and capacity, a Spearman's Rho value of -0.557 was obtained, with a p-value of less than 0.05. In this way, it can be stated that there is a negative and moderate relationship between the score of the QoL-RA questionnaire and the HAQ questionnaire, which means that there is a moderate and statistically significant association between the level of disability and the quality of life.



Conclusions: Patients with Rheumatoid Arthritis at hospital II of Abancay present a relationship between quality of life and functional capacity, since as the level of disability increases, the level of quality of life reduces and vice versa.

Keywords: Rheumatoid Arthritis, quality of life, functional capacity



CAPITULO I: INTRODUCCIÓN

1.1 Planteamiento del problema

La Artritis Reumatoide (AR) considerada como un trastorno inflamatorio crónico causado en muchos casos por la interacción entre genes y factores ambientales, que afecta principalmente a las articulaciones sinoviales (1), la cual de no tratarse adecuadamente producirá daño articular, discapacidad progresiva y por ende afección en la capacidad funcional y la calidad de vida. Hoy en día, la tasa de prevalencia global es de alrededor del 1% y es más común en mujeres, con pequeñas fluctuaciones continuas y un aparente crecimiento de sur a norte y del campo a las áreas metropolitanas(2).

En Perú se ha establecido una prevalencia en población urbana de 0,51 % y 0,25% para AR y AR temprana respectivamente(3). En la región Apurímac no existen datos que sean representativos en relación a indicadores epidemiológicos como prevalencia e incidencia de casos.

En relación a las limitaciones provocadas por la AR, varios estudios han demostrado que el impacto de la AR es sustancial en el ámbito físico y mental, lo que confirma a la calidad de vida relacionada con la salud y la capacidad funcional como un objetivo crucial en el manejo de estos pacientes(4).

Hoy en día no es suficiente conocer la enfermedad y la repercusión objetiva que provoca. Es realmente necesario comprender a la persona en todo aspecto, saber cómo se siente física y psicológicamente, su relación cotidiana y cómo puede llevar adelante su vida, es por ello que tener en consideración la calidad de vida y la capacidad funcional de estos pacientes incentiva a realizar el presente estudio.



1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Cuál es la relación de calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide del hospital II de Abancay 2023-2024?

1.2.2 Problemas específicos

1. ¿Cuál es la relación entre los factores biológicos, psicosociales, y clínico epidemiológicos con la calidad de vida de los pacientes de Artritis Reumatoide en el hospital II de Abancay 2023-2024?
2. ¿Cuál es la relación entre los factores biológicos, psicosociales, y clínico epidemiológicos con la capacidad funcional de los pacientes de Artritis Reumatoide en el hospital II de Abancay 2023-2024?

1.3 Justificación de la investigación

La población afectada por la AR se ha convertido poco a poco en un tema de interés, ya que con el pasar de los años esta patología ha reportado un incremento considerable hacia el diagnóstico a nivel mundial. Los diversos individuos que padecen esta patología presentan distintas afecciones ya sea físicamente, psicológicamente y socialmente que como consecuencia tiene un gran impacto en la calidad de vida que llevan, he ahí el interés de desarrollar el presente estudio. Es frecuente observar en el hospital II de Abancay pacientes que presentan AR y con distintos grados de severidad. Teniendo en consideración lo mencionado anteriormente y dejando en claro que esta patología afecta negativamente a quien la padece y sus familias, mostrando un gran impacto sobre la calidad de vida en gran mayoría. Es que se desarrollaron diversas escalas de valoración y calidad de vida, las cuales ayudan a comparar y monitorizar cómo esta patología puede llegar a evolucionar y así mismo



el hecho de poder observar cómo va la respuesta con el pasar del tiempo. Por lo cual demuestra en gran medida que el valorar la calidad de vida de estos pacientes es de suma importancia para ayudar a controlar la patología a quien lo padece, se tiene estudios previos sobre esto, pero lamentablemente en nuestro entorno no existe alguno; así mismo esto indica que esta patología no es de mucho interés para poder investigar, definitivamente esta aseveración deja mucho que desear. Por ello la intención de realizar el presente estudio con la finalidad de demostrar la calidad de vida y la capacidad funcional que llevan los pacientes en nuestra ciudad. Así mismo el presente estudio pretende demostrar la asociación entre la calidad de vida y capacidad funcional de la patología que padecen estos pacientes. Los beneficiarios de la presente investigación serán los pacientes, profesionales de la salud y estudiantes que deseen conocer datos actualizados sobre la AR lo cual llevará a una mejor planificación en cuanto a los recursos necesarios para su atención, manejo de los pacientes, implementar políticas y una mejor planificación en cuanto a los recursos necesarios para su atención y mejora en la calidad de vida y capacidad funcional, así como al mejor diseño de estudios de investigación sobre el tema los cuales estarán disponibles en el portal web de la Universidad, el mismo que servirá como referencia para investigaciones futuras.

1.3.1 *Conveniencia*

La calidad de vida y la capacidad funcional en los pacientes con AR implica un compromiso en relación a la severidad y desenlace de las posibles complicaciones tanto físicas como psicosociales, es por esta razón que se busca identificar la calidad de vida y la capacidad funcional en nuestro medio, para enfocar estrategias que ayuden a disminuir sus implicancias a corto, mediano y largo plazo.



1.3.2 Relevancia social

Con el presente trabajo de tesis se busca identificar la calidad de vida y capacidad funcional en pacientes que padecen AR. Tomando conocimiento de esto, se tomarán medidas preventivas y educación correspondiente, por parte del personal de salud y la población para un manejo conjunto. El beneficio que se busca es mejorar la calidad de vida y la capacidad funcional en pacientes con AR en el hospital II-Essalud, Abancay.

1.3.3 Implicancias prácticas

El conocer la calidad de vida y la capacidad funcional en pacientes con AR en nuestro medio ayudará a planificar estrategias de prevención y apoyo para contribuir en la mejora de los pacientes con AR.

1.3.4 Valor teórico

Este trabajo aporta conocimiento sobre la calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con AR del hospital II de Abancay 2023-2024, brindando de esta manera la primera fuente de datos en relación a AR en Apurímac, la cual servirá de información útil en nuestro medio y brindando la posibilidad de ampliar aún más la muestra y por ende tomar como antecedente los resultados para replicar hacia poblaciones similares a la nuestra. Este estudio servirá de base para realizar estudios futuros de seguimiento.

1.3.5 Utilidad metodológica

Se plantea la utilidad metodológica mediante la aplicación de instrumentos de evaluación validados internacionalmente donde se obtuvo una serie de información sobre calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con AR aplicando dichas encuestas, lo cual permitirá mejorar conductas en relación al manejo y conocimiento sobre la patología y la



implicancia de la misma, buscando que en un futuro el mismo podrá ser replicado a mayor escala en futuras investigaciones.

1.4 Objetivos de la investigación

1.4.1 *Objetivo general*

Determinar la relación entre calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide del hospital II de Abancay 2023-2024

1.4.2 *Objetivos específicos*

1. Determinar la relación entre los factores biológicos, psicosociales, y clínico epidemiológicos con la calidad de vida de los pacientes de Artritis Reumatoide en el hospital II de Abancay 2023-2024
2. Determinar la relación entre los factores biológicos, psicosociales, y clínico epidemiológicos con la capacidad funcional de los pacientes de Artritis Reumatoide en el hospital II de Abancay 2023-2024

1.5 Delimitación del estudio

1.5.1 *Delimitación espacial*

El presente estudio se llevará a cabo en el hospital II- Essalud, Abancay (nivel II) ubicado en la Quinta Cayetana de la localidad de Patibamba, distrito de Abancay, provincia de Abancay, región Apurímac.

1.5.2 *Delimitación temporal*

La investigación se realizará durante el periodo (noviembre 2023 - enero 2024) tomando como grupo de estudio a pacientes con el diagnóstico de AR.



CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

2.1.1 Antecedentes internacionales

- Sosa O, Cáceres V, Lopez M , Rodriguez M (Paraguay 2022) en su estudio titulado: “Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide de una asociación de Paraguay 2022”. El trabajo tuvo el objetivo de evaluar la calidad de vida y la capacidad funcional en pacientes con diagnóstico de AR de los miembros de la Asociación de Guerreros de la Artritis de Paraguay en el año 2022. Para su desarrollo se utilizó un diseño de estudio observacional analítico de corte transversal seleccionados por conveniencia. Su población de estudio estuvo compuesta de 200 pacientes. La medición se realizó por medio de los cuestionarios en su versión española “Quality of Life-Rheumatoid Arthritis (QoL-RA)” y el “Health Assessment Questionnaire (HAQ)”. En dicho estudio encontramos que de 200 pacientes la edad promedio fue de 47.53 años, supremacía del sexo femenino con el 89.5 %, la duración de la enfermedad fue entre 13 y 16 años, en lo académico se encontró mayoritariamente el nivel universitario. En relación a la medición de calidad de vida se identificó que el 85.50% presenta buena calidad de vida, el 11.00% tiene mala calidad de vida y 3.50% excelente, así mismo se demostró que en la capacidad funcional el 93% se encuentran con discapacidad moderada a ligera. La correlación entre puntajes promedio QoL-RA y HAQ fue de $R=-0.598$ y $R^2=0.132$, con un p-valor de 0.00 que es menor que 0.05 (5% de error), por lo tanto, existe una correlación de -0.598. La correlación fue negativa moderada ($R= -0.598$) que existe entre la calidad de vida (QoL-RA) con la capacidad funcional (HAQ) pues a medida que aumentan las puntuaciones del HAQ en los pacientes con AR, la calidad de vida, evaluada a través del valor de la escala



QoL-RA, disminuye significativamente. Este estudio evidenció que a menor grado de discapacidad mejor calidad de vida (5).

- Cuenca A, (Ecuador 2020) en su estudio titulado: “Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide que acuden al Hospital Isidro Ayora de Loja.”. El trabajo tuvo el objetivo de evaluar la calidad de vida y la capacidad funcional en pacientes con diagnóstico de AR del hospital Isidro Ayora de Loja en el año 2020. Para su desarrollo se utilizó un diseño de estudio descriptivo, prospectivo y con un enfoque cuantitativo. Su población de estudio estuvo compuesta de 104 pacientes. La medición se realizó por medio de los cuestionarios en su versión española “calidad de vida (QoL-RA)” y “discapacidad (HAQ)”. En dicho estudio encontramos que de 104 pacientes la edad promedio fue de 50 años, supremacía del sexo femenino con el 83.7 %, la duración de la enfermedad con predominio de 26% corresponde a pacientes con una evolución de enfermedad entre 2 a 4 años. En relación a la medición de calidad de vida se identificó que el 81.7% presenta buena calidad de vida, el 17.3% tiene mala calidad de vida, así mismo se demostró que en la capacidad funcional el 52.9% posee incapacidad ligera, el 32.7% incapacidad moderada y el 14.4% incapacidad severa. La correlación entre puntajes promedio QoL-RA y HAQ fue de $R=-0.39$, esto demuestra que existe una correlación inversa moderada, pues a medida que aumentan las puntuaciones del HAQ en los pacientes con Artritis Reumatoide, la calidad de vida, evaluada a través del valor de la escala QoL-RA, disminuye. así mismo la correlación entre QoL-RA y HAQ de acuerdo con los rangos de edad fue de $r=-0.96$ lo que significa que existe una correlación inversa fuerte; pues a medida que avanzan los años de evolución de la enfermedad las puntuaciones del HAQ se incrementan mientras que los



puntajes de QoL-RA, disminuyen. Por ello se concluye que en el presente estudio existe una calidad de vida buena con incapacidad moderada (6).

- Isnardi C, (Argentina 2019) en su estudio titulado: La depresión es un determinante mayor de la capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide, independientemente de la actividad de la enfermedad” El trabajo tuvo el objetivo de evaluar la prevalencia de depresión en pacientes argentinos con AR y establecer la relación con diferentes factores sociodemográficos y clínicos. Para su desarrollo se utilizó un diseño de estudio descriptivo de corte transversal. Su población de estudio estuvo compuesta de 258 pacientes. Se administraron cuestionarios para determinar calidad de vida: “QOL-RA”, “EQ-5D-3L22”, para medir la capacidad funcional: HAQ-A (Health Assessment Questionnaire Argentinean version) y depresión por PHQ-9 (Patient Health Questionnaire 9). En dicho estudio encontramos que de 258 pacientes la edad promedio fue de 54 años, supremacía del sexo femenino con el 85.7 %, la duración de la enfermedad corresponde a pacientes con una evolución de enfermedad entre 9 años. Las variables continuas se compararon por test T de Student o ANOVA y las categóricas por test de Chi cuadrado y test exacto de Fisher. Las correlaciones se realizaron mediante test de Spearman. En relación a la medición, los pacientes con valores más elevados de HAQ presentan mayor riesgo de desarrollar síntomas depresivos, así como la limitación en las actividades (7).



- Espinosa D, Hernández M, Cerdán M, (México 2017) en su estudio titulado “Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide”. El trabajo tuvo el objetivo de evaluar la calidad de vida y la capacidad funcional en pacientes con diagnóstico de AR de la Unidad de Medicina Familiar (UMF) no.66 de México en el año 2015. Para su desarrollo se utilizó un diseño de estudio observacional descriptivo de corte transversal seleccionados por muestreo aleatorio simple no probabilístico. Su población de estudio estuvo compuesta de 217 pacientes. La medición se realizó por medio de los cuestionarios en su versión española (QoL-RA) y (HAQ). En dicho estudio encontramos que de 217 pacientes la edad promedio fue de 55 años, supremacía del sexo femenino con el 92 %, la duración de la enfermedad fue entre 7 años, en lo académico se encontró mayoritariamente el nivel secundario. En relación a la medición de calidad de vida por QoL-RA fue buena para la mayoría, con el puntaje más alto en apoyo (8.4) y el menor en tensión nerviosa (6.6), así mismo se demostró que en la capacidad funcional en general se encontró discapacidad leve HAQ (0.77), con mayor afectación en alcanzar objetos (1.35) y menor en vestirse y asearse (0.34). Mediante el coeficiente de correlación de Pearson 95% de confianza y $p < 0.05$ se comparó los puntajes. se observó que las actividades cotidianas se ven relacionadas negativamente con la presencia de dolor y artritis. Por ello se concluye que en el presente estudio se identificó buena calidad de vida y discapacidad leve, con una correlación negativa entre ambas variables(8).



• Naranjo M, (Ecuador 2017) en su estudio titulado: Calidad de vida y capacidad funcional en relación a duración de años de enfermedad en pacientes con Artritis Reumatoide del centro de artritis de la ciudad de Quito en el período septiembre-octubre del 2016” El trabajo tuvo el objetivo de evaluar la calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con AR. Para su desarrollo se utilizó un diseño de estudio analítico transversal. Su población de estudio estuvo compuesta de 46 pacientes. La medición se realizó por medio de los cuestionarios en su versión española “calidad de vida (QOL-RA)” y “discapacidad (HAQ)”. En dicho estudio encontramos que de 46 pacientes la edad promedio fue de 41.2 años, supremacía del sexo femenino con el 89.5 %, El tiempo de diagnóstico de la enfermedad de los pacientes del estudio tuvo una media de 94.2 meses, en lo académico se encontró mayoritariamente el nivel universitario. Se analizó la correlación de variables cuantitativas mediante el coeficiente de correlación de Pearson y Spearman. Para la correlación de variables cualitativas se utilizó OR y CC. En relación a la medición de calidad de vida se identificó que el puntaje medio fue 6.67 ± 1.46 , las categorías con peores puntuaciones: (tensión, dolor y artritis). Se destaca las correlaciones entre salud con artritis ($r=0.755$) y ánimo ($r=0.703$), así mismo se demostró que en la capacidad funcional la media fue 0.87 ± 0.80 , las categorías con peores puntuaciones: (presión y alcanzar). Se destaca las correlaciones entre las categorías vestirse y asearse con alcanzar ($r=0.719$), higiene ($r=0.824$) levantarse ($r=0.745$); caminar ($r=0.755$). El coeficiente de Pearson al relacionar los puntajes totales de los cuestionarios QOL-RA y HAQ demostró una asociación inversa significativa fuerte ($r = -0.787$, $p \leq 0.001$). Asimismo, no se encontraron correlaciones significativamente en los puntajes de las escalas con los años de enfermedad, ni con la capacidad funcional. Por ello se concluye



que en el presente estudio se tiene bajo nivel de incapacidad y una calidad de vida medianamente satisfactoria (9).

2.1.2 *Antecedentes nacionales*

- Sánchez L. (Perú 2020) en su estudio titulado: “Calidad de Vida en pacientes con Artritis Reumatoide del hospital de Apoyo II-2 Santa Rosa, Piura” El trabajo tuvo el objetivo de determinar la calidad de vida de los pacientes con AR del hospital de Apoyo II – 2 Santa Rosa de Piura 2019. Para su desarrollo se utilizó un diseño de estudio observacional, de tipo descriptiva, prospectivo y transversal. Su población de estudio estuvo compuesta de 63 pacientes. La medición se realizó por medio de los cuestionarios en su versión española “calidad de vida (QOL-RA)”. En dicho estudio encontramos que de 63 pacientes la edad promedio fue de 46 ± 12.3 años, supremacía del sexo femenino con el 80.9 %, Por ello se concluye que predomina la calidad de vida alta entre los pacientes atendidos. La cual es mejor en el sexo femenino, con grado de instrucción igual o superior a secundaria, con estado civil casado y de procedencia urbana. Se demostró que la calidad de vida es buena (10).
- Paredes Z, (Perú 2020) en su estudio titulado: “Calidad de vida discapacidad funcional y su relación con tratamiento fisioterapéutico en pacientes con Artritis Reumatoide” El trabajo tuvo el objetivo de valorar la calidad de vida, el grado de discapacidad funcional y su relación con el uso de tratamiento farmacológico y fisioterapéutico en pacientes con AR. Para su desarrollo se utilizó un diseño de estudio descriptivo, correlacional de corte transversal. Su población de estudio estuvo compuesta de 100 pacientes. La medición se realizó por medio de los cuestionarios en su versión española “calidad de vida (QOL-RA)”



y “discapacidad (HAQ)”. En dicho estudio encontramos que de 100 pacientes la edad promedio fue de 60-69 años, supremacía del sexo femenino con el 89%, la duración de la enfermedad fue de 8.50 años. Existe relación entre la mayor edad y la mayor discapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de AR. En relación a la medición de calidad de vida el 42% de casos tuvo una buena calidad de vida, 35% tuvo una calidad de vida regular y 23% una mala calidad de vida así mismo se demostró que en la capacidad funcional el 98% de casos tiene discapacidad, siendo leve el 46%, moderada en 44% y severa en 8%. La correlación entre los casos sin discapacidad y 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, se distinguió 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 (11).

- Quispe A, (Perú 2017) en su estudio titulado: “Calidad de vida de pacientes con Artritis Reumatoide que son atendidos en el servicio de reumatología del hospital nacional pnp Luis n. Sáenz en enero - 2017” El trabajo tuvo el objetivo de valorar la calidad de vida, en pacientes con AR. Para su desarrollo se utilizó un diseño de estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo. Su población de estudio estuvo compuesta de 55 pacientes. La medición se realizó por medio de los cuestionarios en su versión española “calidad de vida (QOL-RA)”. En dicho estudio encontramos que de 55 pacientes la edad promedio fue de 53.76 años, supremacía del sexo femenino con el 94.5%, tiempo de enfermedad con una media de 12.3 años. La calidad de vida según: habilidades físicas es de 7.69, ayuda brindada por su familia y amistades: 8.82, dolor artrítico: 6.35, tensión



nerviosa: 7.25, según consideren su salud: 7.13, según consideren su artritis: 6.69, interacción con familiares y amigos: 8.49, estado de ánimo: 7.56, obteniéndose una media global de 7.4975. Se concluye que la calidad de vida de pacientes con AR que son atendidos en los consultorios externos del Servicio de Reumatología del hospital Nacional PNP Luis N. Sáenz en enero del 2017 es buena (12).

- Sotelo J (Perú 2017) en su estudio titulado: “Capacidad funcional y apoyo social en pacientes con Artritis Reumatoide atendidos en el hospital san Josè de chincha, enero - 2017”. El trabajo tuvo el objetivo de evaluar la capacidad funcional y apoyo social en pacientes con AR atendidos en el hospital San Josè de Chincha. Para su desarrollo la investigación fue de tipo cuantitativo, según el alcance de la información es descriptivo, de diseño no experimental, de corte transversal. La población estuvo constituida por 40 pacientes con AR del hospital San José de Chincha; la técnica de recolección de datos fue la encuesta y como instrumento el cuestionario, a través del “test de HAQ” y “cuestionario de MOS”, demostrándose además su confiabilidad a través del coeficiente Alfa de Cronbach. Respecto a la capacidad funcional de los pacientes con AR, fue desfavorable según la dimensión: actividades de la vida diaria alcanzando en vestirse el 55%; levantarse 65%, comer 67.5%; así mismo el 50% tenían alguna dificultad para caminar; en la higiene corresponde al 52.5%; seguido del 55% de los pacientes presentaban mucha dificultad para poder alcanzar algún objeto de un lugar a otro y un 62.5% tenían alguna dificultad para realizar presión (13).



2.1.3 Antecedentes locales

Al realizar la búsqueda relacionada a trabajos locales en base al tema de investigación propuesto no se hallaron trabajos locales.

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Artritis Reumatoide

2.2.1.1 Generalidades

La AR es catalogada como una de las patologías autoinmunes más comunes de curso crónico la cual produce inflamación sinovial con daño del cartílago y por consecuencia destrucción articular. Esta precedida por anomalías inmunitarias que no son específicas de las articulaciones, si no sistémicas y que ya son evidentes muchos años previos al inicio de la enfermedad, dentro de la sintomatología se caracteriza de manera predominante por la presencia de dolor articular, rigidez articular, disminución de la motilidad entre otros lo cual afecta en la capacidad funcional y la calidad de vida.

No se conocen sus causas, pero sí sus factores de riesgo, como el tabaquismo, la obesidad y la contaminación atmosférica, y también se sabe que las mujeres y las personas mayores corren más riesgo de contraerla. Si se diagnostican a tiempo, los síntomas y la evolución de la AR pueden controlarse con medicamentos. Además, la rehabilitación (que incluye emplear productos de apoyo) permite mantener un nivel óptimo de actividad (14).

2.2.1.2 Epidemiología

La AR suele debutar en la sexta década de la vida y afecta entre dos y tres veces más a las mujeres que a los hombres. Es más prevalente en los países industrializados, debido a factores demográficos (la edad media es más elevada en estos países), a la exposición a



toxinas del entorno y a los hábitos de vida, pero muchos casos que se dan en los países de ingresos medianos y bajos no se diagnostican (14).

Así mismo, hoy en día, la tasa de prevalencia global de AR es de alrededor del 1 % y es más común en mujeres, con pequeñas fluctuaciones continuas y un aparente crecimiento de sur a norte y del campo a las áreas metropolitanas (2).

Mientras que en el Perú se ha establecido una prevalencia en población urbana de 0,51% y 0,25% para AR y AR temprana respectivamente (3).

2.2.1.3 *Etiopatogenia*

La AR posee un origen etiopatogénico complejo, se postula que la enfermedad es causada por una combinación de predisposición genética, exposición ambiental y los agentes infecciosos que pueden producir la pérdida de tolerancia del sistema inmunológico.

Existen pruebas experimentales sólidas de que el inicio de la AR es un proceso mediado por células T y específico de antígeno que tiene como diana primordial a la membrana sinovial. Sin embargo, no se sabe si el antígeno artritogénico es uno o son varios y si es el mismo o varía según los individuos. Se especula con que este podría ser un antígeno exógeno, probablemente de naturaleza viral, o una proteína endógena (15).

2.2.1.4 *Fisiopatología*

Existe una respuesta inmune exagerada contra sustancias y tejidos que normalmente están presentes en el cuerpo. Están relacionadas con el reconocimiento proteico entre las superficies de las membranas celulares del sistema inmunitario. Así, cuando las glucoproteínas de reconocimiento no coinciden, el sistema inmunitario comienza a atacar al propio organismo. Por tanto, la causa tiene que ver a veces con la predisposición o



mutaciones genéticas que codifican proteínas diferentes, bien en las células inmunitarias o en las orgánica (16).

La alteración inicial parece ser una reacción inflamatoria inespecífica que se desencadena por un estímulo desconocido. Se manifiesta como una inflamación autoinmune sinovial, la cual se da por la infiltración de células inflamatorias, predominantemente Células T y macrófagos a la membrana sinovial, lo que conlleva a una lesión microvascular y un aumento en el número de células de revestimiento sinovial e inflamación perivascular por células mononucleares, posteriormente este proceso inflamatorio se extiende hacia el cartílago adyacente y el hueso ocasionando así el daño articular (17).

En la membrana sinovial se produce una infiltración por células inflamatorias, entre las que los linfocitos Th17 secretan la citosina IL-17 que parece desempeñar un papel iniciador al interactuar con células dendríticas, macrófagos y linfocitos B. Los macrófagos secretan el factor de necrosis tumoral alfa y la IL-1, implicadas en la perpetuación de la inflamación crónica en la AR (16).

Por último, a nivel articular se produce una activación e hiperplasia de los mastocitos. El pannus invade y destruye el cartílago articular adyacente. Los osteoclastos del hueso periarticular conducen a la resorción y forman las erosiones óseas. La angiogénesis o neovascularización a partir de vasos preexistentes es un proceso precoz y crítico que depende de la activación, migración y proliferación de células endoteliales, donde la IL-17 tiene un papel importante, ya que potencia la actividad de otras citocinas proinflamatorias, estimula la diferenciación de los osteoclastos e induce la degradación directa de los proteoglicanos del cartílago (16).



2.2.1.5 *Genética*

El gen vinculado a la AR es un gen del sistema inmunitario llamado HLA-DR4. En los pacientes con AR de ascendencia europea, hasta un 60 o 70 % portan el gen HLA-DR4, en comparación con el 30 % de la población en general. Los estudios en gemelos indican que los genes solo aumentan, ligeramente, el riesgo de padecer AR y que es probable que los factores ambientales desempeñen un rol más importante (18).

2.2.1.6 *Características clínicas*

El dolor articular es el síntoma más frecuente en la AR y el hinchazón articular puede ser más o menos visible por el paciente. Además del dolor y la hinchazón, por las mañanas puede haber dificultad para el inicio de los movimientos (rigidez matutina) de duración variable, y que puede llegar a ser incluso de horas (19).

La inflamación persistente puede acabar dañando los huesos, ligamentos y tendones que hay alrededor. La consecuencia será la deformidad progresiva de las articulaciones y la pérdida reducción de la movilidad articular, lo que puede llevar al enfermo a un cierto grado de discapacidad para hacer algunas tareas de la vida diaria (19).

2.2.1.7 *Criterios de clasificación:*

Los criterios del American College of Rheumatology (ACR) de 1987, no resultaron adecuados para realizar un buen diagnóstico.

Motivo por el cual, en septiembre de 2010 publicaron los nuevos criterios de clasificación para la AR con la intención de permitir un diagnóstico precoz de ésta. Estos nuevos criterios van dirigidos a poder clasificar los pacientes con AR de forma más precoz de lo que permitían los criterios hasta ahora utilizados (20).



Existen diferencias sustanciales entre los criterios de clasificación de la AR de 1987 y los de 2010. Mientras que los primeros se pueden aplicar a cualquier individuo, los de 2010 están diseñados para ser aplicados exclusivamente a pacientes con artritis indiferenciada que no pueda ser justificada por otras causas. Podemos ver cómo desaparece la valoración de la rigidez matutina, así como la afectación de las manos o la afectación simétrica. La localización de la afectación articular pasa a valorar tanto el número de articulaciones afectadas, entre 1 (que es el mínimo) a más de 10 como tamaño de las articulaciones afectadas, si se trata de grandes articulaciones (entre las que se consideran los hombros, codos, caderas, rodillas y tobillos) o pequeñas articulaciones. Los nódulos reumatoides dejan de formar parte de los criterios, ya que se consideraron como una expresión tardía de la enfermedad y estos nuevos criterios están destinados al diagnóstico precoz de ésta. Una de las diferencias más importantes que introducen estos nuevos criterios es la valoración de los marcadores serológicos de la AR y de los reactantes de fase aguda (16)

En septiembre de 2010 se publican simultáneamente en *Annals of Rheumatic Diseases* y *Arthritis and Rheumatism* los nuevos criterios de clasificación, con el fin de mejorar los utilizados hasta ese momento. Surgen con un objetivo muy claro: mejorar la clasificación de la AR de corta evolución, de manera que se pueda establecer un tratamiento con FARMES lo antes posible (16).



2.2.1.7.1 Nuevos criterios de Artritis Reumatoide (2010)

➤ Afectación articular	puntaje
● 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
➤ Serología:	
● 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
➤ Duración:	
● <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.

1. 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.

2. Tener una puntuación igual o superior a 6 en el sistema de puntuación que se presenta 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(19,20).

2.2.1.8 Estudios de apoyo



El diagnóstico de AR es eminentemente clínico, basado en la historia de dolor articular inflamatorio y la presencia de articulaciones inflamadas (sinovitis) o dolorosas al examen físico. Las pruebas complementarias recomendadas son: VSG, PCR, FR y ACPA (21).

2.2.1.8.1 *Prueba de laboratorio*

2.2.8.1.1 *Factor reumatoide (FR)*

El factor reumatoide (FR) fue el primer anticuerpo descrito para la AR siendo un autoanticuerpo que se dirige contra la fracción constante de la IgG. La presencia de FR a pesar de su baja especificidad se incluyó ya en los criterios diagnósticos del año 1987 (22).

2.2.8.1.2 *Anticuerpos anti-proteína citrulinada (APCC)*

Los APCC se dirigen contra proteínas citrulinadas, en las que se ha producido conversión del aminoácido arginina en citrulina mediante un proceso enzimático de citrulinación (22). La presencia de proteínas citrulinadas, así como la predisposición genética son dos factores importantes que se asocian con el desarrollo de artritis (23).

La presencia de autoanticuerpos que reconocen proteínas citrulinadas son marcadores serológicos específicos de AR (23).

2.2.8.1.3 *Velocidad de sedimentación (VSG)*

La presencia de dichas proteínas en el plasma durante los episodios de inflamación provoca un cambio en la carga de la superficie de los hematíes que tienden a sedimentar con mayor rapidez. La VSG es, por tanto, un método indirecto de la valoración de las distintas proteínas de la fase aguda (24).



La VSG puede encontrarse elevada en un gran número de situaciones clínicas por lo que debemos de ser muy cautos a la hora ponderar este dato de laboratorio aisladamente (24).

2.2.8.1.4 *Proteína C reactiva (PCR)*

La proteína C reactiva (PCR) es un conocido reactante de fase aguda, altamente sensible como marcador de inflamación y daño tisular (25).

Es altamente sensible a condiciones inflamatorias, además responde rápidamente; por otro lado, a diferencia de la VSG, no se ve afectada por el género, edad, presencia de anemia o algunas otras proteínas del suero; por último, se ha evidenciado que la misma progresión radiológica correlaciona de forma cercana con los valores séricos de PCR (25).

2.2.1.8.2 *Métodos de imagen*

Con relación a los métodos de imagen, demostraron una elevada sensibilidad y especificidad la ecografía y resonancia magnética en el diagnóstico de erosiones en facetas articulares y sinovitis superando a la radiografía convencional, sin embargo, el uso de RM y tomografía computacional, también específica en sinovitis, es limitada por su alto costo (26).

Con respecto a la ecografía articular, aunque es útil para la detección de la inflamación subclínica, no se identificaron diferencias en relación con la radiografía convencional para la detección de erosión ósea. Si bien algunos estudios han reportado que el uso de ecografía articular se relaciona con un diagnóstico de inicio de FARME más temprano (21).



2.2.1.9 *Tratamiento*

2.2.1.9.1 *Principios generales del tratamiento*

El tratamiento de la AR debe ir dirigido a controlar todas las manifestaciones y consecuencias de la enfermedad incluyendo el control de la inflamación, las secuelas estructurales y las comorbilidades de la misma. Para lograr estos objetivos, el abordaje terapéutico ha sufrido una profunda transformación desde el comienzo del siglo XXI. El enfoque tradicional se basaba en la introducción algo tardía de los FAME motivada por un temor excesivo a los efectos adversos de los mismos, y en un cierto conformismo en cuanto al grado de mejoría alcanzable y por lo tanto exigible, motivado por la percepción de que los fármacos existentes eran limitados en número y eficacia. Este planteamiento se ha modificado de manera muy significativa, tanto en lo que se refiere al desarrollo de una nueva estrategia terapéutica como a la disponibilidad de nuevos fármacos más eficaces (27).

2.2.1.9.2 *Estrategia terapéutica en la Artritis Reumatoide*

Desde el punto de vista de la estrategia terapéutica existen dos aspectos fundamentales: La importancia del tratamiento precoz con FAME, y la necesidad de ser más ambiciosos en el objetivo terapéutico, intentando lograr cuanto antes la remisión de la enfermedad y realizando evaluaciones frecuentes; es la denominada estrategia de tratamiento hasta el objetivo o “treat to target” (T2T) (27).

Dada la complejidad de la AR y de los múltiples tratamientos existentes, el reumatólogo debe ser el especialista responsable del manejo de esta enfermedad en la que un abordaje multidisciplinar, incluyendo enfermeras y otros especialistas, debería ser una opción deseable. Por último, recomendaciones sobre la importancia de dejar de fumar, mantener



un buen nivel de actividad física, evitar la obesidad y controlar la enfermedad periodontal deben formar parte del planteamiento terapéutico global de la AR(27).

2.2.1.9.3 *Fármacos utilizados en la artritis reumatoide*

2.2.1.9.3.1 *Antiinflamatorios no esteroideos (AINES)*

Los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) constituyen una familia de compuestos con estructura química muy heterogénea que se caracterizan por deprimir la producción de eicosanoides y tener un efecto analgésico y antiinflamatorio moderado. Actualmente más de 20 AINES diferentes están disponibles en múltiples formas farmacéuticas para su utilización en humanos (27).

En reumatología, los AINES se utilizan fundamentalmente por su acción analgésica y antiinflamatoria (27).

En cuanto a normas generales para su manejo:

- 1) La decisión de utilizar un AINES clásico o un inhibidor de la COX-2 dependerá fundamentalmente de la presencia de factores de riesgo gastrointestinal en el paciente. Los IBP se deben utilizar en co-prescripción con los AINES en pacientes con factores de riesgo gastrointestinal y la utilización de AINES de forma puntual en pacientes jóvenes no justifica la gastro protección con IBP.
- 2) Aunque tanto los AINES clásicos como los coxibs comparten un aumento de riesgo cardiovascular, en general estos efectos indeseables suelen estar más relacionados con los inhibidores de la COX-2. Diversas evidencias apuntan al naproxeno como el AINES más benévolo con el sistema cardiovascular.
- 3) En pacientes con enfermedad renal crónica o enfermedad inflamatoria intestinal, los AINES deben de evitarse.



4) Hay que tener muy en cuenta que la respuesta terapéutica a los AINES tiene un importante componente idiosincrático, por lo que la experiencia previa de los pacientes con estos compuestos, en lo que se refiere a eficacia y tolerabilidad, debe de ser tomada en cuenta a la hora de prescribir uno de estos compuestos.

5) Excluyendo el AAS a dosis antiagregantes, no se debe utilizar más de un AINES simultáneamente en un mismo paciente. En AR, los AINES se utilizan fundamentalmente para reducir la rigidez matutina (27).

2.2.1.9.3.2 *Glucocorticoides*

Los glucocorticoides se encuentran entre los fármacos antiinflamatorios e inmunosupresores más usados en la AR (27).

El razonamiento para el uso de los glucocorticoides en el tratamiento de la AR activa fue iniciar simplemente su rápido alivio sintomático a través de la inhibición de la inflamación (27).

Sin embargo, la investigación en la última década ha demostrado que el tratamiento con los glucocorticoides retrasa tanto el inicio como la progresión de daño radiográfico de la articulación, por lo que se les consideran como un FAME convencional más (27).

Los glucocorticoides intraarticulares se pueden utilizar para tratar la AR, con buenos resultados. Sin embargo, sus efectos independientes sobre la progresión radiográfica no se han estudiado (27).

2.2.1.9.3.3 *Fármacos modificadores de la enfermedad (FAME)*

El acrónimo FAME se refiere a los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad, que están destinados al tratamiento de los procesos reumatológicos, usualmente incurables. Se definen como aquellos que interfieren con signos y síntomas



de la enfermedad reumática, mejorando la función física e inhibiendo la progresión del daño articular; distinguiéndose dos grandes grupos: sintéticos y biológicos (28).

Por orden cronológico, inicialmente se empleaban los FAME sintéticos convencionales (metotrexato, sulfasalazina, etc.) de los que se desconoce si actúan sobre dianas concretas.

A partir del año 2000 se incorporaron los FAME biológicos, siendo los inhibidores del factor de necrosis tumoral (anti-TNF) los primeros en desarrollarse. El último grupo en incorporarse (a partir de 2015) han sido los FAME sintéticos dirigidos, entre los que destacan los inhibidores de las janus quinasas (JAK) (28).

La reciente introducción de fármacos biológicos ha cambiado profundamente el tratamiento de los pacientes con enfermedades reumáticas inflamatorias crónicas que no responden a los FAME convencionales. Desafortunadamente, son terapias muy caras y es necesario racionalizar su uso para tratar al mayor número de pacientes manteniendo el acceso a los tratamientos adecuados (29).

La llegada de los fármacos biosimilares ha sido fundamental para la disminución de costes. Un biosimilar es un fármaco biológico que contiene una versión de la sustancia activa del producto biológico original ya autorizado (fármaco de referencia), que ha demostrado una eficacia y seguridad similares a las del fármaco de referencia (30).

Se pueden distinguir varios grupos de FAME biológicos y FAME dirigidos, así como los biosimilares correspondientes que se indicarán en cada caso. A continuación, se presentan las dianas terapéuticas sobre las que actúan los nuevos FAME no convencionales (28).

Actualmente, los FAME están separados en dos grandes categorías:

- FAME sintéticos (FAMEs): medicamentos que primero fueron sintetizados y posteriormente se descubrió su actividad anti reumática.



- FAME biológicos (FAMEb): fármacos desarrollados para dirigirse a moléculas específicas, como una proteína soluble o un receptor de superficie celular. Incluye a todos los compuestos biológicos originales y a sus biosimilares (27).

Con la llegada de los nuevos FAME sintéticos que reconocen una diana específica, estos se han subclasificado en:

FAME sintéticos convencionales (FAMEsc): fármacos antiinflamatorios diseñados de forma tradicional, como el metotrexato (MTX) o la sulfasalazina (27).

- *Metotrexato:*

Es un antagonista del ácido fólico que inhibe la enzima dihidrofolato reductasa. Tiene propiedades antiinflamatorias e inmunosupresoras. Se usa asociado al ácido fólico para evitar algunos de sus efectos secundarios (16).

Existen características para escoger al metotrexato como fármaco de primera elección, su bajo precio, su perfil de seguridad favorable, su influencia en el enlentecimiento de la progresión radiológica, una experiencia clínica con altas tasas de respuesta y de continuidad terapéutica, y su disponibilidad y versatilidad de dosis y vías de administración. La eficacia de MTX es dosis dependiente. En función de estas evidencias se establece una dosis no inferior a 10 mg/semana; aunque también puedan considerarse dosis inferiores según las circunstancias del paciente (comorbilidades, bajo peso, edad, función renal, hepática) (16).

- *Leflunomida:*

Indicado en pacientes que no responden a MTX. Inhibe la enzima dihidroorotato-deshidrogenasa impidiendo la síntesis de piridina. También puede ser usado como primera línea. Se utiliza a dosis de 100mg/día durante 3 días y luego 20 mg/día de forma



indefinida. Se recomienda realizar una bioquímica con función hepática y hemograma cada mes los 6 primeros meses. Su eficacia es similar al metotrexato y se puede considerar como una alternativa al mismo. Sus efectos adversos son muy semejantes a los del metotrexato. Contraindicado en embarazo y lactancia, infecciones graves, hepatopatía crónica e insuficiencia renal moderada a severa (16).

- *Sulfasalazina:*

Es eficaz controlando los síntomas y signos de la enfermedad y disminuyendo la progresión radiológica. (16).

FAME sintéticos específicos o dirigidos (FAMEse): fármacos sintéticos orales como tofacitinib (TOFA) o baricitinib (BARI), desarrollados para interactuar de manera específica con moléculas bien definidas (27).

2.2.1.9.3.4 *Biológicos*

Es definido por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un producto bioterapéutico que muestra ausencia de diferencias relevantes en términos de calidad, seguridad y eficacia a un producto de referencia ya autorizado (31).

Los antagonistas del TNF (Infliximab, Etanercept, Adalimumab) son la primera opción de terapias biológicas en la AR refractaria. Son más eficaces si se asocian a MTX.

Pacientes que no responden a uno pueden hacerlo a otro (16).

2.2.1.9.3.7.1 *Biosimilares de infliximab:*

El CT-P13 es un anticuerpo monoclonal humano-murino quimérico IgG1, que se desarrolló como un anticuerpo monoclonal anti-TNF- α biosimilar al IFX original (27).



2.2.1.9.3.7.2 *Biosimilar de etanercept:*

SB4 es un biosimilar de ETN, producido por tecnología de ADN recombinante. Se ha demostrado que SB4 exhibe propiedades estructurales, fisicoquímicas y biológicas similares, y equivalencia terapéutica con la molécula de referencia de ETN (27).

2.2.1.9.3.7.3 *Biosimilar de rituximab:*

CT-P10 es un biosimilar del RTX innovador, una terapia biológica utilizada para tratar a pacientes con AR que han respondido inadecuadamente al menos a un agente anti-TNF- α (27).

2.2.1.9.4 *Terapia complementaria*

Los objetivos son disminuir el dolor y mejorar la capacidad funcional. Además, mediante la educación sanitaria se instruye al paciente con consejos técnicos para que logre mantener su grado de independencia en las actividades de la vida diaria y para mejorar su calidad de vida.

2.2.1.9.4.1 *Ejercicio físico*

En general, en los pacientes con AR, la resistencia al ejercicio y la fuerza muscular están disminuidas y a menudo el dolor conduce a reducir la actividad física y evitar la movilidad, aumentando el riesgo de atrofia muscular. Desde el momento del diagnóstico se puede ya implementar un programa de ejercicio físico aeróbico y de fortalecimiento muscular que incluye también medidas para mejorar la flexibilidad, la coordinación y la destreza manual (27).



2.2.1.9.4.2 *Terapia física*

La aplicación de agentes físicos en regiones sintomáticas tiene como objetivo principal mejorar el dolor y la rigidez articular. También contribuye a mejorar la movilidad articular, la fuerza muscular y la función de la articulación (27).

2.2.1.9.4.3 *Terapia ocupacional*

La terapia ocupacional estaría especialmente indicada en fases más avanzadas de la enfermedad o en casos con limitación funcional significativa (27).

2.2.2 *Calidad de vida*

El concepto de calidad de vida tiene diversas significaciones de mayor o menor amplitud, según sea el espectro de áreas de la vida de una persona que se incluyan en su valoración. (31).

A pesar de ser un término que en los últimos años ha sido casi que de uso cotidiano para las diferentes áreas del conocimiento con diferentes propósitos. El estudio de la calidad de vida “ideal” o deseos para cada individuo, cada vez se adentra más en diferentes áreas y multidisciplinarias formas de ver y medir lo que en esencia es subjetivo para cada persona, de acuerdo al área del conocimiento que haga el abordaje y sin perder de vista que el concepto surgió en el marco del “desarrollismo” donde lo que se buscaba era “bienestar”, es decir, que la fuerza de trabajo estuviera bien física, mental y económicamente para satisfacer las necesidades de producción (31).

Tal como se plantea en el modelo dinámico de Leavel y Clark en su explicación del proceso salud enfermedad. Su medición se ha realizado de manera subjetiva y objetiva, tratando de ubicar en categorías de valores las percepciones y manifestaciones de las



condiciones que las personas tienen con respecto a la satisfacción de los aspectos que se le valoran en un momento determinado (31).

2.2.2.1 *Calidad de vida y Artritis Reumatoide*

La calidad de vida es un concepto fundamental en medicina que busca mejorar el bienestar de los pacientes. La Artritis Reumatoide, una enfermedad crónica que afecta a las articulaciones, puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de quienes la padecen.

La Artritis Reumatoide es una enfermedad autoinmune que provoca inflamación en las articulaciones, causando dolor, rigidez y dificultad para moverse. Además de los síntomas físicos, esta condición también puede tener un impacto emocional en los pacientes, afectando su estado de ánimo y su capacidad para llevar una vida normal. En los últimos años, se han realizado avances significativos en el tratamiento de la Artritis Reumatoide, lo que ha permitido mejorar la calidad de vida de los pacientes. Estos medicamentos pueden ayudar a los pacientes a mantenerse activos y llevar una vida más plena. Sin embargo, la calidad de vida no se limita solo al tratamiento farmacológico. Los pacientes con Artritis Reumatoide también se benefician de una serie de intervenciones no farmacológicas, como la fisioterapia y la terapia ocupacional. Estas terapias pueden ayudar a mejorar la movilidad, fortalecer los músculos y reducir el dolor, lo que contribuye a una mejor calidad de vida. Además, el apoyo psicológico y emocional también juega un papel fundamental en el bienestar de los pacientes con Artritis Reumatoide. Los grupos de apoyo, las terapias de relajación y la educación sobre la enfermedad pueden ayudar a los pacientes a afrontar mejor los desafíos emocionales asociados con la Artritis Reumatoide y a desarrollar estrategias para mantener una actitud



positiva. Es importante destacar que la calidad de vida no solo se refiere a la ausencia de síntomas físicos, sino también a la capacidad de los pacientes para llevar una vida plena y satisfactoria. Esto incluye poder participar en actividades sociales, mantener relaciones saludables y disfrutar de hobbies y pasatiempos. En conclusión, la Artritis Reumatoide puede tener un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, gracias a los avances en medicina, existen diversas opciones de tratamiento que pueden mejorar los síntomas y prevenir el daño articular. Además de los medicamentos, las terapias no farmacológicas y el apoyo emocional también desempeñan un papel fundamental en el bienestar de los pacientes. Con un enfoque integral y multidisciplinario, es posible mejorar la calidad de vida de las personas que viven con Artritis Reumatoide y ayudarles a llevar una vida plena y satisfactoria.

2.2.3 Capacidad funcional

La capacidad funcional comprendería los atributos relacionados con la salud que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella, y se compone de la capacidad intrínseca de la persona, las características del entorno que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características. La capacidad intrínseca se articula con la combinación de todas las capacidades físicas y mentales con las que cuenta una persona. La salud de las personas mayores se debe medir en términos de función y no de enfermedad, ya que la funcionalidad es la que determina la expectativa y la calidad de vida, así como los apoyos o recursos que requerirá cada sector poblacional. Además, la situación funcional previa al desarrollo de discapacidad y dependencia es uno de los mejores indicadores del estado de salud y resulta mejor predictor de discapacidad incidente que la morbilidad (32).



Aunque con el incremento de la edad se produce un declinar del estado funcional y en la salud, las personas mayores no constituyen un grupo homogéneo, presentando una amplia gama de estados de salud y de función. La salud en la vejez es un proceso acumulativo que dependerá también, en gran medida, de su estilo de vida y comportamiento. La edad cronológica es un factor de riesgo no modificable, pero no es sinónimo de enfermedad, ni de discapacidad ni dependencia. Sin embargo, mantener una buena capacidad funcional va a suponer un componente crucial del éxito del envejecimiento (33).

Suele evaluarse a través del grado de autonomía que se posee para realizar una serie de actividades cotidianas relacionadas con el cuidado personal o actividades básicas de la vida diaria y otras de manejo del entorno o actividades instrumentales de la vida diaria (33).

2.2.3.1 *Capacidad funcional y Artritis Reumatoide*

La capacidad funcional se comprende como la capacidad en una persona para realizar las actividades sin supervisión. Uno de los instrumentos recomendados para medir la capacidad funcional es el cuestionario de evaluación de la salud (HAQ por sus siglas en inglés) para evaluar el estado funcional de los pacientes.

La calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes con Artritis Reumatoide se deteriora paulatinamente, incluido el autocuidado, las actividades cotidianas, así mismo, hay una disminución de la capacidad funcional y la productividad en relación con las actividades profesionales, lo que ocasiona consecuencias económicas debido al tratamiento, rehabilitación (34).

En pacientes con AR si no reciben un tratamiento adecuado el 20-30% quedarán permanentemente discapacitados para trabajar dentro de tres años posteriores al



diagnóstico y después de 10 años con la enfermedad, el 80% de los pacientes serán permanentemente incapaces de trabajar y llegarán a convertirse en discapacitados (34).

2.2.4 *Los instrumentos de medida*

La capacidad de medir longitudinalmente de manera efectiva la calidad de vida relacionada con la salud es fundamental para describir los impactos. de enfermedad, tratamiento u otras agresiones (35).

Los instrumentos utilizados para la medición de estados de salud y calidad de vida son cuestionarios estructurados (36).

Los cuestionarios, al tiempo que sacrifican la riqueza de datos obtenidos por una entrevista personal, aportan mucha practicidad, son formas eficientes y confiables de recoger información, en especial cuando se utilizan en estudios longitudinales en los que se requiere mediciones reiteradas en el tiempo. Algunos pacientes, además, se sienten más cómodos cuando tienen que contestar un cuestionario que si tienen que hablar con un entrevistador (36).

Estos cuestionarios están compuestos por preguntas o ítems. La dimensión a medir se considera una variable latente. Un ítem es un punto de indagación de la variable latente, la cual se pondrá de manifiesto a través de la respuesta de la persona a esa pregunta (36)

Los instrumentos de calidad de vida cumplen con dos funciones: sirven para alertar al clínico acerca de la repercusión sintomática y los efectos secundarios, y ayudan por lo tanto al manejo terapéutico del paciente; por otra parte, pretenden evaluar la calidad de vida global y sus distintas dimensiones (36).

A su vez, permitirán evaluar las intervenciones en salud de modo de mejorar los resultados y disponer de los recursos de manera más adecuada (36).



2.2.4.1 *Instrumentos de medida en Artritis Reumatoide*

2.2.4.1.1 *Haq*

El cuestionario de Evaluación de la Salud (HAQ) fue desarrollado originalmente en 1978 por el Dr. James F. Fries y sus colegas de la Universidad de Stanford (35).

Se trata de un instrumento hoy ampliamente usado para medir discapacidad funcional. Éste mide la capacidad del paciente para vestirse, levantarse, alimentarse, caminar, asearse, alcanzar, coger y otras actividades de la vida diaria (37).

Numerosos estudios evidencian que el HAQ detecta cambios del estado clínico adecuadamente y por ello la sección de discapacidad es utilizada como uno de los principales indicadores de resultado en los ensayos clínicos de Artritis Reumatoide (37).

Ha sido validado en numerosos estudios y disciplinas. Se ha demostrado repetidamente que posee validez aparente y de contenido mediante comparación con otros instrumentos en múltiples enfermedades. La validez de constructo/convergente, la validez predictiva y la sensibilidad al cambio también se han establecido en numerosos estudios observacionales y ensayos clínicos (37).

La versión española del Health Assessment Questionnaire fue traducida y adaptada en 1993 por J. Esteve-Vives et al. 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) (5).

2.2.4.1.2 *Qol-ra (arthritis life quality of life scale)*

El cuestionario QoL-RA es una herramienta válida y confiable para medir la calidad de vida en pacientes con AR, fue desarrollado y publicado en inglés y adaptado en forma



simultánea al español, este evalúa 8 aspectos a través de 8 preguntas, que incluyen: habilidades físicas, interacción con la familia y los amigos, y salud. Las mismas se contestan a través de una escala visual numérica correspondiendo el valor 1 a muy mala calidad de vida y 10 a excelente. Su valor total se calcula mediante el promedio de sus componentes. Este cuestionario mostró validez de criterio y de constructo y no requiere licencia para su uso (38).

La calidad de vida se considera un importante aspecto a evaluar en pacientes con Artritis Reumatoide. El ACR (American College of Rheumatology) y OMERACT (Outcome Measures in Rheumatoid Arthritis Clinical Trials) reconocen la necesidad de utilizar diferentes herramientas con este objetivo (38).

Una ventaja adicional del QoL-RA es la rapidez con la que los pacientes completaron el cuestionario y el tiempo que se necesita para calcularlo, requiriendo un total menor a dos minutos. Esto lo convierte en una herramienta fácil de incorporar en la práctica diaria en el consultorio, así mismo demostró muy buena confiabilidad con un valor de alpha de Cronbach de 0,95 (38).

Tijhuis de Jong, Zwinderman, Zuijderduin, Jansen, Da Novatada y Vlieland (2001) en Holanda aplicaron la encuesta de Calidad de Vida para Artritis Reumatoide, a dos grupos de pacientes con AR, (210 y 300 personas respectivamente), un primer grupo con grandes dificultades para desempeñarse en las actividades cotidianas y el segundo grupo con la sintomatología de enfermedad estable. Se evaluaron las asociaciones entre las dimensiones y las medidas de incapacidad, así como la calidad de vida, (estado funcional y actividad de la enfermedad). El análisis se llevó a cabo para investigar si se podían distinguir una o más dimensiones de calidad de vida dentro de esta encuesta. Se



encontraron resultados similares con respecto a la asociación entre las dimensiones del QoL-RA y la calidad de vida en los dos grupos de pacientes. El análisis de la regresión mostró que podrían explicarse 75% de la variación de los puntajes del QoL-RA con las variables de calidad de vida (estado funcional y actividad de la enfermedad). Por lo que concluyeron que este es un instrumento válido para medir calidad de vida en diferentes poblaciones de pacientes con AR (39).

2.3 Hipótesis

2.3.1 Hipótesis general

Existe una relación estadísticamente significativa y negativa entre calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide del hospital II de Abancay 2023-2024.

2.3.2 Hipótesis específicas

1. Existe una relación estadísticamente significativa entre los factores biológicos, psicosociales, y clínico epidemiológicos con la calidad de vida de los pacientes de artritis re Artritis Reumatoide Artritis Reumatoide en el hospital II de Abancay 2023-2024.
2. Existe una relación estadísticamente significativa entre los factores biológicos, psicosociales, y clínico epidemiológicos con la capacidad funcional de los pacientes de Artritis Reumatoide en el hospital II de Abancay 2023-2024.



2.4 Variables

2.4.1 *Identificación de variables, dimensiones e indicadores*

A. Variable dependiente

Calidad de vida en el paciente con Artritis Reumatoide

B. Variable independiente

Capacidad funcional en el paciente con Artritis Reumatoide

C. Variables intervinientes

1. Factores biológicos

- 1.1. Edad
- 1.2. Sexo

2. Factores psicosociales

- 2.1. Inactividad física
- 2.2. Estado civil
- 2.3. Grado de instrucción
- 2.4. Estabilidad laboral
- 2.5. Ocupación
- 2.6. Años de diagnostico

3. Factores clínicos/epidemiológicos

- 3.1. Tratamiento de la enfermedad
- 3.2. Control regular



2.4.2 *Operacionalización de variables*



Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Tipo de variable	Escala de medición	Indicador	Expresión final	Instrumento
V.D: CALIDAD DE VIDA	Percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones	Calidad de vida valorada por la escala Quality Of Life In Rheumatoid Arthritis (Qol-Ra Scale)	Físico Ayuda Dolor Tensión Salud Artritis Interacción Estado de ánimo	Cuantitativa	De intervalo	Según puntaje de la escala rheumatoid arthritis life quality of life scale (anexo 1)	<ul style="list-style-type: none"> • Muy baja • Baja • Regular • Alta • Muy alta 	Ficha de recolección de datos
V.I: CAPACIDAD FUNCIONAL	Relación que se produce entre el individuo y el entorno en el que vive, y cómo interactúan	Capacidad funcional valorada por a escala Health Assessment Questionnaire (Haq) (anexo 2)	Vestirse y asearse Levantarse Comer Caminar Higiene Alcanzar Prensión Otras	Cuantitativa	De intervalo	Según puntaje de la escala health assessment questionnaire (haq) (anexo 2)	<ul style="list-style-type: none"> • Ligera • Moderada • Severa 	
VARIABLES INTERVINIENTES: FACTORES BIOLOGICOS, PSICOSOCIALES Y CLINICO EPIDEMOLOGICOS	Clasificación de hombre y mujer según características anatómicas y cromosómica	Edad en años anotado en el instrumento de la recolección de datos	Biológica	Cualitativa	Nominal	Sexo	Masculino femenino	
	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el	Sexo de paciente anotado en el instrumento de		Cuantitativa	Ordinal	Edad	Edad en años	



	momento de la entrevista para la recolección de datos	recolección de datos												
	Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja y su situación legal respecto a esto	Estado civil del paciente anotado en el instrumento de la recolección de datos	Psicosocial	Cualitativa	Nominal	Estado civil	*casado							
	Grado de estudios realizados	Grado de instrucción del paciente anotado en el instrumento de la recolección de datos					Cualitativa		Nominal	Grado de instrucción	*conviviente			
	permanencia en el empleo que una persona tiene con su empleador, esta se mantenga en el tiempo, que no termine de un momento a otro sin motivo	Estado laboral del paciente									Cualitativa	Nominal	Estabilidad laboral	*separado
	conjunto de trabajos con las mismas tareas	Ocupación del paciente anotado en el												Cualitativa
						*viudo								
						*soltero								
						*sin nivel								
							*preescolar							
							*primaria							
							*secundaria							
							*superior							
							*sí							
							*no							
							Ocupación:							



	y deberes principales	instrumento de la recolección de datos						
	Proceso en el que se identifica una enfermedad, afección o lesión por sus signos y síntomas	Años de diagnóstico del paciente anotado en el instrumento de la recolección de datos		Cualitativa	Nominal	Años de diagnóstico	*< 1 año *1-5 años *6-10 años *11-15 años *16-20 años *>21 años	
	Conjunto de medidas y estrategias que tienen como objetivo principal curar, aliviar o prevenir enfermedades	Paciente con tratamiento a la fecha para artritis reumatoide	Clínica/epidemiológica	Cualitativa	Nominal	Tratamiento de la enfermedad	*sí *no	
	Grado de afectación de las condiciones de vida del paciente con diagnóstico de dermatitis atópica, de acuerdo a la escala infants dermatitis quality of life	Frecuencia de controles en un rango de 3 meses con el especialista		Cualitativa	Nominal	Control regular	*sí *no	



2.5 Definición de términos

2.5.1 *Artritis Reumatoide:*

Enfermedad crónica de las articulaciones, con inflamación de la membrana sinovial y progresiva deformidad de los huesos, especialmente patente en las manos (40)

2.5.2 *Calidad de vida:*

Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer la vida agradable, digna y valiosa (41)

2.5.3 *Capacidad funcional:*

Es la capacidad de ejecutar tareas y desempeñar roles en la vida diaria (42)



CAPITULO III: MÉTODO

3.1 Alcance del estudio

- El alcance del estudio corresponde al tipo descriptivo porque se va a observar el comportamiento de las variables sin manipularlas y la correlación que existe entre ellas.
- Según el paradigma aplicado: Cuantitativo, porque se aplicará pruebas de hipótesis
- Según el tiempo de recolección de datos: Transversal, ya que la investigación se basa en un grupo de personas en un momento determinado o en el transcurso de un periodo corto
- Según el periodo y secuencia del estudio: Analítico, porque las variables serán sujetas a relación por métodos estadísticos el cual pretende establecer una relación y/o correlación.
- El tipo de estudio será de tipo descriptivo, cuantitativo, transversal, analítico

3.2 Diseño de la investigación

El diseño de la investigación corresponde a una investigación no experimental, porque no existe manipulación de variables. Se observan situaciones existentes no manipulables. La población de estudio está compuesta por pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide que asisten al hospital II de Abancay, que corresponde a un hospital de categoría (II-1), durante el periodo 2023-2024.

3.3 Población

3.3.1 Descripción de la población

Población universo: Pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el hospital II- Essalud de la ciudad de Abancay, periodo 2023-2024

Población objetivo: Pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide que asistan a consulta externa durante (Noviembre 2023-Enero 2024) en el hospital II- Essalud de la ciudad de Abancay, periodo 2023-2024



ENDOCRINOLOGIA	2	1				1	1	3	8
M05.9	2	1				1	1	3	8
MEDICINA COMPLEMENTARIA	3				1				4
M05.9	3				1				4
MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA				2					2
M05.9				2					2
MEDICINA FISICA Y REHABILITACION			1	1	1				3
M05.9			1	1	1				3
MEDICINA GENERAL	7	15	18	3	13	7	9	11	83
M05.9	7	15	18	3	13	7	9	11	83
MEDICINA INTERNA	11	4	3	2	3	6	3	2	34
M05.9	11	4	3	2	3	6	3	2	34
MEDICINA OCUPACIONAL Y DEL MEDIO AMBIENTE				1					1
M05.9				1					1
NEFROLOGIA	1	1	1						3
M05.9	1	1	1						3
ONCOLOGIA MEDICA			1					1	2
M05.9			1					1	2
REUMATOLOGIA	36	40	48	33	27	35	38	37	294
M05.9	36	40	48	33	27	35	38	37	294
UROLOGIA GENERAL								1	1
M05.9								1	1
Total general	60	61	72	42	45	49	51	55	435

Unidad de investigación: Todo paciente diagnosticado con Artritis Reumatoide en el hospital II- Essalud de la ciudad de Abancay, que acuda a consulta y sea evaluado mediante el cuestionario de calidad de vida y capacidad funcional durante el periodo Noviembre 2023-Enero 2024

3.4 Muestra

La muestra está conformada por los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el hospital II- Essalud de la ciudad de Abancay.

3.4.1 Criterios de inclusión y exclusión

3.4.1.1 Criterios de inclusión

- Pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide por historia clínica mediante criterios de EULAR en el hospital II- Essalud de la ciudad de Abancay, periodo 2023-2024.
- Pacientes que deseen participar en el estudio

3.4.1.2 Criterios de exclusión

- Pacientes en tratamiento de otras enfermedades que puedan confundir el diagnóstico
- Pacientes con incapacidad física o intelectual para poder contribuir con la encuesta
- Pacientes que se encuentren en proceso diagnóstico de Artritis Reumatoide



3.4.2 Muestreo

$$n = \frac{Z^2 P (1 - P)}{d^2}$$

Se aplico la fórmula de población infinita para un objetivo que estima prevalencia (43)

Donde se obtuvo:

- $Z = 3.89$ al 99.99% de confianza
- $p = 1\%$, Hoy en día la tasa de prevalencia global de Artritis Reumatoide es de alrededor del 1 % (2)
- $d = 4\%$

StatCalc - Sample Size and Power

Population survey or descriptive study
For simple random sampling, leave design effect and clusters equal to 1.

Confidence Level	Cluster Size	Total Sample
80%	10	10
90%	16	16
95%	22	22
97%	27	27
99%	36	36
99.9%	55	55
99.99%	71	71

Population size: 294

Expected frequency: 1 %

Acceptable Margin of Error: 4 %

Design effect: 1.0

Clusters: 1

Realizando el cálculo respectivo del tamaño de muestra mediante el programa Epi Info se ha obtenido $n=71$. No obstante, usando criterios de inclusión y exclusión se obtuvo un tamaño muestral total de $n=72$ para sopesar la no respuesta.



3.5 Técnicas e instrumentos y procedimientos de recolección de datos.

La recolección de datos tiene como base a los cuestionarios validados por expertos internacionalmente los cuales son **Quality of Life in Rheumatoid Arthritis (QOL-RA Scale)** y **Health Assessment Questionnaire (HAQ)** los cuales son aplicados de manera personal bajo la supervisión y autorización del hospital II-Essalud, Abancay.

3.6 Validez y confiabilidad del instrumento

3.6.1 Haq

La consistencia interna y fiabilidad de aplicación del HAQ fue evaluada mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,972 (5)

Tabla 1

Ficha técnica del HAQ

FICHA TECNICA	
NOMBRE	Health Assessment Questionnaire (HAQ)
AUTOR	Fries JF (original-EEUU) / Esteve-Vives J (traducido-ESPAÑA)
FORMA ADMINISTRACION	DE Encuesta personal
USUARIOS	Pacientes con Artritis Reumatoide
TIEMPO APLICACION	DE 5-10 minutos
CORRECCION	Ninguna
PUNTUACION	Media de las 8 dimensiones, por lo que su recorrido varía entre 0 (no discapacidad) y 3 (máxima discapacidad)
ASPECTOS NORMATIVOS	Propone evaluar la capacidad funcional como instrumento específico en relación a Artritis Reumatoide
SIGNIFICACION	Identificar máxima discapacidad o no discapacidad
EVALUACION INSTRUMENTO	DE Evalúa el grado de dificultad física autopercebida para realizar 20 actividades de la vida diaria agrupadas en 8 dimensiones: Vestirse Levantarse Comer Caminar Higiene personal Alcanzar objetos Presión Otros



Tabla 2

Ficha técnica del HAQ, información adicional

	VERSIÓN ORIGINAL	VERSIÓN ESPAÑOLA
NOMBRE	Health Assessment Questionnaire	Cuestionario de evaluación funcional para enfermos reumáticos
AUTORES	Fries JF	Esteve-Vives J
PAÍS	Estados Unidos	España
REFERENCIA	J Rheumatol 19:789-793, 1982	Rev Esp Reumatol 1999; 26: 38-45



3.6.2 QoL-RA

La consistencia interna y fiabilidad de aplicación del QoL-RA fue evaluada mediante el alfa de Cronbach con un valor de 0,95. (38)

Tabla 3

Ficha Técnica del QoL-RA

FICHA TECNICA QoL-RA	
NOMBRE	Quality of Life in Rheumatoid Arthritis QOL-RA
AUTOR	Danao,L ; Padilla,G,Johnson D (original-EEUU) / Danao,L ; Padilla,G, Johnson D (traducido-Colombia)
FORMA DE ADMINISTRACION	Encuesta personal
USUARIOS	Pacientes con Artritis Reumatoide
TIEMPO DE APLICACIÓN	1,7 ± 0,42 minutos
CORRECCION	Ninguna
PUNTUACION	1: muy mala calidad de vida y 10: excelente calidad de vida
ASPECTOS NORMATIVOS	Propone evaluar la calidad de vida como instrumento específico en relación a Artritis Reumatoide
SIGNIFICACION	Identificar la calidad de vida
EVALUACION DE INSTRUMENTO	8 preguntas, que incluyen: habilidades físicas, interacción con la familia y los amigos, y salud. Las mismas se contestan a través de una escala visual numérica correspondiendo el valor

Tabla 4

Ficha Técnica del QoL-RA, información adicional

	VERSIÓN ORIGINAL	VERSIÓN ESPAÑOLA
NOMBRE	Quality of Life in Rheumatoid Arthritis	Cuestionario de calidad de vida en Artritis Reumatoide
AUTORES	Danao,L ; Padilla,G, Johnson D	Danao,L;Padilla,G, Johnson D
PAÍS	Estados Unidos	Colombia
REFERENCIA	Danao, L.L., Padilla, G.V. and Johnson, D.A. (2001), An English and Spanish quality of life measure for rheumatoid arthritis. <i>Arthritis & Rheumatism</i> , 45: 167-173. <a href="https://doi.org/10.1002/1529-0131(200104)45:2<167::AID-ANR170>3.0.CO;2-X">https://doi.org/10.1002/1529-0131(200104)45:2<167::AID-ANR170>3.0.CO;2-X	Danao, L.L., Padilla, G.V. and Johnson, D.A. (2001), An English and Spanish quality of life measure for rheumatoid arthritis. <i>Arthritis & Rheumatism</i> , 45: 167-173. <a href="https://doi.org/10.1002/1529-0131(200104)45:2<167::AID-ANR170>3.0.CO;2-X">https://doi.org/10.1002/1529-0131(200104)45:2<167::AID-ANR170>3.0.CO;2-X



3.7 Técnica de análisis de datos

La recolección de datos se realizó previa autorización de los directivos del hospital II de Abancay, mediante la vía documental correspondiente. Posteriormente, los datos obtenidos fueron descritos mediante tablas de frecuencia y porcentaje. En el caso de los niveles de calidad de vida obtenidos en la encuesta QoL-RA, estos fueron baremados, agrupando la puntuación original de calidad de vida, en 05 niveles (muy baja, baja, regular, alta, y muy alta). De la misma forma, los puntajes de la prueba HAQ fueron clasificados en 03 niveles de capacidad funcional (discapacidad ligera, moderada y severa).

Previa aplicación de las pruebas estadísticas, se comprobó la normalidad de los datos, mediante la prueba de Shapiro Wilk. Comprobada la no normalidad de los puntajes en los instrumentos de QOL y HAQ, se emplearon técnicas estadísticas no paramétricas como la prueba de Mann Whitney, y el coeficiente de correlación de Spearman. Ambas técnicas se aplicaron mediante el programa SPSS versión 26.



CAPITULO IV: RESULTADOS

4.1 Resultados por objetivos específicos

Resultados descriptivos para variables intervinientes

Tabla 5

Resultados descriptivos para las variables intervinientes

Factores biológicos		
Sexo	<i>f</i>	%
Femenino	65	90.28%
Masculino	7	9.72%
Edad	<i>f</i>	%
Menor a 30 años	2	2.78%
30-60 años	52	72.22%
Mayor a 60 años	18	25.00%
Factores psicosociales		
Estado civil	<i>f</i>	%
Casado	32	44.44%
Conviviente	11	15.28%
Separado	3	4.17%
Divorciado	1	1.39%
Viudo	7	9.72%
Soltero	18	25.00%
Nivel de instrucción	<i>f</i>	%
Sin nivel	2	2.78%
Primaria complete	1	1.39%
Secundaria complete	19	26.39%
Superior	50	69.44%
Empleo	<i>f</i>	%
Ocupado	51	70.83%
No ocupado	21	29.17%
Ocupación	<i>f</i>	%
Profesional	38	52.78%
Ama de casa	16	22.22%
Comerciante	7	9.72%
Cesante	5	6.94%
Otros	6	8.33%
Factores clínicos-epidemiológicos		
Antigüedad del diagnóstico	<i>f</i>	%
Menos de un año	5	6.94%
Entre 1-5 años	22	30.56%
Entre 6-10 años	15	20.83%
Entre 11-15 años	11	15.28%
Entre 16-20 años	8	11.11%
>21 años	11	15.28%
Tratamiento de la enfermedad	<i>f</i>	%
Si	72	100.00%
No	0	0.00%
Control regular	<i>f</i>	%
Si	66	91.67%
No	6	8.33%
Total	72	100.00%

Nota. Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento.



Análisis e interpretación

En la tabla anterior se muestran los principales resultados de acuerdo a las variables intervinientes, agrupadas en factores biológicos, factores psicosociales, y factores clínico-epidemiológicos. En lo que respecta a los factores biológicos, se consideró la edad y el sexo del paciente. En cuanto al sexo, las respuestas obtenidas de pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide son mayormente femeninas, en un número de 65 pacientes (90.28%). Por otra parte, las respuestas masculinas corresponden a 07 pacientes (9.72%). De acuerdo a la variable edad, se ha determinado que 02 pacientes (2.78%) cuentan con menos de 30 años de edad al momento de la aplicación del instrumento, 52 pacientes (72.22%) se encuentran dentro del rango etario de 30-60 años, por otra parte 18 pacientes (25.00%) cuentan con más de 60 años. Por lo tanto, de acuerdo a los factores biológicos considerados, la muestra se puede caracterizar, en su mayoría como conformada por mujeres entre 30-60 años de edad.

Dentro de los factores psicosociales, se han considerado el estado civil del paciente, el grado de instrucción, su estado laboral, y su ocupación. En lo que respecta al estado civil, se tiene que 32 pacientes (44.44%) son casados, 11 pacientes (15.28%) son convivientes, 03 pacientes (4.17%) son separados, 01 paciente (1.39%) es divorciado, 07 pacientes (9.72%) son viudos y 18 pacientes (25.00%) son solteros. Por lo tanto, los grupos de pacientes más numerosos son los casados. En lo que respecta al nivel de instrucción, se ha observado que 02 pacientes (2.78%) reportan no tener nivel alguno, mientras que 01 paciente (1.39%) indica tener primaria completa, mientras que 19 pacientes (26.39%) señalan tener secundaria completa, 50 pacientes (69.44%) indican tener un nivel de instrucción superior, siendo este grupo el mayoritario. En lo que respecta al estado laboral de los participantes al momento de la encuesta, 51 pacientes



(70.83%) reportan estar ocupados, mientras que 21 pacientes (29.17%) no cuentan con ocupación alguna. El nivel de pacientes ocupados predomina en la muestra. En lo que respecta a su ocupación principal, 38 pacientes (52.78%) reportan ser profesionales, mientras que 16 pacientes (22.22%) tienen como principal ocupación ser ama de casa, 07 pacientes (9.72%) son comerciantes, 05 pacientes (6.94%) son cesantes, y 6 (8.33%) tienen otra ocupación. Por lo tanto, se puede afirmar que la mayoría de pacientes son profesionales.

Dentro de los factores clínicos epidemiológicos, se consideró la antigüedad del diagnóstico, el acceso al tratamiento de la enfermedad y el control regular. En lo que respecta a la antigüedad del diagnósticos, 05 pacientes (6.94%) reportan tener menos de un año de diagnóstico, 22 pacientes (30.56%) reportan tener el diagnóstico entre 1-5 años de antigüedad, mientras que 15 pacientes (20.83%) reportan tener el diagnóstico entre 6-10 años de antigüedad, 11 pacientes (15.28%) señalan tener el diagnóstico entre 11-15 años de antigüedad, 08 pacientes (11.11%) cuentan con el diagnóstico entre 16-20 años de antigüedad, y 11 pacientes (15.28%) indican que su diagnóstico tiene una antigüedad mayor a 21 años. En lo que concierne al tratamiento de la enfermedad, 72 pacientes (100%) de los participantes indican que siguen el tratamiento de la enfermedad. En lo que respecta al control regular se tiene que 66 pacientes (91.67%) indican que mantienen control regular de la enfermedad, mientras que 6 (8.33%) no realizan un control regular de su condición.



Primer objetivo específico

Determinar la relación entre los factores biológicos, psicosociales, y clínico epidemiológicos con la calidad de vida de los pacientes con Artritis Reumatoide en el hospital II de Abancay 2023-2024.

Tabla 6

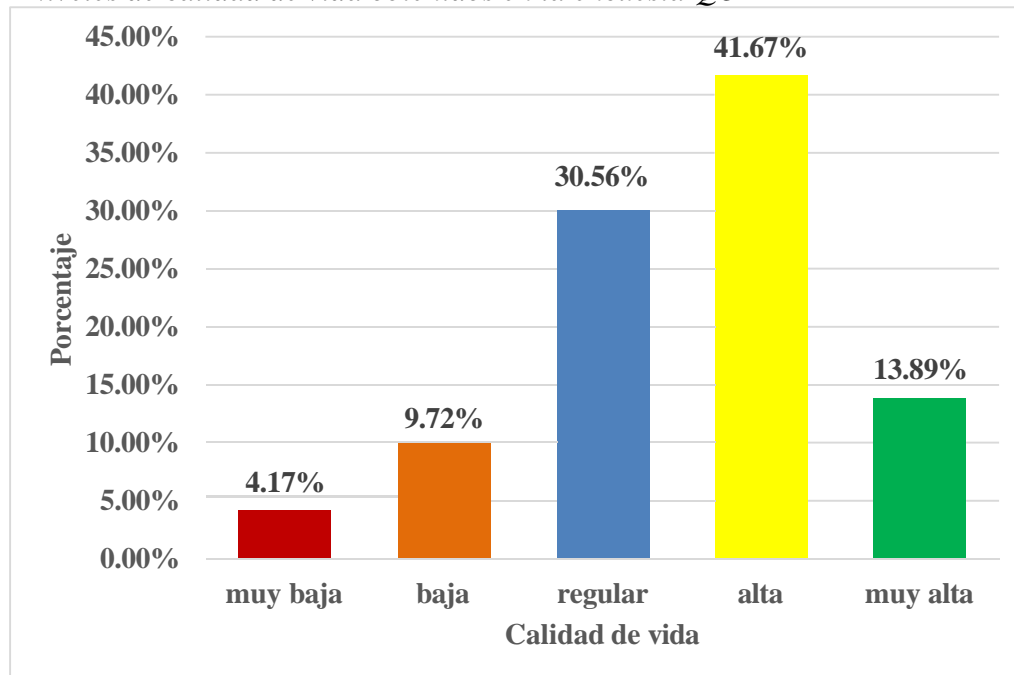
Niveles de calidad de vida obtenidos en la encuesta QOL-RA

Nivel de calidad de vida	Rango de puntuación	f	%
Muy baja	(1.0-2.7 pts.)	3	4.17%
Baja	(2.7-4.4 pts.)	7	9.72%
Regular	(4.4-6.1 pts.)	22	30.56%
Alta	(6.1-7.8 pts.)	30	41.67%
Muy alta	(7.8-9.5 pts.)	10	13.89%
Total		72	100.00%

Nota. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos

Figura 1

Niveles de calidad de vida obtenidos en la encuesta QOL-RA



Nota. Elaboración propia a partir de los datos obtenidos

Análisis e interpretación

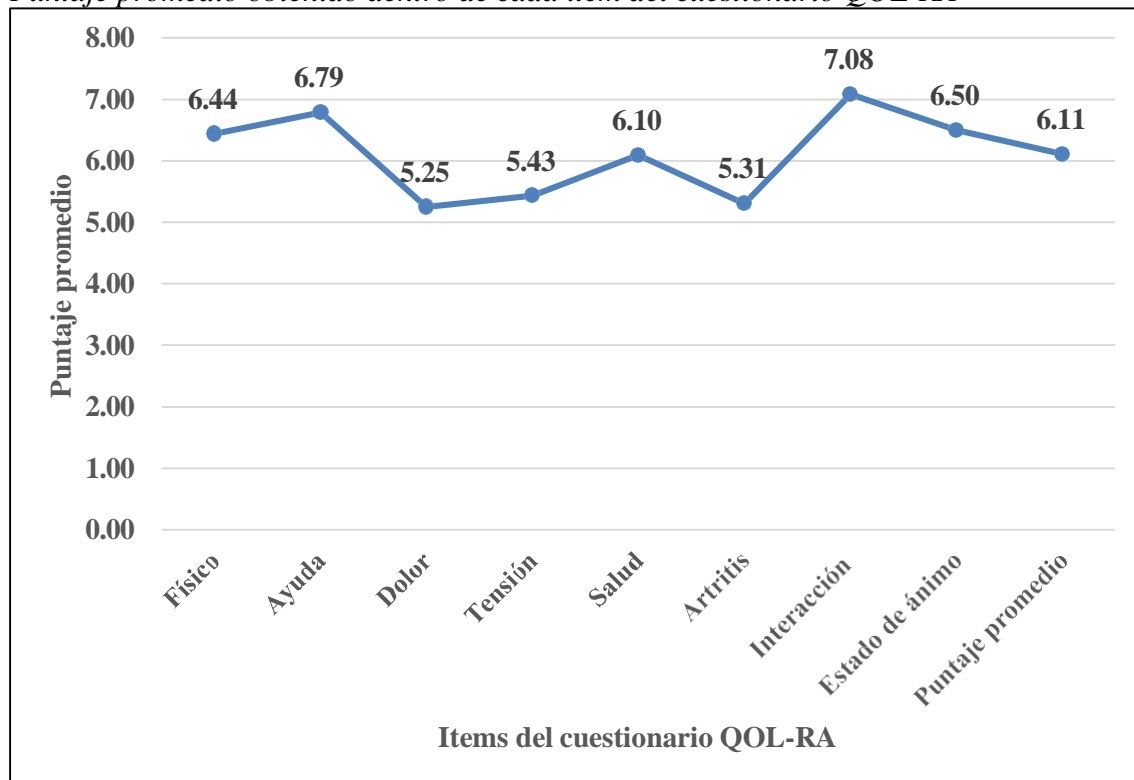
En la tabla y figura anterior se describen los niveles de calidad de vida obtenidos en la encuesta QOL-RA, clasificados en 05 categorías de calidad de vida. Se puede



observar que 03 pacientes (4.17%) tuvieron una valoración global de muy baja calidad de vida, 07 pacientes (9.72%) obtuvieron un puntaje que se tradujo en una baja calidad de vida, mientras que 22 pacientes (30.56%) obtuvieron un puntaje que se tradujo en una calidad de vida regular, 30 pacientes (41.67%) cuentan con un nivel de calidad de vida alta, y 10 pacientes (13.98%) cuentan con un nivel de calidad de vida muy alta. Por lo tanto, de acuerdo a los resultados obtenidos en la encuesta QoL-RA, la calidad de vida de los pacientes puede caracterizarse como alta.

Figura 2

Puntaje promedio obtenido dentro de cada ítem del cuestionario QOL-RA



Nota. Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento.

Análisis e interpretación

En la figura precedente se muestra el puntaje promedio dentro de cada una de los 08 aspectos de calidad de vida que considera el cuestionario QoL-RA. El puntaje promedio de todas las respuestas en la muestra es de 6.11 puntos, siendo el puntaje



más alto de 7.08, en la dimensión de interacción, y el puntaje menor de 5.25 puntos correspondiente a la dimensión de dolor. Por lo que se puede afirmar que los pacientes por lo general, perciben un alto nivel en la dimensión de interacción, por otra parte, el dolor artrítico afecta severamente la calidad de vida de los pacientes, y no es manejado adecuadamente.

A. Para los factores biológicos

Tabla 7

Descripción de los niveles de la calidad de vida según sexo

Sexo	Nivel de calidad de vida									
	Muy baja		Baja		Regular		Alta		Muy alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Femenino	3	100.00%	7	100.00%	21	95.45%	25	83.33%	9	90.00%
Masculino	0	0.00%	0	0.00%	1	4.55%	5	16.67%	1	10.00%
Total	3	100.00	7	100.00%	22	100.00%	30	100.00%	10	100.00%
Prueba de U Mann Whitney: U=153 p-valor=0.159										

Nota. Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento.

Análisis e interpretación

Se observa que, del total de pacientes con muy baja calidad de vida, 03 pacientes (100.00%) son mujeres, y 0 son varones, debido a la falta de cantidad de pacientes varones que participaron en el estudio. Por otra parte, en lo que respecta a baja calidad de vida, el total de pacientes con baja calidad de vida corresponde únicamente a 07 pacientes (100.00%) mujeres, y 0 son varones. En lo que respecta a la calidad de vida regular, 21 pacientes mujeres (95.45%) reportan tener calidad de vida regular, mientras que 1 paciente varón (4.55%) reporta tener calidad de vida regular. En lo que se refiere al nivel de calidad de vida alta, se tiene que 25 pacientes (83.33%) fueron mujeres, y 05 pacientes (16.67%) fueron varones. En cuanto al nivel de calidad muy alta, 09 pacientes mujeres (90.00%), reportaron tener un nivel de calidad de vida muy alta mientras que 01 paciente (10.00%) fue varón. Por lo tanto, se puede determinar que en general, las pacientes mujeres experimentan menor calidad de vida, a



comparación de los pacientes varones. No obstante, este resultado, y en particular la ausencia de pacientes varones en los peores niveles de calidad de vida, se puede explicar por la poca presencia de pacientes varones en el estudio.

Se aplicó U-Mann Whitney para determinar diferencias entre las medias del puntaje en la encuesta QoL-RA de varones y mujeres. De acuerdo al p-valor obtenido, no es posible rechazar la hipótesis nula, por lo tanto, se puede afirmar que el puntaje medio de calidad de vida entre varones y mujeres es indistinto, en un sentido estadístico, y para un nivel de significancia del 5%.

Tabla 8

Descripción de los niveles de calidad de vida según edad

Edad	Nivel de calidad de vida									
	Muy baja		Baja		Regular		Alta		Muy alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
<30 años	0	0.00%	0	0.00%	1	4.55%	0	0.00%	1	10.00%
30-60 años	1	33.33%	4	57.14%	16	72.73%	23	76.67%	8	80.00%
> 60 años	2	66.67%	3	42.86%	5	22.73%	7	23.33%	1	10.00%
Total	3	100.00%	7	100.00%	22	100.00%	30	100.00%	10	100.00%
Rho de Spearman = -0.209, p-valor=0.078										

Nota. Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento.

Análisis e interpretación

En lo que respecta a los niveles de calidad de vida, de acuerdo a los intervalos etarios se obtuvieron los siguientes resultados. En primer lugar, para los pacientes con muy baja calidad de vida, Ningún paciente menor de 30 años reporta tener una calidad de vida muy baja, mientras que 01 paciente (33.33%) cuenta con una edad entre 30-60 años, se tiene que 02 pacientes (66.67%) corresponden a pacientes mayores a 60 años. Para el nivel de calidad de vida baja, ningún paciente menor de 30 años reporta tener un nivel malo de calidad de vida, mientras que 04 pacientes (57.14%) con edades entre los 30-60 años se encuentran dentro de este nivel, así como 03 pacientes (42.86%) con edades mayores a los 60 años. En lo que respecta al nivel de calidad de vida regular,



01 paciente (4.55%) menor de 30 años reporta tener una calidad de vida regular, mientras que 16 pacientes (72.73%) con edades entre 30-60 años reporta tener este nivel de calidad vida, y 05 pacientes (22.73%) con edad mayor de 60 años, indican tener un nivel de calidad de vida regular. En lo que respecta a la calidad de vida alta, ningún paciente menor de 30 años reporta tener una calidad de vida alta, mientras que 23 pacientes (76.67%) con edades entre 30-60 años reportan tener calidad de vida alta, y 07 pacientes (23.33%) mayores a 60 años reportan tener una calidad de vida alta. Dentro del nivel de calidad de vida muy alta, se han determinado que 01 paciente (10.00%) contaba con menos de 30 años, mientras que 08 pacientes (80.00%) de edades entre 30-60 años reportan tener una calidad de vida muy alta. Solamente 01 paciente (10.00%) con más de 60 años reporta tener una calidad de vida muy alta. De esta manera, se puede afirmar que el grupo etario más numeroso corresponde al grupo de pacientes con edades 30-60 años, reporta tener en promedio una calidad de vida regular-alta. Por otra parte, son los pacientes con más de 60 años (pocos en esta muestra) quienes tienen una calidad de vida inferior al resto de grupos etarios.

De acuerdo al coeficiente Rho de Spearman obtenido para determinar el grado de asociación entre la edad del paciente y la calidad de vida (Rho de Spearman = -0.209, p-valor = 0.078), se puede observar indicios de una correlación negativa pero débil, entre la edad y la calidad de vida. Más aún, esta correlación no es estadísticamente significativa para un 5% de significancia.



B. Para los factores psicosociales

Tabla 9

Nivel de calidad de vida según el estado civil del paciente

Estado civil	Nivel de calidad de vida									
	Muy baja		Baja		Regular		Alta		Muy alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Casado	1	33.33%	6	85.71%	12	54.55%	9	30.00%	4	40.00%
Conviviente	0	0.00%	1	14.29%	4	18.18%	5	16.67%	1	10.00%
Separado	1	33.33%	0	0.00%	0	0.00%	1	3.33%	1	10.00%
Divorciado	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	3.33%	0	0.00%
Viudo	0	0.00%	0	0.00%	2	9.09%	5	16.67%	0	0.00%
Soltero	1	33.33%	0	0.00%	4	18.18%	9	30.00%	4	40.00%
Total	3	100.00%	7	100.00%	22	100.00%	30	100.00%	10	100.00%
Prueba de Chi cuadrado: $\chi^2 = 22.0$ g.l.=20 p-valor=0.340										

Nota. Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento.

Análisis e interpretación

En lo que respecta a la relación entre el estado civil del paciente, y el nivel de calidad de vida se han obtenido los siguientes resultados. Primero, en el nivel de calidad de vida muy baja, se ha determinado 01 paciente (33.33%) es casado, 01 paciente (33.33%) es separado y 01 paciente (33.33%) es soltero los cuales reportan tener un nivel de calidad de vida muy baja. Para el nivel de calidad de vida baja, se tiene que 06 pacientes (85.71%) son casados, mientras que 01 paciente (14.29%) es conviviente. Para el nivel de calidad de vida regular, se tiene que 12 pacientes (54.55%) son casados, mientras que 04 pacientes (18.18%) son convivientes, mientras que 02 pacientes (9.09%) son viudas y 04 pacientes (18.18%) son solteros y reportan una calidad de vida regular. Por lo tanto, se observa que la calidad de vida regular, tiene una incidencia superior en pacientes casados. Dentro del nivel de calidad de vida alta, se tiene que 09 pacientes (30.00%) son casados, 05 pacientes (16.67%) son convivientes, 01 paciente (3.33%) es separado, 01 paciente (3.33%) es divorciado, 05 pacientes (16.67%) son viudos y 09 pacientes (30.00%) son solteros y cuentan con una calidad de vida alta. En cuanto a las pacientes con calidad de vida muy alta, se



tiene que 4 pacientes (40.00%) son casados, así mismo 01 paciente (10,00%) es conviviente de igual forma 01 paciente (10.00%) es separado, divorciados y viudos no reportan tener calidad de vida muy alta debido a que no hubo pacientes que indicaron tener ese estado civil, de igual forma 4 pacientes (40.00%) son solteros.

En la prueba de Chi cuadrado, se ha obtenido un estadístico de prueba $\chi^2 = 22.0$, con 20 grados de libertad y un correspondiente p-valor=0.340. Dado que el p-valor es mayor al nivel de significancia de 0.05, no se pudo rechazar la hipótesis nula. Es decir, se puede afirmar que no existe una relación estadísticamente significativa entre el estado civil, y el nivel de calidad de vida del paciente.

Tabla 10

Nivel de calidad de vida según el nivel educativo del paciente

Nivel educativo	Nivel de calidad de vida									
	Muy baja		Baja		Regular		Alta		Muy alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Sin nivel	0	0.00%	2	28.57%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%
Primaria	0	0.00%	0	0.00%	1	4.55%	0	0.00%	0	0.00%
Secundaria	0	0.00%	2	28.57%	5	22.73%	10	33.33%	2	20.00%
Superior	3	100.00%	3	42.86%	16	72.73%	20	66.67%	8	80.00%
Total	3	100.00%	7	100.00%	22	100.00%	30	100.00%	10	100.00%
Prueba de Chi cuadrado: $\chi^2 = 23.8$										
					g.l.=12		p-valor=0.022			

Nota. Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento.

Análisis e interpretación

En lo que respecta a la relación de la calidad de vida con el nivel educativo, se obtuvieron los siguientes resultados. Dentro del nivel de calidad de vida muy baja, se ha podido determinar que 03 pacientes (100.00%) cuentan con educación superior reportan tener una calidad de vida muy baja. En lo que respecta a la calidad de vida baja, 02 pacientes (28.57%) no contaban con nivel educativo alguno, mientras que 02 pacientes (28.57%) cuentan con secundaria completa y 03 pacientes (42.86%) cuentan con educación superior. En lo que respecta al nivel de calidad de vida regular, se tiene



que 01 paciente (4.55%) cuenta con primaria completa, 05 pacientes (22.73%) con secundaria completa y 16 pacientes (72.73%) con educación superior reportan tener calidad de vida regular. Dentro del grupo de pacientes con calidad de vida regular, se observa la clara preponderancia del grupo de pacientes con educación superior. En lo que respecta a las pacientes con calidad de vida muy alta, se tiene que 10 pacientes (33.33%) cuentan con educación secundaria y 20 pacientes (66.77%) cuentan con educación superior. No se registraron casos de pacientes con niveles educativos inferiores, lo que puede indicar que existe una correlación entre el nivel educativo y el nivel de calidad de vida. Dentro de las pacientes con calidad de vida muy alta, 02 pacientes (20.00%) cuentan con secundaria completa y 08 pacientes (80.00%) cuentan con educación superior. Luego, es posible observar la clara dominancia del grupo con nivel educativo superior dentro de los niveles alto y muy alto de calidad de vida. Esto se puede explicar parcialmente por la predominancia de este grupo educativo dentro de las respuestas obtenidas.

Para determinar la presencia de asociación entre el nivel educativo y la calidad de vida, se ha aplicado una prueba de Chi cuadrado. En la prueba se obtuvo un p-valor de $0.022 < 0.05$, lo que permite rechazar la hipótesis nula, es decir, se puede afirmar que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel educativo del paciente y la calidad de vida.

Tabla 11

Nivel de la calidad de vida según la condición de empleo del paciente

Empleo	Nivel de calidad de vida									
	Muy baja		Baja		Regular		Alta		Muy alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Si	2	66.67%	3	42.86%	17	77.27%	20	66.67%	9	90.00%
No	1	33.33%	4	57.14%	5	22.73%	10	33.33%	1	10.00%
Total	3	100.00%	7	100.00%	22	100.00%	30	100.00%	10	100.00%
Prueba U Mann-Whitney			U=406		p-valor=0.110					

Nota. Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento.



Análisis e interpretación

En lo que respecta a la condición de empleo y el nivel de calidad de vida se obtuvieron los siguientes resultados. En lo que respecta a las pacientes con muy baja calidad de vida, se tiene que 02 pacientes (66.67%) están empleadas y 01 paciente (33.33%) no cuenta con empleo. En lo que respecta a las pacientes con nivel de vida bajo, se tiene que 03 pacientes (42.86%) de ellas están empleadas, mientras que 04 pacientes (57.14%) no están empleadas. Dentro del grupo de pacientes con calidad de vida regular, se tiene que 17 pacientes (77.27%) están empleadas y 05 (22.73%) no están empleadas. Dentro del nivel de pacientes con nivel de calidad de vida alta, 20 pacientes (66.67%) están empleadas y 10 pacientes (33.33%), no están empeladas. En el nivel de calidad de vida muy alta, se observa que 09 pacientes (90.00%) están empleadas y 01 paciente (10.00%) no cuenta con empleo. De esta forma, se puede observar que en los niveles de calidad más altos predomina la presencia de personas empleadas, reduciéndose el porcentaje de personas desempleadas. Esto indica la posible relación entre la empleabilidad y la calidad de vida.

Mediante la prueba de U Mann Whitney, se ha obtenido un p-valor de 0.110, lo que indica que no existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de QOL entre pacientes empleados y desempleados, para un nivel de 5% de significancia.

Tabla 12
Nivel de calidad de vida, según la ocupación del paciente

Ocupación	Nivel de calidad de vida									
	Muy baja		Baja		Regular		Alta		Muy alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Profesional	2	66.67%	2	28.57%	13	59.09%	15	50.00%	6	60.00%
Ama de Casa	1	33.33%	4	57.14%	4	18.18%	7	23.33%	0	0.00%
Comerciante	0	0.00%	1	14.29%	3	13.64%	2	6.67%	1	10.00%
Cesante	0	0.00%	0	0.00%	1	4.55%	4	13.33%	0	0.00%
Empleado	0	0.00%	0	0.00%	1	4.55%	2	6.67%	0	0.00%
Técnico	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	2	20.00%
Estudiante	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	1	10.00%
Total	3	100.0%	7	100.0%	22	100.0%	30	100.0%	10	100.0%
Prueba de Chi cuadrado: $\chi^2 = 31.91$					g.l.=24		p-valor=0.13			



Nota. Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento.

Análisis e interpretación.

En lo que respecta a los resultados de la relación del tipo de ocupación y la calidad de vida se obtuvieron los siguientes resultados. Dentro del nivel de calidad de vida muy baja, se identificó que 02 pacientes (66.67%) eran profesionales y 01 paciente (33.33%) era ama de casa. Dentro del nivel bajo de calidad de vida, se tiene, que 02 pacientes (28.57%) ejercen su profesión, y 04 pacientes (57.14%) son amas de casa. En lo que respecta a las pacientes con nivel de calidad de vida regular, se tiene que 13 pacientes (59.09%) ejercían su profesión, 04 pacientes (18.18%) eran amas de casa y 03 pacientes (13.64%) eran comerciantes, 01 paciente (4.55%) era cesante y 01 paciente (4.55%) era empleado. Por lo tanto, se encontró que, dentro de grupo con nivel de calidad de vida regular, priman las pacientes profesionales. En lo que respecta a las pacientes que cuentan con calidad de vida alta, se tiene que 15 pacientes (50.00%) son profesionales, mientras que 07 pacientes (23.33%) eran amas de casa, 02 pacientes (6.67%) eran comerciantes, 04 pacientes (13.33%) eran cesantes y 02 pacientes (6.67%) eran empleados. En lo que respecta las pacientes con calidad de vida muy alta, 6 pacientes (60.00%) eran por pacientes profesionales, 01 paciente (10.00%) era comerciante, 02 pacientes (20.00%) son pacientes que ejercen labor técnica y 01 paciente (10.00%) era estudiante. Por lo tanto, se puede afirmar que la calidad de vida, en sus niveles altos en particular, está asociada al ejercicio profesional, aunque este hecho se puede deber a la preponderancia de las pacientes profesionales dentro de la muestra.

Mediante la prueba de Chi cuadrado, se ha podido determinar que el tipo de ocupación, no presenta una relación estadísticamente significativa con el nivel de calidad de vida,



dado un estadístico de prueba $\chi^2 = 31.91$ y un p-valor=0.13, mayor que el nivel de significancia de 0.05.

C. Para los factores clínicos-epidemiológicos

Tabla 13

Nivel de calidad de vida según la antigüedad del diagnóstico

Antigüedad de diagnóstico	Nivel de calidad de vida									
	Muy baja		Baja		Regular		Alta		Muy alta	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Menos de un año	0	0.00%	0	0.00%	2	9.09%	0	0.00%	3	30.00%
Entre 1-5 años	2	66.67%	1	14.29%	4	18.18%	10	33.33%	5	50.00%
Entre 6-10 años	1	33.33%	3	42.86%	5	22.73%	6	20.00%	0	0.00%
Entre 11-15 años	0	0.00%	1	14.29%	4	18.18%	6	20.00%	0	0.00%
Entre 16-20 años	0	0.00%	1	14.29%	2	9.09%	5	16.67%	0	0.00%
>21 años	0	0.00%	1	14.29%	5	22.73%	3	10.00%	2	20.00%
Total	3	100.0%	7	100.0%	22	100.0%	30	100.0%	10	100.0%

Rho de Spearman = -0.163, p-valor = 0.170

Nota. Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento.

Análisis e interpretación

En lo que respecta a la antigüedad del diagnóstico y la calidad de vida, se obtuvieron los siguientes resultados. Dentro del grupo con calidad de vida muy baja, se tiene que 02 pacientes (66.67%) cuentan con un diagnóstico entre 1-5 años, y 01 paciente (33.33%) cuenta con diagnóstico entre 6-10 años. En lo que respecta al grupo de pacientes con calidad de vida baja, 01 paciente (14.29%) cuenta con diagnóstico entre 1-5 años, 03 pacientes (42.86%) cuenta con una antigüedad de diagnóstico entre 6-10 años. 01 paciente (14.29%) cuenta con diagnóstico entre 11-15 años, de igual forma 01 paciente (14.29%) cuenta con diagnóstico entre 16-20 años y 01 paciente (14.29%) cuenta con diagnóstico mayor a 21 años. Dentro del grupo de pacientes de nivel de calidad regular, 02 pacientes (9.09%) cuentan con un diagnóstico entre 1-5 años, 4 pacientes (18.18%) cuentan con un diagnóstico entre 1-5 años, así mismo se tiene que 05 pacientes (22.73%) cuentan con una antigüedad de diagnóstico entre 6-10 años. 4 pacientes (18.18%) cuentan con una antigüedad de diagnóstico entre 11-15 años, 2



pacientes (9.09%) cuentan con una antigüedad de diagnóstico entre 16-20 años, de manera similar 05 pacientes (22.73%) cuentan con una antigüedad de diagnóstico mayor a 21 años. En lo que respecta a los pacientes con calidad de vida alta, 10 pacientes (33.33%) cuenta con un diagnóstico entre 1-5 años, mientras que 06 pacientes (20.00%) cuentan con antigüedad de 6-10 años y 06 pacientes (20.00%) cuentan con antigüedad de diagnóstico entre 11-15 años. 05 pacientes (16.67%) cuentan con antigüedad de diagnóstico entre 16-20 años y 03 pacientes (10.00%) cuentan con antigüedad de diagnóstico mayor a 21 años. En lo que respecta al grupo de pacientes con calidad de vida muy alta, 03 pacientes (30.00%) cuentan con antigüedad de diagnóstico menor de un año, 05 pacientes (50.00%) cuentan con antigüedad de diagnóstico entre 1-5 años y 02 pacientes (20.00%) cuentan con antigüedad de diagnóstico mayor a 21 años.

De acuerdo al Rho de Spearman obtenido de -0.163 se puede esperar una correlación leve y negativa entre la antigüedad del diagnóstico y la calidad de vida, no obstante, esta relación no ha determinado como estadísticamente significativa, para un nivel de significancia del 5%.



Tabla 14

Nivel de calidad de vida según el control regular de la enfermedad

Control regular de la enfermedad	Nivel de calidad de vida									
	Muy baja		Baja		Regular		Alta		Muy alta	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Si	3	100.00%	7	100.00%	19	86.36%	28	93.33%	9	90.00%
No	0	0.00%	0	0.00%	3	13.64%	2	6.67%	1	10.00%
Total	3	100.0%	7	100.0%	22	100.0%	30	100.0%	10	100.0%
Prueba de U-Mann Whitney: U=198					p-valor = 1.00					

Nota. Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento.

Análisis e interpretación

En lo que respecta a los resultados del control regular de la enfermedad y el nivel de calidad de vida se tiene los siguientes resultados. Para los niveles de calidad de vida muy bajo se tiene que 3 pacientes (100.00%) realiza un control de regular de la enfermedad. Para los niveles de calidad de vida bajo se tiene que 7 pacientes (100.00%) realiza un control de regular de la enfermedad. En el nivel de calidad de vida regular, 19 pacientes (86.36%) realiza el control regular, y 03 pacientes (13.64%) no lo realizan. En el nivel de calidad de vida alta, 28 pacientes (93.33%) realizan el control regular de la enfermedad, mientras que 02 pacientes (6.67%) no realizan este control. En pacientes con calidad de vida muy alta, 09 pacientes (90.00%) realizan el control regular, mientras que 1 paciente (10.00%) no realiza el control regular de la enfermedad.

De acuerdo a la prueba de U-Mann Whitney, se ha obtenido un p-valor > 0.05 , lo que indica que no existe diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de calidad de vida, entre pacientes con tratamiento regular, y aquellos con tratamiento irregular.



Segundo objetivo específico

Determinar la relación entre los factores biológicos, psicosociales, y clínico epidemiológicos con la capacidad funcional de los pacientes con Artritis Reumatoide en el hospital II de Abancay 2023-2024.

Tabla 15

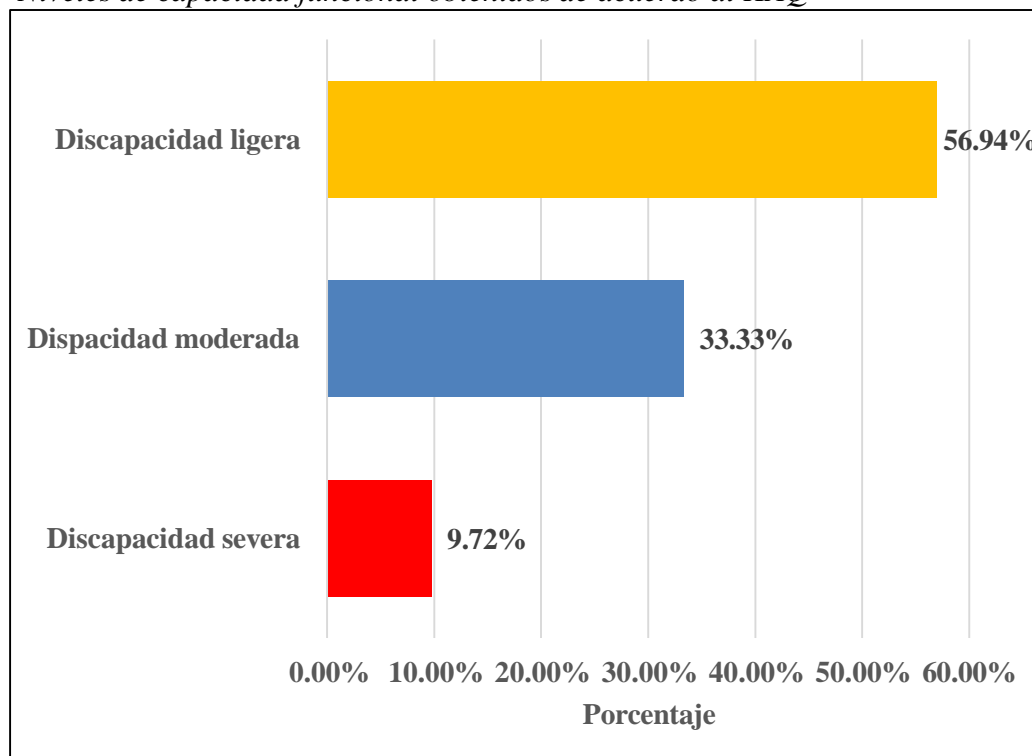
Niveles de capacidad funcional obtenidos de acuerdo al HAQ

Niveles de capacidad funcional	Rango de valores	<i>f</i>	%
Ligera	[0.00 - 0.92 pts.]	41	56.94%
Moderada	(0.92 - 1.80 pts.)	24	33.33%
Severa	(1.80 - 2.80 pts.)	7	9.72%
Total		72	100.00%

Nota. Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento.

Figura 3

Niveles de capacidad funcional obtenidos de acuerdo al HAQ



Nota. Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento.

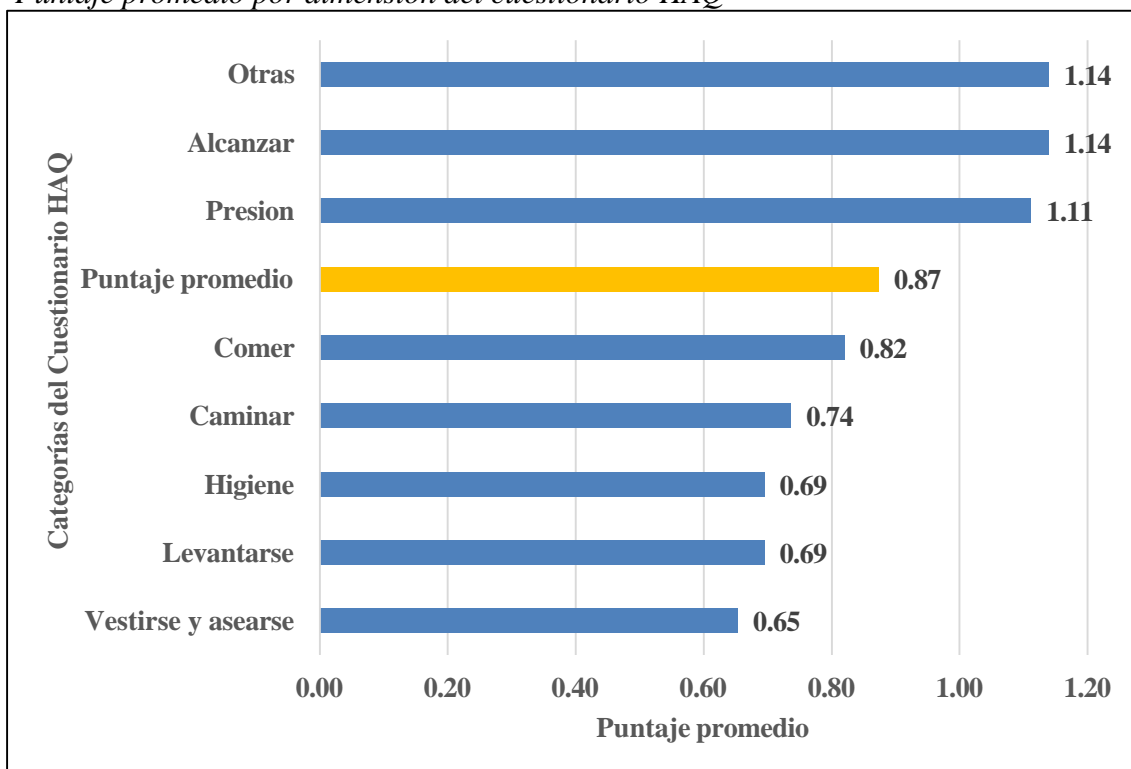


Análisis e interpretación

En lo que respecta a la capacidad funcional dentro de la muestra, medida por el HAQ. Se ha podido determinar que 41 pacientes (56.94%) presentan una discapacidad ligera, mientras que 24 pacientes (33.33%) cuentan con una discapacidad moderada, y 07 pacientes (9.72%) reportan tener discapacidad severa. Por lo tanto, de manera general, se puede afirmar que el nivel discapacidad ligera, es el más predominante dentro de la muestra.

Figura 4

Puntaje promedio por dimensión del cuestionario HAQ



Nota. Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento.

Análisis e interpretación

En la figura anterior se describe de manera numérica el puntaje promedio de la muestra, dentro de las 08 dimensiones que considera el HAQ. De manera global, se ha determinado un puntaje promedio de 0.87. De acuerdo a las distintas dimensiones consideradas, se puede observar que la dimensión de otras labores del hogar, alcanzar,



y presión obtuvieron un puntaje promedio similar, por encima del promedio. Por otra parte, las categorías de comer, caminar, higiene, levantarse, vestirse y asearse contaron con una puntuación por debajo del promedio. En particular, la dimensión de vestirse y asearse conto con una puntuación promedio de 0.65 en la muestra, lo que indica que las pacientes cuentan con un mayor nivel de dificultad en tareas como vestirse solas, atarse los zapatos y realizar solas su aseo personal.

A. Para los factores biológicos

Tabla 16

Nivel de discapacidad según el sexo del paciente

Sexo	Nivel de discapacidad según HAQ					
	Ligera		Moderada		Severa	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Femenino	35	85.37%	23	95.83%	7	100.00%
Masculino	6	14.63%	1	4.17%	0	0.00%
Total	41	100.00%	24	100.00%	7	100.00%

Prueba U-Mann Whitney: U=142, p-valor =0.103

Nota. Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento.

Análisis e interpretación

Los resultados obtenidos concernientes a la distribución de los niveles de disparidad, por sexo, fueron los siguientes. Dentro del grupo de pacientes con discapacidad ligera, se ha determinado que 35 pacientes (85.37%) pertenecen al sexo femenino, mientras, que 6 pacientes (14.63%) pertenecen al sexo masculino. En lo que respecta a los pacientes con discapacidad moderada, se tiene que 23 pacientes (95.83%) eran del sexo femenino y 1 paciente (4.17%) era del sexo masculino. Dentro del grupo de pacientes con discapacidad severa, se ha determinado que las 07 pacientes (100.00%) eran en su totalidad mujeres. Si bien se puede afirmar que las pacientes mujeres presentan niveles altos de discapacidad, esta afirmación debe contrastarse con la poca



participación masculina en el estudio, lo que impide afirmar que exista una diferencia en el nivel de discapacidad según género.

Para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de la HAQ, de acuerdo a género, se aplicó la prueba de U-Mann Whitney. Mediante esta prueba se obtuvo un p-valor > 0.05 . Por lo tanto, es posible afirmar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre puntaje medio de varones y mujeres.

Tabla 17
Nivel de discapacidad según la edad del paciente

Edad	Nivel de discapacidad según HAQ					
	Ligera		Moderada		Severa	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Menor a 30 años	2	4.88%	0	0.00%	0	0.00%
30-60 años	34	82.93%	15	62.50%	3	42.86%
Mayor a 60 años	5	12.20%	9	37.50%	4	57.14%
Total	41	100.00%	24	100.00%	7	100.00%

Rho de Spearman = 0.376, p-valor=0.001

Nota. Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento.

Análisis e interpretación

En lo que respecta al nivel de discapacidad, según la edad del paciente, se obtuvieron los siguientes resultados. Dentro de los pacientes con discapacidad ligera se puede observar, que 02 pacientes (4.88%) son menores a 30 años, siendo éste el único nivel de discapacidad que cuenta con la presencia de menores de 30 años. Por otra parte, 34 pacientes (82.93%) tienen una edad entre 30-60 años, y 05 pacientes (12.20%) cuentan más de 60 años. En lo que se refiere al grupo de pacientes con discapacidad moderada, se tiene que 15 pacientes (62.50%) cuentan con más de 30-60 años, y 09 pacientes (37.50%) tienen más de 60 años. En lo que respecta al nivel de discapacidad severa, se tiene que 03 pacientes (42.86%) tienen entre 30 y 60 años, mientras que 04 pacientes (57.14%) cuentan con más de 60 años.

De acuerdo al Rho de Spearman calculado de 0.376, se puede afirmar que existe una relación moderada-débil y positiva entre la edad del paciente y la discapacidad. Esto



indica que a medida que se incrementa la edad, se incrementa el grado de discapacidad del paciente, y viceversa. Además, este valor es estadísticamente significativo para un nivel de significancia del 5%.

B. Para los factores psicosociales

Tabla 18

Nivel de discapacidad según el estado civil del paciente

Estado Civil	Nivel De Discapacidad Según HAQ					
	Ligera		Moderada		Severa	
	f	%	f	%	f	%
Casado	16	39.02%	14	58.33%	2	28.57%
Conviviente	7	17.07%	2	8.33%	2	28.57%
Separado	2	4.88%	0	0.00%	1	14.29%
Divorciado	0	0.00%	1	4.17%	0	0.00%
Viudo	3	7.32%	4	16.67%	0	0.00%
Soltero	13	31.71%	3	12.50%	2	28.57%
Total	41	100.00%	24	100.00%	7	100.00%
Prueba de Chi cuadrado: $\chi^2 = 12.5$		g.l.=10		p-valor=0.252		

Nota. Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento.

Análisis e interpretación

De acuerdo a la información recopilada en la muestra, se obtuvieron los siguientes resultados correspondientes al nivel de discapacidad por estado civil del paciente. Dentro del grupo de pacientes con discapacidad ligera, se tiene que 16 pacientes (39.02%) eran casados. 07 pacientes (17.07%) eran convivientes, 02 pacientes (4.88%) eran separados, 03 pacientes (7.32%) eran viudos, y 13 pacientes (31.71%) eran solteros. Dentro del grupo de pacientes con discapacidad moderada, se identificaron 14 pacientes (58.33%) eran casados, 02 pacientes (8.33%) eran convivientes, 01 paciente (4.17%) eran divorciados, 04 pacientes (16.67%) eran viudos, 03 pacientes (12.50%) eran solteros. En lo que respecta al grupo de pacientes con discapacidad severa, se tiene que 02 pacientes (28.57%) eran casados. 02 pacientes (28.57%) eran convivientes, 01 pacientes (14.29%) eran separados, 02 pacientes (28.57%) eran solteros.



De acuerdo a la prueba de Chi cuadrado, no se pudo determinar una relación estadísticamente significativa entre el estado civil del paciente y su nivel de discapacidad, con un p-valor mayor al nivel de significancia de 0.05.

Tabla 19

Nivel de discapacidad según el nivel educativo del paciente

Nivel educativo	Nivel de discapacidad según HAQ					
	Ligera		Moderada		Severa	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Sin nivel	0	0.00%	1	4.17%	1	14.29%
Primaria	0	0.00%	1	4.17%	0	0.00%
Secundaria	11	26.83%	7	29.17%	1	14.29%
Superior	30	73.17%	15	62.50%	5	71.43%
Total	41	100.00%	24	100.00%	7	100.00%
Prueba de Chi cuadrado: $\chi^2 = 7.36$			g.l.=6		p-valor=0.29	

Nota. Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento.

Análisis e interpretación

En lo que respecta a los niveles de discapacidad según el nivel educativo de la muestra, se obtuvieron los siguientes resultados. Dentro del nivel de discapacidad ligera, se tiene que 11 pacientes (26.83%) cuentan con un nivel de educación secundaria y 30 pacientes (73.17%) cuentan con educación superior. En el nivel de discapacidad moderada, se tiene que 01 paciente (4.17%) no cuenta con nivel educativo, 01 paciente (4.17%) cuenta con nivel educativo primario, 07 pacientes (29.17%) cuentan con secundaria completa, 15 pacientes (62.50%) cuentan con nivel superior. En el grupo de pacientes con discapacidad severa, se tiene que que 01 paciente (14.29%) no cuenta con nivel educativo, 01 paciente (14.29%) cuenta con nivel educativo secundario y 05 pacientes (71.43%) cuentan con educación superior. De esta manera, se puede observar que el grupo de pacientes con educación superior representa el grupo mayoritario en todos los niveles de discapacidad, dado que este el grupo más numeroso en la muestra. Es decir, no es posible observar una variación del nivel de discapacidad,



que varíe de acuerdo al nivel educativo, en particular, debido a las pocas observaciones en pacientes con niveles de educación distintos al superior.

De acuerdo a la prueba de Chi cuadrado correspondiente, se ha obtenido un p-valor de 0.29. Este p-valor es mayor al nivel de significancia de 0.05. Por lo tanto, no es posible rechazar la hipótesis nula de independencia. Esto es, no se puede afirmar que exista una relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el nivel de discapacidad del paciente.

Tabla 20
Nivel de discapacidad según la condición de empleo del paciente

Empleo	Nivel de discapacidad según HAQ					
	Ligera		Moderada		Severa	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Si	33	80.49%	14	58.33%	4	57.14%
No	8	19.51%	10	41.67%	3	42.86%
Total	41	100.00%	24	100.00%	7	100.00%

Prueba U-Mann Whitney: U=328, p-valor=0.010

Nota. Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento.

Análisis e interpretación

En cuanto a la variación del nivel de discapacidad de acuerdo a la condición de empleo del paciente, se han obtenido los siguientes resultados. En lo que se refiere al nivel de discapacidad ligera, se tiene que 33 pacientes (80.49%) cuentan con empleo, mientras que 08 pacientes (19.51%) no tienen empleo. En lo que respecta a los pacientes con discapacidad moderada, se tiene 14 pacientes (58.33%) son empleados y 10 pacientes (41.67%) se encuentran sin empleo. Dentro del nivel de discapacidad severa, 04 pacientes (57.14%) cuentan con empleo y 03 (42.86%) no cuentan con empleo. Por lo tanto, es posible observar un cambio en el porcentaje de pacientes empleados, dada la progresión de la discapacidad por Artritis Reumatoide, de tal manera, que pacientes con mayor grado de severidad en su discapacidad presentan niveles menores de empleo. Es importante señalar, que la gran parte de pacientes con discapacidad ligera



se mantienen empleados, y es importante diseñar medidas de tratamiento y prevención en sus centros laborales.

De acuerdo a los resultados de la prueba de U-Mann Whitney, es posible afirmar que existe una diferencia estadísticamente significativa en el puntaje medio de HAQ para pacientes empleados y no empleados. En particular, los pacientes empleados reportan un puntaje mejor en 05 puntos en promedio, a comparación de los pacientes no empleados. Por lo tanto, se puede afirmar que los pacientes no empleados presentan un nivel de discapacidad más alto.

Tabla 21
Nivel de discapacidad según la ocupación del paciente

Ocupación	Nivel de discapacidad según HAQ					
	Ligera		Moderada		Severa	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Profesional	24	58.54%	11	45.83%	3	42.86%
Ama de casa	4	9.76%	8	33.33%	4	57.14%
Comerciante	4	9.76%	3	12.50%	0	0.00%
Cesante	3	7.32%	2	8.33%	0	0.00%
Empleado	3	7.32%	0	0.00%	0	0.00%
Técnico	2	4.88%	0	0.00%	0	0.00%
Estudiante	1	2.44%	0	0.00%	0	0.00%
Total	41	100.00%	24	100.00%	7	100.00%
Prueba de Chi cuadrado: $\chi^2 = 14.62$			g.l.=12		p-valor=0.26	

Nota. Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento.

Análisis e interpretación

En lo que concierne a la variación del nivel de discapacidad por ocupación se han obtenido los siguientes resultados. En lo que respecta al nivel de discapacidad ligera, se tiene que 24 pacientes (58.54%) ejercen su profesión, mientras que 04 pacientes (9.76%) son amas de casa y 04 pacientes (9.76%) son comerciantes, 03 pacientes (7.32%) son comerciantes, 03 pacientes (7.32%) son empleados. 02 pacientes (4.88%) son técnicos, y 01 paciente (2.44%) es estudiante. Dentro del grupo de pacientes con discapacidad moderada, se tiene que 11 pacientes (45.83%) son profesionales, 08 pacientes (33.33%) son amas de casa, 03 pacientes (12.50%) son comerciantes, 02



pacientes (12.50%) son cesantes. Aquí se observa que se incrementó la proporción de amas de casa dentro del estrato de discapacidad. En el nivel de discapacidad severa se tiene que 03 pacientes (42.86%) ejercen su profesión, mientras que 04 pacientes (57.14%) son amas de casa. De manera general, se puede apreciar que la profesión más común en la muestra es la de profesionales, contando con altos niveles de representación dentro de los tres niveles de discapacidad.

De acuerdo al p-valor obtenido mediante la prueba de Chi cuadrado, es posible afirmar que no existe una relación estadísticamente significativa entre la ocupación y el nivel de discapacidad, según la HAQ.

C. Para los factores clínicos-epidemiológicos

Tabla 22

Nivel de discapacidad según la antigüedad del diagnóstico

Antigüedad Del Diagnóstico	Nivel De Discapacidad Según HAQ					
	Ligera		Moderada		Severa	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Menos De Un Año	5	12.20%	0	0.00%	0	0.00%
Entre 1-5 Años	16	39.02%	4	16.67%	2	28.57%
Entre 6-10 Años	8	19.51%	5	20.83%	2	28.57%
Entre 11-15 Años	4	9.76%	6	25.00%	1	14.29%
Entre 16-20 Años	3	7.32%	4	16.67%	1	14.29%
>21 Años	5	12.20%	5	20.83%	1	14.29%
Total	41	100.00%	24	100.00%	7	100.00%

Rho de Spearman = 0.30, p-valor =0.010

Nota. Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento.

Análisis e interpretación

En lo que respecta a la relación entre la antigüedad del diagnóstico y el nivel de discapacidad se obtuvieron los siguientes resultados. Dentro del nivel de discapacidad ligera se tiene que 05 pacientes (12.20%) cuentan con un diagnóstico menor a un año, 16 pacientes (39.02%) cuentan con un diagnóstico entre 1-5 años, 08 pacientes (19.51%) cuentan con un diagnóstico entre 6-10 años, 04 pacientes (9.76%) cuentan



con un diagnóstico entre 11-15 años, 03 pacientes (7.32%) cuentan con un diagnóstico entre 16-20 años y 05 pacientes (12.20%) cuentan con un diagnóstico mayor a 21 años. Dentro de los pacientes con discapacidad moderada, se tiene que 04 pacientes (16.67%) tiene un diagnóstico entre 1-5 años, 5 pacientes (20.83%) cuentan con un diagnóstico entre 6-10 años, 06 pacientes (25.00%) cuentan con un diagnóstico entre 11-15 años, y 04 pacientes (16.67%) cuentan con un diagnóstico entre 16-20 años y 05 pacientes (20.83%) cuentan con un diagnóstico mayor a 21 años. Dentro del nivel de discapacidad severa, se tiene que 02 pacientes (28.57%) cuentan con diagnósticos de antigüedad entre 1-5 años, 02 pacientes (28.57%) cuentan con diagnóstico de antigüedad entre 6-10 años, 01 paciente (14.29%) cuentan con un diagnóstico entre 11-15 años, 01 paciente (14.29%) cuentan con un diagnóstico entre 16-20 años y 01 paciente (14.29%) cuenta con un diagnóstico mayor a 21 años.

De acuerdo al valor del Rho de Spearman calculado de 0.30, se tiene evidencias de una correlación débil y positiva entre la antigüedad del diagnóstico, y el grado de discapacidad según HAQ, además que esta correlación es estadísticamente significativa. Es decir, el grado de discapacidad aumenta a medida que incrementa la antigüedad de diagnóstico de Artritis Reumatoide, de manera ligera.



Tabla 23

Nivel de discapacidad según el control regular de la enfermedad

Control regular de la enfermedad	Nivel de discapacidad según HAQ					
	Ligera		Moderada		Severa	
	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%	<i>f</i>	%
Si	35	85.37%	24	100.00%	7	100.00%
No	6	14.63%	0	0.00%	0	0.00%
Total	41	100.00%	24	100.00%	7	100.00%
Prueba de U-Mann Whitney: U=117, p-valor = 0.098						

Nota. Elaboración propia a partir de la aplicación del instrumento.

Análisis e interpretación

En lo que respecta a la distribución del nivel de discapacidad, según el control regular de la enfermedad se han encontrado los siguientes resultados. Dentro del nivel de discapacidad ligera, se tiene que 35 pacientes (85.37%) llevan un control regular de la enfermedad, mientras que 06 pacientes (14.63%) no llevan un control regular. Dentro del grupo de pacientes con una discapacidad moderada, se tiene 24 pacientes (100.00%) mantienen el control regular de la enfermedad, de la misma forma, en el grupo de pacientes con discapacidad severa se tiene 07 pacientes (100.00%) que llevan control regular.

De acuerdo con los resultados de la prueba de U-Mann Whitney, no es posible afirmar que exista diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje medio HAQ de pacientes con control regular y pacientes sin control regular, para un 5% de significancia.



4.2 Resultados por objetivo general

Determinar la relación entre la calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide del hospital II de Abancay 2023-2024.

Pruebas de normalidad

Para determinar el tipo de coeficiente de correlación que se debe emplear, se realizó como paso previo la prueba de normalidad de Shapiro-Wilk.

Tabla 24

Prueba de normalidad para las variables de puntaje QoL-RA y puntaje HAQ

	Estadístico	Shapiro-Wilk	
		gl	Sig.
Puntaje QoL-RA	0,938	72	0,002
Puntaje HAQ	0,929	72	0,001

Nota. Elaboración propia mediante el programa SPSS.

De acuerdo a la prueba de normalidad de Shapiro Wilk, se ha obtenido en la variable puntaje QoL-RA, un p-valor menor que 0.05, lo que permite rechazar la hipótesis nula de normalidad. Esto es, se puede rechazar la hipótesis nula de normalidad, lo que implica que el puntaje obtenido para el QoL-RA, no proviene de una distribución normal, lo que requiere la aplicación de coeficientes de correlación no paramétricos, como el coeficiente de Spearman o la Tau-b de Kendall.

De manera similar, mediante la prueba de normalidad sobre el puntaje HAQ, se ha obtenido un p-valor menor que 0.05, lo que permite rechazar la normalidad de esta variable. Por lo tanto, para determinar el grado de asociación entre el puntaje QoL-RA y el puntaje HAQ, se aplicó la correlación no paramétrica (Rho de Spearman).



Cálculo del coeficiente de correlación de Spearman

Tabla 25

Coeficiente de correlación de Spearman entre el puntaje QoL-RA y el puntaje HAQ

		Puntaje QOL- RA	Puntaje HAQ
Puntaje QoL- RA	Coeficiente de correlación	1,000	-0,557**
	Sig. (bilateral)	.	0,000
	N	72	72
Puntaje HAQ	Coeficiente de correlación	-0,557**	1,000
	Sig. (bilateral)	0,000	.
	N	72	72

Nota. Elaboración propia mediante el programa SPSS.

Análisis e interpretación

En la tabla anterior se muestra el valor del Rho de Spearman entre el puntaje QoL-RA y el puntaje HAQ obtenido según la información de la muestra. Mediante el programa SPSS se obtuvo un valor de Rho de Spearman de -0.557, con un p-valor de menor a 0.05. De esta forma, se puede afirmar que existe una relación negativa y moderada entre el puntaje del cuestionario QoL-RA, y del cuestionario HAQ. Esto es, a medida que se incrementa el nivel de discapacidad (según el cuestionario HAQ), se reduce el nivel de calidad de vida (según el cuestionario QoL-RA). Y viceversa, a medida que se reduce el nivel de discapacidad, se incrementa la calidad de vida del paciente. Además, de acuerdo al p-valor obtenido, se puede rechazar la hipótesis nula de no asociación en la población. Es decir, se ha determinado que existe una asociación moderada, y estadísticamente significativa entre el nivel de discapacidad y la calidad de vida de los pacientes con Artritis Reumatoide del hospital II de Abancay, 2023-2024.



4.3 Resultados de la demostración de hipótesis

Para la hipótesis general

En lo que respecta la hipótesis general que planteaba la existencia de una relación estadísticamente significativa y negativa entre calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide del hospital II de Abancay 2023-2024, se ha podido comprobar dicha hipótesis. En particular, mediante el Coeficiente de Correlación de Spearman, se ha determinado un valor de correlación de -0.557 ($p\text{-valor} < 0.001$), que corresponde a una relación negativa y moderada entre la calidad de vida y la capacidad funcional. Además, el $p\text{-valor}$ obtenido es menor al nivel de significancia de 0.05 , lo que permite afirmar que se tiene una asociación negativa y estadísticamente significativa entre la calidad de vida y la capacidad funcional de pacientes con Artritis Reumatoide del hospital II de Abancay 2023-2024.

Para las hipótesis específicas

En lo que concierne a la primera hipótesis específica se buscó identificar relaciones estadísticamente significativas entre los factores biológicos, psicosociales, y clínico epidemiológicos con la calidad de vida de los pacientes de Artritis Reumatoide en el hospital II de Abancay 2023-2024. Dentro de los factores biológicos no se pudieron identificar factores estadísticamente significativos, por ejemplo, con la edad (U-Mann Whitney = 153 , $p\text{-valor} = 0.159$) y el sexo del paciente (Rho de Spearman = -0.209 , $p\text{-valor} = 0.078$). En los factores psicosociales, se determinó que el estado civil del paciente no tiene relación estadísticamente significativa con el nivel de calidad de vida ($\chi^2 = 22.0$, $p\text{-valor} = 0.340$), de la misma forma, no se pudo observar diferencias entre la calidad de vida promedio entre pacientes empleados y no empleados (U-Mann Whitney = 406 , $p\text{-valor} = 0.110$). La ocupación del paciente tampoco representó una relación estadísticamente significativa con la calidad de vida ($\chi^2 = 31.9$, $p\text{-valor} = 0.13$).



No obstante, el nivel educativo si determina una relación estadísticamente significativa con el nivel de calidad de vida del paciente ($\chi^2 = 23.8$, p-valor=0.022). Finalmente, en los factores clínico epidemiológicos, no se observó una relación estadísticamente significativa con la antigüedad del diagnóstico y la calidad de vida (Rho de Spearman = -0.163, p-valor =0.170). De la misma forma, no se observó diferencias entre pacientes que siguen un tratamiento regular y aquellos que no (U-Mann Whitney = 198, p-valor = 1.00).

En lo que concierne a la segunda hipótesis específica se buscó identificar relaciones estadísticamente significativas entre los factores biológicos, psicosociales, y clínico epidemiológicos con el grado de discapacidad de los pacientes con Artritis Reumatoide en el hospital II de Abancay 2023-2024. Dentro de los factores biológicos, no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre sexos y puntaje medio de discapacidad (U-Mann Whitney = 142, p-valor = 0.103). No obstante, sí existe evidencias de una relación positiva moderada y estadísticamente significativa entre la edad y el nivel de discapacidad (Rho de Spearman = 0.376, p-valor =0.001). Dentro de los factores psicosociales, el estado civil no determina una relación estadísticamente significativa con el nivel de discapacidad ($\chi^2 = 12.5$, p-valor=0.252), como tampoco lo hace el nivel educativo ($\chi^2 = 7.36$, p-valor=0.29). No obstante, si se determinó que existen diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje medio de HAQ de pacientes empleados y no empleados (U-Mann Whitney = 328, p-valor = 0.010). En cuanto al tipo de ocupación, se determinó que el campo ocupacional del paciente no influye en su nivel de discapacidad ($\chi^2 = 14.62$, p-valor=0.26). En lo que respecta a los factores clínico epidemiológicos, se determinó que existe una relación positiva, débil y estadísticamente significativa entre la antigüedad del diagnóstico y el nivel de discapacidad (Rho de Spearman = 0.30, p-



valor =0.010). Sin embargo, se identificó que no existe diferencias estadísticamente significativas entre las medias del puntaje de discapacidad entre pacientes con control regular, y pacientes irregulares (U-Mann Whitney = 117, p-valor = 0.098).



CAPITULO V: DISCUSION

5.1 Descripción de los hallazgos más relevantes y significativos

En relación a las variables intervinientes, agrupadas en factores biológicos, factores psicosociales, y factores clínico-epidemiológicos:

En lo que respecta a los factores biológicos, se consideró la edad y el sexo del paciente:

De acuerdo a la variable edad, 52 pacientes (72.22%) se encuentran dentro del rango etario de 30-60 años.

En cuanto al sexo se halló que 65 pacientes (90.28%) son mayoritariamente femeninos.

En lo que respecta a los factores psicosociales, se consideró el estado civil del paciente, el grado de instrucción, su estado laboral, y su ocupación:

En lo que respecta al estado civil, se tiene que 32 pacientes (44.44%) son casados. Por lo tanto, de acuerdo a su frecuencia los grupos de pacientes más numerosos son los casados.

En lo que respecta al nivel de instrucción 50 pacientes (69.44%) indican tener un nivel de educación superior (entre técnico y profesional), siendo este grupo el mayoritario.

En lo que respecta al estado laboral 51 pacientes (70.83%) reportan estar ocupados.

En lo que respecta a su ocupación principal, 38 pacientes (52.78%) reportan ejercer su profesión. Por lo tanto, se puede afirmar que la mayoría de pacientes tiene como principal campo de actividad el desarrollo de su profesión.

En lo que respecta a los factores clínicos epidemiológicos, se consideró la antigüedad del diagnóstico, el acceso al tratamiento de la enfermedad y el control regular:

En relación a la antigüedad del diagnóstico 22 pacientes (30.56%) reportan un tener un diagnóstico entre 1-5 años de antigüedad.



En lo que concierne al tratamiento de la enfermedad el 100% de los participantes indican que siguen el tratamiento de la enfermedad.

En lo que respecta al control regular se tiene que 66 pacientes (91.67%) indican que mantienen control regular de la enfermedad

Respecto al objetivo general:

Determinar la relación entre la calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide del hospital II de Abancay 2023-2024

Se determinó la relación entre calidad de vida y capacidad funcional mediante la aplicación de encuestas validadas internacionalmente (QoL-RA, HAQ) posterior a ello se realizó pruebas de normalidad en este caso la de Shapiro-Wilk obteniendo un p-valor menor que 0.05 y por ello se realizó la aplicación de coeficientes de correlación no paramétricos en este caso el coeficiente de Spearman. Se obtuvo un valor de Rho de Spearman de -0.557, con un p-valor de menor a 0.05. De esta forma, se puede afirmar que existe una relación negativa y moderada entre el puntaje del cuestionario QoL-RA, y del cuestionario HAQ lo cual se traduce a que existe una asociación moderada, y estadísticamente significativa entre el nivel de discapacidad y la calidad de vida lo cual indica que a medida que se incrementa el nivel de discapacidad (según el cuestionario HAQ), se reduce el nivel de calidad de vida (según el cuestionario QoL-RA) y viceversa, a medida que se reduce el nivel de discapacidad, se incrementa la calidad de vida del paciente.



Respecto a los objetivos específicos:

OE1: Determinar la relación entre los factores biológicos, psicosociales, y clínico epidemiológicos con la calidad de vida de los pacientes de Artritis Reumatoide en el hospital II de Abancay 2023-2024.

Se describen los niveles de calidad de vida obtenidos en la encuesta QoL-RA, clasificados en 05 categorías de calidad de vida. Se puede observar que 30 pacientes (41.67%) cuentan con un nivel de calidad de vida alta, y 10 pacientes (13.98%) cuentan con un nivel de calidad de vida muy alta. Por lo tanto, de acuerdo a los resultados la calidad de vida de los pacientes puede caracterizarse como alta.

En relación al puntaje promedio se obtuvo 6.11 puntos, siendo el puntaje más alto de 7.08, en la dimensión de interacción, y el puntaje menor de 5.25 puntos correspondiente a la dimensión de dolor. Por lo que se puede afirmar que los pacientes por lo general, perciben un alto nivel de puntaje en interacción y por otra parte, el dolor artrítico severamente afecta la calidad de vida de los pacientes.

En relación a la descripción de los niveles de la calidad de vida según sexo en general, las pacientes mujeres experimentan menor calidad de vida, a comparación de los pacientes varones. No obstante, llama la atención la ausencia de pacientes varones en los peores niveles de calidad de vida, se puede explicar por la falta de pacientes varones en el estudio. Se aplicó U-Mann Whitney para determinar diferencias entre las medias del puntaje en la encuesta QoL-RA de varones y mujeres no es posible rechazar la hipótesis nula, por lo tanto, se puede afirmar que el puntaje medio de calidad de vida entre varones y mujeres es indistinto, en un sentido estadístico, y para un nivel de significancia del 5%.

En relación a la descripción de los niveles de la calidad de vida según edad en general se puede afirmar que el grupo etario más numeroso, que corresponde al grupo de



pacientes con edades 30-60 años, reporta tener en promedio una calidad de vida regular-alta. De acuerdo al coeficiente Rho de Spearman obtenido para determinar el grado de asociación entre la edad del paciente y la calidad de vida (Rho de Spearman = -0.209, p-valor = 0.078), se puede observar indicios de una correlación negativa pero débil, entre la edad y la calidad de vida. Más aún, esta correlación no es estadísticamente significativa para un 5% de significancia.

En relación a la descripción de los niveles de la calidad de vida según el estado civil, la calidad de vida regular, tiene una incidencia superior en pacientes casados, la calidad de vida alta es similar entre pacientes casados y solteros, en relación a calidad de vida muy alta, no se observan diferencias entre pacientes casadas y solteras. En la prueba de Chi cuadrado, se ha obtenido un estadístico de prueba $\chi^2 = 22.0$, con 20 grados de libertad y un correspondiente p-valor = 0.340. Dado que el p-valor es mayor al nivel de significancia de 0.05, no se pudo rechazar la hipótesis nula. Es decir, se puede afirmar que no existe una relación estadísticamente significativa entre el estado civil, y el nivel de calidad de vida del paciente.

En lo que respecta a la relación de la calidad de vida con el nivel educativo es posible observar la clara dominancia del grupo con nivel educativo superior dentro de los niveles regular, alto y muy alto de calidad de vida, para determinar la presencia de asociación entre el nivel educativo y la calidad de vida, se ha aplicado una prueba de Chi cuadrado. En la prueba se obtuvo un p-valor de $0.022 < 0.05$, lo que permite rechazar la hipótesis nula, es decir, se puede afirmar que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel educativo del paciente y la calidad de vida.

En relación a calidad de vida según la condición de empleo del paciente se demostró que los niveles de calidad más altos predominan la presencia de personas empleadas. Esto indica la posible relación entre la empleabilidad y la calidad de vida. Por otra



parte, este resultado está relacionado con la edad de la paciente, puesto que pacientes mayores y con peor calidad de vida, tienen también a estar desempleadas (cesantes), mediante la prueba de U Mann Whitney, se ha obtenido un p-valor de 0.110, lo que indica que no existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de QoL-RA entre pacientes empleados y desempleados, para un nivel de 5% de significancia.

En relación a calidad de vida, según la ocupación del paciente se puede afirmar que la calidad de vida, en sus niveles altos en particular, está asociada al ejercicio profesional, aunque este hecho se puede deber a la preponderancia de las pacientes profesionales dentro de la muestra, mediante la prueba de Chi cuadrado, se ha podido determinar que el tipo de ocupación, no presenta una relación estadísticamente significativa con el nivel de calidad de vida, dado un estadístico de prueba $\chi^2 = 31.91$ y un p-valor=0.13, mayor que el nivel de significancia de 0.05.

En relación a calidad de vida según la antigüedad del diagnóstico se tiene que los pacientes con una antigüedad de diagnóstico entre 1-5 años, presentan por lo general un nivel de calidad de vida muy alta, a comparación de los grupos con antigüedad de diagnóstico posterior de acuerdo al Rho de Spearman obtenido de -0.163 se puede esperar una correlación leve y negativa entre la antigüedad del diagnóstico y la calidad de vida, no obstante, esta relación no ha determinado como estadísticamente significativa, para un nivel de significancia del 5%.

En relación a calidad de vida según el control regular de la enfermedad el nivel de calidad de vida es regular-alta, de acuerdo a la prueba de U-Mann Whitney, se ha obtenido un p-valor > 0.05 , lo que indica que no existe diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje de calidad de vida, entre pacientes con tratamiento regular, y aquellos con tratamiento irregular.



OE2: Determinar la relación entre los factores biológicos, psicosociales, y clínico epidemiológicos con la capacidad funcional de los pacientes de Artritis Reumatoide en el hospital II de Abancay 2023-2024

En lo que respecta a la capacidad funcional dentro de la muestra, medida por el HAQ, de manera general, se puede afirmar que el nivel discapacidad ligera, es el más predominante dentro de la muestra. 41 pacientes (56.94%) presentan una discapacidad ligera, mientras que 24 pacientes (33.33%) cuentan con una discapacidad moderada, y 07 pacientes (9.72%) reportan tener discapacidad severa.

En relación al puntaje promedio por dimensión del cuestionario HAQ de manera global, se ha determinado un puntaje promedio de 0.87, En particular, la dimensión de vestirse y asearse conto con una puntuación promedio de 0.65 en la muestra, lo que indica que las pacientes cuentan con un mayor nivel de dificultad en tareas como vestirse solas, atarse los zapatos y realizar solas su aseo personal.

En relación a discapacidad según el sexo del paciente si bien se puede afirmar que las pacientes mujeres presentan niveles altos de discapacidad, esta afirmación debe contrastarse con la poca participación masculina en el estudio, lo que impide afirmar que exista una diferencia en el nivel de discapacidad según género. Para determinar si existen diferencias estadísticamente significativas en el puntaje de la HAQ, de acuerdo a género, se aplicó la prueba de U-Mann Whitney. Mediante esta prueba se obtuvo un p-valor > 0.05 . Por lo tanto, es posible afirmar que no existen diferencias estadísticamente significativas entre puntaje medio de varones y mujeres

En relación a discapacidad según la edad del paciente se puede afirmar que existe predominio de discapacidad ligera y moderada en pacientes entre 30-60 años. De acuerdo al Rho de Spearman calculado de 0.376, se puede afirmar que existe una relación moderada-débil y positiva entre la edad del paciente y la discapacidad.



En relación a discapacidad según el estado civil del paciente el mayor grupo de pacientes en la muestra era de los pacientes casados. De acuerdo a la prueba de Chi cuadrado, no se pudo determinar una relación estadísticamente significativa entre el estado civil del paciente y su nivel de discapacidad, con un p-valor mayor al nivel de significancia de 0.05.

En relación a discapacidad según el nivel educativo del paciente el grupo de pacientes con educación superior representa el grupo mayoritario en todos los niveles de discapacidad, dado que este es el grupo más numeroso en la muestra. De acuerdo a la prueba de Chi cuadrado correspondiente, se ha obtenido un p-valor de 0.29. Este p-valor es mayor al nivel de significancia de 0.05. Por lo tanto, no es posible rechazar la hipótesis nula de independencia. Esto es, no se puede afirmar que exista una relación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y el nivel de discapacidad del paciente.

En relación a discapacidad según la condición de empleo del paciente. Es importante señalar, que la gran parte de pacientes con discapacidad ligera se mantienen empleados. De acuerdo a los resultados de la prueba de U-Mann Whitney, es posible afirmar que existe una diferencia estadísticamente significativa en el puntaje medio de HAQ para pacientes empleados y no empleados. En particular, los pacientes empleados reportan un puntaje mejor en 05 puntos en promedio, a comparación de los pacientes no empleados.

En relación a discapacidad según la ocupación del paciente se puede apreciar que la ocupación más común en la muestra es la de profesionales. De acuerdo al p-valor obtenido mediante la prueba de Chi cuadrado, es posible afirmar que no existe una relación estadísticamente significativa entre la ocupación y el nivel de discapacidad, según la HAQ.



En relación a discapacidad según la antigüedad del diagnóstico la muestra está conformada mayormente por pacientes con niveles de discapacidad ligera-moderada, lo que se da con mayor frecuencia en grupos con diagnóstico entre 1-5 años, De acuerdo al valor del Rho de Spearman calculado de 0.30, se tiene evidencias de una correlación débil y positiva entre la antigüedad del diagnóstico, y el grado de discapacidad según HAQ,

En relación a discapacidad según el control regular de la enfermedad la ausencia de control regular principalmente se asocia con el nivel ligero de discapacidad. De acuerdo con los resultados de la prueba de U-Mann Whitney, no es posible afirmar que exista diferencias estadísticamente significativas entre el puntaje medio HAQ de pacientes con control regular y pacientes sin control regular, para un 5% de significancia.

5.2 Limitaciones del estudio

Dentro del presente estudio se encontró ciertas limitaciones.

-El reducido tamaño de la población podría conllevar a comprometer la fidelidad de los resultados, esto implica el compromiso que tendría en relación a la validez externa y por ello extrapolación de datos. Es de suma importancia tener en consideración que los pacientes que fueron parte de la investigación no representan con totalidad a la cantidad de pacientes que padecen Artritis Reumatoide.

-La falta de antecedentes de investigación similares en la región y país.

-Demora en relación a trámites administrativos

5.3. Comparación crítica con la literatura existente

Los instrumentos empleados para la evaluación tanto de la calidad de vida (QoL-RA) y capacidad funcional (HAQ) son escalas que han sido ampliamente usadas y



aplicadas alrededor del mundo por su validez y por su importante aporte en la valoración de los pacientes con Artritis Reumatoide (7).

En relación a las variables intervinientes, agrupadas en factores biológicos, factores psicosociales, y factores clínico-epidemiológicos:

En lo que respecta a la variable edad, 52 pacientes se encuentran dentro del rango etario de 30-60 años, lo que representa el (72.22%) de igual forma al realizar la comparativa con el estudio Cuenca A, (Ecuador 2020) que de 104 pacientes la edad promedio fue de 50 años (7).

A comparación del estudio de Paredes Z, (Perú 2020) En dicho estudio encontramos que de 100 pacientes la edad promedio fue de 60-69 años (11).

En cuanto al sexo se halló que los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide son mayoritariamente femeninos en un número de 65 (90.28%) estos datos coinciden con el estudio de Sosa O, Cáceres V, Lopez M , Rodriguez M (Paraguay 2022) donde se observa supremacía del sexo femenino con el 89.5 % (5).

En lo que respecta al estado civil, se tiene que 32 pacientes (44.44%) son casados. Por lo tanto, de acuerdo a su frecuencia los grupos de pacientes más numerosos son los casados al igual que el estudio de Sosa O, Cáceres V, Lopez M , Rodriguez M (Paraguay 2022) donde se observa supremacía por los casados con un 53%. (5).

Así mismo en lo que respecta al nivel de instrucción 50 pacientes (69.44%) indican tener un nivel de educación superior (entre técnico y profesional), siendo este grupo el mayoritario. Al igual que el estudio de Sosa O, Cáceres V, Lopez M , Rodriguez M (Paraguay 2022) donde se encontro mayoritariamente el nivel terciario-universitario (5).

En relación a la antigüedad del diagnóstico 22 pacientes (30.56%) reportan un tener un diagnóstico entre 1-5 años de antigüedad. Por su parte Paredes Z, (Perú 2020) hallo



una predominancia con 41% en la cual indica que tiene menos de 5 años de enfermedad (11).

Respecto al objetivo general:

Determinar la relación entre la calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide del hospital II de Abancay 2023-2024.

En el presente estudio se puede afirmar que existe una relación negativa y moderada entre el puntaje del cuestionario QoL-RA, y del cuestionario HAQ lo cual se traduce a que existe una asociación moderada, y estadísticamente significativa entre el nivel de discapacidad y la calidad de vida lo cual indica que a medida que se incrementa el nivel de discapacidad (según el cuestionario HAQ), se reduce el nivel de calidad de vida (según el cuestionario QoL-RA) y viceversa, a medida que se reduce el nivel de discapacidad, se incrementa la calidad de vida del paciente, al igual que Sosa O, Cáceres V, Lopez M , Rodriguez M (Paraguay 2022); Naranjo M, (Ecuador 2017); Paredes Z, (Perú 2020); Quispe A, (Perú 2017); (5,9,11,12).

Lo cual refuerza Cuenca A, (Ecuador 2020) en el cual menciona que a medida que avanzan los años de evolución de la enfermedad las puntuaciones del HAQ se incrementan mientras que los puntajes de QoL-RA, disminuyen (7).

Así mismo Espinosa D, Hernández M, Cerdán M, (México 2017) mostro una correlación negativa entre ambas variables.

Respecto a los objetivos específicos:

OE1: Determinar la relación entre los factores biológicos, psicosociales, y clínico epidemiológicos con la calidad de vida de los pacientes de Artritis Reumatoide en el hospital II de Abancay 2023-2024.

Se describen los niveles de calidad de vida obtenidos en la encuesta QoL-RA, clasificados en 05 categorías de calidad de vida. Se puede observar que 30 pacientes



(41.67%) cuentan con un nivel de calidad de vida bueno, y 10 (13.98%) cuentan con un nivel de calidad de vida muy bueno. Por lo tanto, de acuerdo a los resultados la calidad de vida de los pacientes puede caracterizarse como regular-alta, por lo general. Así mismo Sosa O, Cáceres V, Lopez M, Rodriguez M (Paraguay 2022) en su estudio demuestra que en relación a la medición de calidad de vida se identificó que el 85.50% presenta buena calidad de vida y el 3.50% una calidad de vida excelente (muy bueno) (5).

De igual forma Paredes Z, (Perú 2020) demostró en su estudio que el 42% de casos tuvo una buena calidad de vida (11).

En relación al puntaje promedio se obtuvo 6.11 puntos, siendo el puntaje más alto de 7.08, en la dimensión de interacción, y el puntaje menor de 5.25 puntos correspondiente a la dimensión de dolor. Por lo que se puede afirmar que los pacientes por lo general, perciben un alto nivel de soporte familiar en el tratamiento de su enfermedad y ayuda en su condición y por otra parte, el dolor artrítico severamente afecta la calidad de vida de los pacientes.

Así mismo Quispe A, (Perú 2017) en su estudio demuestra que la calidad de vida según: habilidades físicas es de 7.69, ayuda brindada por su familia y amistades: 8.82, dolor artrítico: 6.35 haciendo referencia a que el dolor artrítico severamente afecta la calidad de vida de los pacientes.

Por otra parte, Espinosa D, Hernández M, Cerdán M, (México 2017) en su estudio demostró que el puntaje más alto fue en apoyo con 8.4 y el menor en tensión nerviosa 6.6 (6).

Cuenca A, (Ecuador 2020) identificó en su estudio que el puntaje más bajo fue el de dolor con 5.1, seguido de artritis con 5.2 y tensión nerviosa con 5.9 y los puntajes más altos fueron para las categorías interacción 7.6 y ayuda 7.2 (7).



OE2: Determinar la relación entre los factores biológicos, psicosociales, y clínico epidemiológicos con la capacidad funcional de los pacientes de Artritis Reumatoide en el hospital II de Abancay 2023-2024.

En lo que respecta a la capacidad funcional dentro de la muestra, medida por el HAQ, de manera general, se puede afirmar que el nivel discapacidad ligera, es el más predominante dentro de la muestra. 41 pacientes (56.94%) presentan una discapacidad ligera, mientras que 24 pacientes (33.33%) cuentan con una discapacidad moderada, y 07 pacientes (9.72%) reportan tener discapacidad severa.

Por su parte Paredes Z, (Perú 2020) demostró que en la capacidad funcional el 98% de casos tiene discapacidad, siendo leve (ligera) el 46%, moderada en 44% y severa en 8% (11).

Así mismo Cuenca A, (Ecuador 2020) en su estudio demostró que el 52.9% posee incapacidad ligera, el 32.7% incapacidad moderada y el 14.4% incapacidad severa (7). En relación al puntaje promedio por dimensión del cuestionario HAQ De manera global, se ha determinado un puntaje promedio de 0.87, En particular, la dimensión de vestirse y asearse conto con una puntuación promedio de 0.65 en la muestra, lo que indica que las pacientes cuentan con un mayor nivel de dificultad en tareas como vestirse solas, atarse los zapatos y realizar solas su aseo personal.

Asi mismo Sosa O, Cáceres V, Lopez M , Rodriguez M (Paraguay 2022) en su estudio identifco que en relación a las categorías del cuestionario HAQ los menores puntajes obtenidos en una escala del uno al tres fueron higiene con 0.84, vestirse y asearse con 0.93, indicando menor dificultad para la ejecución de dichas actividades, es decir, incapacidad ligera. Por el contrario, las categorías presión con 1.75, alcanzar con 1.31, comer con 1.74, caminar 1.09 y levantarse con 1.11 y otros con 1.42 fueron las de más alto puntaje, lo que significa mayor dificultad para su ejecución (5).



Por su parte Cuenca A, (Ecuador 2020) demostró que las categorías del cuestionario HAQ con los menores puntajes obtenidos en una escala del uno al tres fueron higiene con 0.7, vestirse con 0.8 y levantarse con 0.9, indicando menor dificultad para la ejecución de dichas actividades, es decir, incapacidad ligera. Por el contrario, las categorías presión con 1.5, alcanzar con 1.5 y otros con 1.4 fueron las de más alto puntaje lo que significa mayor dificultad para su ejecución. La puntuación media total del HAQ fue de 1.1 (7).

5.4. Implicancias del estudio

La presente investigación implica demostrar la relación entre calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide brindando información relevante y actualizada sobre la misma.

Bajo esta premisa se sostendrá el trabajo hacia la identificación y reforzamiento de ciertas actitudes médicas, personales y de desarrollo conjunto para una mejora sostenible hacia la patología, ya que no se trata solamente la enfermedad, si no que el trabajo multidisciplinario influye mucho en la mejoría global de la condición de cada paciente.

De igual forma marcará un hito para el impulso e interés en el desarrollo de trabajos de investigación a mayor escala dentro de nuestra región Apurímac, los cuales tendrán mayor validez externa, así mismo supone como referente para las investigaciones futuras.



CONCLUSIONES

La relación entre la calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide del hospital II de Abancay 2023-2024 mediante la aplicación de encuestas validadas internacionalmente (QoL-RA, HAQ) el posterior se calculó el valor de Rho de Spearman de -0.557, con un p-valor de menor a 0.05. Según la información existe una asociación moderada, y estadísticamente significativa entre el nivel de discapacidad y la calidad de vida lo cual indica que a medida que se incrementa el nivel de discapacidad (según el cuestionario HAQ), se reduce el nivel de calidad de vida (según el cuestionario QoL-RA) y viceversa.

La calidad de vida fue evaluada mediante el cuestionario (QoL-RA). Se puede observar que (41.67%) cuentan con un nivel de calidad de vida alta, se identificó a la calidad de vida como alta, con un puntaje promedio de 6.11 puntos. Identificando predominio por el sexo femenino y con rango de edad de 30-60 años. El estado civil no evidencia diferencias, así mismo la posible relación entre la empleabilidad y la calidad de vida. De igual forma la antigüedad de diagnóstico entre 1-5 años.

La capacidad funcional evaluada por el cuestionario HAQ, de manera general, se puede afirmar que el nivel de discapacidad es ligera (56.94%). En relación al puntaje promedio por dimensión del cuestionario fue de 0.87. La predominancia de sexo fue el femenino, según la edad del paciente se ve predominancia por el rango entre 30-60 años. Así mismo el mayor grupo de pacientes eran casados, el nivel de educación predominante fue el superior, la ocupación más común en la muestra es la de



profesionales, importante señalar, que la gran parte de pacientes con discapacidad ligera se mantienen empleados. por otra parte la antigüedad del diagnóstico cuenta con niveles de discapacidad ligera con mayor frecuencia en el grupo con diagnóstico entre 1-5 años, así mismo el control regular se asocia con el nivel leve de discapacidad.



RECOMENDACIONES

A las autoridades hospitalarias del hospital II-Abancay; persistir e imponer con mayor claridad la solidez en el apoyo constante hacia los investigadores, brindando todas las herramientas necesarias para el desarrollo pleno de las mismas en sus instalaciones impulsando trabajos a mayor escala a futuro. Así mismo implementar en las áreas de atención la formulación de encuestas sobre calidad de vida y capacidad funcional para las diversas patologías, lo cual podría conllevar a desarrollar programas específicos para la evaluación integral de los pacientes por intermedio de profesionales de la salud. Brindando una nueva estrategia para mejorar la atención constante.

A las autoridades universitarias de la Universidad Andina del Cusco; impulsar el desarrollo de una medicina multidisciplinaria hacia las nuevas generaciones, sostener de mejor manera los lazos de investigación con la intención de desarrollar mejores trabajos de investigación día a día, brindar la importancia necesaria hacia patologías que no son tan descritas de manera cotidiana para su propio fortalecimiento y conocimiento global

A los médicos, docentes, estudiantes en general; crear un mayor conocimiento teórico práctico sobre la calidad de vida y capacidad funcional mediante charlas, difusión en línea no solo de la patología descrita y su relación. Si no, con las patologías en general. Ya que es fundamental identificar la relación ya descrita para mejorar la misma y por ende fortalecer el desarrollo multidisciplinario.



A nuestros pacientes del hospital II-Abancay; quienes son por quienes velamos y somos. Persistir de manera frecuente a consulta con el especialista e investigando sobre su propia patología de manera multidisciplinaria, tomar mayor interés por el bienestar propio buscando fortalecer no solamente la parte terapéutica sino buscando una salud integral mediante el manejo multidisciplinario.



REFERENCIAS

1. Klareskog L, Rönnelid J, Saevarsdottir S, Padyukov L, Alfredsson L. The importance of differences; On environment and its interactions with genes and immunity in the causation of rheumatoid arthritis [Internet]. Vol. 287, Journal of Internal Medicine. Blackwell Publishing Ltd; 2020 [citado 29 de abril de 2024]. p. 514-33. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32176395/>
2. Nervo D, Alvan P, Carbajal G, Simbaña P. Rheumatoid arthritis: A general vision [Internet]. 2022 [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962022000200008
3. Salinas A, Huaranga J, Alfaro J, Becerra N, Nieto W, Garcia D, et al. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y manejo inicial de artritis reumatoide en el Seguro Social del Perú (EsSalud). EsSalud [Internet]. 2021 [citado 29 de abril de 2024];109. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rcmhnaaa/v14n4/2227-4731-rcmhnaaa-14-04-510.pdf>
4. Cruz-Castillo Y, Montero N, Salazar-Ponce R, Villacís-Tamayo R. Quality of Life in Ecuadorian Patients With Rheumatoid Arthritis: A Cross-sectional Study. Reumatol Clin. 1 de septiembre de 2019;15(5):296-300.
5. Sosa Aquino O, Cáceres Bordón V, López de Torrez M, Rodríguez Riveros M. Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide de una asociación de Paraguay 2022. Revista científica ciencias de la salud [Internet]. 28 de octubre de 2022 [citado 29 de abril de 2024];4(2):09-18. Disponible en: http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2664-28912022000200009
6. Cuenca A. Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide que acuden al Hospital Isidro Ayora de Loja [Internet]. Loja; 2020 [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en:



- https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/23354/1/AnaCristina_CuencaSolo_rzano.pdf.pdf
7. Espinosa D, Hernández M, Cerdán M. Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide [Internet]. 2017 [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2017/af172e.pdf>
 8. Naranjo M. Calidad de vida y capacidad funcional en relación a duración de años de enfermedad en pacientes con artritis reumatoide del centro de artritis de la ciudad de Quito en el período septiembre-octubre del 2016 [Internet]. 2016 [citado 28 de marzo de 2024]. Disponible en: https://rraae.cedia.edu.ec/Record/PUCE_f55ac8a30eb359a8038371f4862b8e49
 9. Isnardi C, Capelusnik D, Schneeberger E, Bazzarelli M, Barloco L, Blanco E, et al. La depresión es un determinante mayor de la capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoidea, independientemente de la actividad de la enfermedad [Internet]. Vol. 30, REVISTA ARGENTINA DE REUMATOLOGÍA. Buenos Aires; 2019 [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://ojs.reumatologia.org.ar/index.php/revistaSAR/article/view/453>
 10. Sanchez L. Calidad de Vida en pacientes con artritis reumatoide del Hospital de Apoyo II-2 Santa Rosa, Piura [Internet]. Piura; 2020 [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/52700/S%c3%a1nchez_RLD-SD.pdf?sequence=4&isAllowed=y
 11. Paredes Z. Calidad de vida discapacidad funcional y su relación con tratamiento fisioterapéutico en pacientes con artritis reumatoide [Internet]. Arequipa; 2020 [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en:



- <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/44cc2c22-712b-43fd-b807-9b15d4aea6b7/content>
12. Quispe A. Calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide que son atendidos en el servicio de reumatología del hospital nacional pnp luis n. sáenz en enero - 2017 [Internet]. Lima; 2017 [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/1097/T-TPMC-Anel%20Masiel%20Milagros%20Quispe%20Pachas.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 13. Sotelo J. Capacidad funcional y apoyo social en pacientes con artritis reumatoide atendidos en el hospital san jose de chincha, enero - 2017 [Internet]. 2017 [citado 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.upsjb.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14308/1438/T-TPLE-%20Jesus%20Graciela%20%20Sotelo%20Quiroz.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 14. OMS [Internet]. 2023 [citado 29 de abril de 2024]. Artritis reumatoide. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/rheumatoid-arthritis>
 15. Díaz F, Hernández M. Artritis reumatoide Rheumatoid arthritis. Med Clin (Barc) [Internet]. 2023 [citado 29 de abril de 2024];161:533-42. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.07.014>
 16. Gamero D. Revista de Medicina e Investigación Universidad Autónoma del Estado de México. 2018 [citado 29 de abril de 2024]. Artritis reumatoide, epidemiología, fisiopatología, criterios diagnósticos y tratamiento. Disponible en: <https://medicinainvestigacion.uaemex.mx/article/view/19154/14208>
 17. American College of Rheumatology. La Genética y las Enfermedades Reumáticas [Internet]. [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://rheumatology.org/la-genetica-y-las-enfermedades-reumaticas>



18. Sociedad Española de Reumatología. Qué es? La artritis Reumatoide. [Internet]. [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2015/09/02.pdf>
19. Gómez A. Nuevos criterios de clasificación de artritis reumatoide. *Reumatol Clin.* 2010;6(SUPPL. 3). [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1699258X1100026X>
20. Aletaha D, Neogi T, Silman A, Funovits J, Felson D, Bingham C, et al. 2010 Rheumatoid arthritis classification criteria: An American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Vol. 69, Annals of the Rheumatic Diseases.* 2010. p. 1580-8. [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20699241/>
21. Toro C, Arbeláez Á, Fernández A, Mejía R, Méndez P, Quintana L, et al. Guía de práctica clínica para la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con artritis reumatoide. Asociación Colombiana de Reumatología, 2022. *Revista Colombiana de Reumatología.* 2023; [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://asoreuma.org/wp-content/uploads/2023/10/GPC-AR-2022-Asociacion-Colombiana-de-Reumatologia.pdf>
22. Clavero R, Navarro A, Ruiz M, Urra J. Anti-cyclic citrullinated peptide antibodies and rheumatoid factor in Rheumatoid Arthritis. *Actual Medica* [Internet]. 2021;106(106(813)):157-64. [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: https://actualidadmedica.es/articulo/813_or02/
23. Olivares E, Hernández D, Núñez C, Cabiedes J. Proteínas citrulinadas en artritis reumatoide. *Reumatol Clin.* enero de 2011;7(1):68-71. [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-pdf-S1699258X09002447>



24. Merino J. Utilidad diagnóstica de la velocidad de sedimentación globular. Vol. 39, Med Integral. 2002. [citado 29 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-pdf-13029997>
25. Batun J, Garcia O, Salas M. Proteína C reactiva como marcador de riesgo cardiovascular en una cohorte de pacientes con artritis reumatoide. Revista Cubana de Reumatología [Internet]. 2016;18. [citado 29 de abril de 2024] Disponible en: www.revreumatologia.sld.cu
26. Arciniega L, Chavez D, Arnu A. Métodos diagnósticos en la detección temprana de Artritis Reumatoide. Polo del Conocimiento [Internet]. 2023;85:483-98. [citado 29 de abril de 2024] Disponible en: <https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/5859>
27. Sociedad Española de Reumatología. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Artritis Reumatoide. 2018. [citado 29 de abril de 2024] Disponible en: <https://www.ser.es/wp-content/uploads/2018/09/Gu%C3%ADa-de-Pr%C3%A1ctica-Cl%C3%ADnica-para-el-Manejo-de-Pacientes-con-Artritis-Reumatoide.pdf>
28. Boletín terapéutico Andaluz. Antirreumáticos con diana: biológicos, biosimilares y dirigidos. Boletín terapéutico Andaluz. 2019; [citado 29 de abril de 2024] Disponible en: https://cadime.es/images/documentos_archivos_web/BTA/2019/CADIME_BTA_2019_34_03.pdf
29. Sarzi P, Ceribelli A, Marotto D, Batticciotto A, Atzeni F. Systemic rheumatic diseases: From biological agents to small molecules. Vol. 18, Autoimmunity Reviews. Elsevier B.V.; 2019. p. 583-92. [citado 29 de abril de 2024] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30959214/>
30. Gratacós J, Díaz P, Fernández C, Juanola X, Linares L, Recommendations by the Spanish Society of Rheumatology on the Use of Biological Therapies in Axial



- Spondyloarthritis. *Reumatol Clin.* 1 de noviembre de 2018;14(6):320-33. [citado 29 de abril de 2024] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29050839/>
31. Salas C, Garzon M. La noción de calidad de vida y su medición. *CES Salud Pública.* 2013; [citado 29 de abril de 2024] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4549356>
 32. Martínez N, Ibarrola C, Fernández A, Lafita J. The functionality concept as an example of the change in the traditional classification of diseases model. Vol. 50, *Atencion Primaria.* Elsevier Doyma; 2018. p. 65-6. [citado 29 de abril de 2024] Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28778408/>
 33. Rubio E, Comin M, Martínez T, Magallón R, García J. Determinantes de la capacidad funcional en personas mayores según el género. Vol. 24, *GEROKOMOS.* 2013. [citado 29 de abril de 2024] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2013000200004
 34. Hernandez J. Artritis reumatoide y su correlación con la calidad de vida y la capacidad funcional en pacientes atendidos en el hospital general de zona n. 50 del instituto mexicano del seguro social de San Luis, Potosi. *Universidad Autonoma de Potosi.* 2019; [citado 29 de abril de 2024] Disponible en: <https://repositorioinstitucional.uaslp.mx/xmlui/handle/i/7283>
 35. Bruce B, Fries J. Health and Quality of Life Outcomes The Stanford Health Assessment Questionnaire: Dimensions and Practical Applications Why assess Health-Related Quality of Life with the Health Assessment Questionnaire (HAQ)? [Internet]. 2003. [citado 29 de abril de 2024] Disponible en: <http://www.hqlo.com/content/1/1/20>
 36. Dapuetto J. Calidad de vida: Marco conceptual, operacionalización y aplicaciones clínicas. *Universidad de la republica de Uruguay.* 2013; [citado 29 de abril de 2024] Disponible en:



- https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/bitstream/20.500.12008/6314/1/dapuetto_pdf.pdf
37. Franz A, Vega E, Cusi R, Visaga M. Validación de una versión peruana de la dimensión física del Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ). Revista Peruana de Reumatología. 1996. [citado 29 de abril de 2024] Disponible en: https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/reuma/v02_n3/articulos_originales.htm
38. Isnardi C, Capelusnik D, Schneeberger E, Bazzarelli M, Barloco L. Validación del índice QOL-RA (Quality of Life-Rheumatoid Arthritis) en una cohorte argentina de pacientes con artritis reumatoidea. Buenos Aires; 2018. [citado 29 de abril de 2024] Disponible en: <https://ojs.reumatologia.org.ar/index.php/revistaSAR/article/view/539>
39. Vinaccia S, Tobón S, Moreno E, Pedro S, Cadena J, Anaya J. Evaluación de la calidad de vida en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. Vol. 5, International Journal of Psychology and Psychological Therapy. 2005. [citado 29 de abril de 2024] Disponible en: <https://pure.urosario.edu.co/es/publications/evaluaci%C3%B3n-de-la-calidad-de-vida-en-pacientes-con-diagn%C3%B3stico-de->
40. Artritis | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [citado 31 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/artritis?m=form#Fic4z9a>
41. Calidad | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [citado 31 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/calidad>
42. Capacidad | Definición | Diccionario de la lengua española | RAE - ASALE [Internet]. [citado 31 de marzo de 2024]. Disponible en: <https://dle.rae.es/capacidad>
43. Naing L, Nordin R Bin, Abdul Rahman H, Naing YT. Sample size calculation for prevalence studies using Scalex and ScalaR calculators. BMC Med Res Methodol [Internet]. 30 de julio de 2022 [citado 31 de marzo de 2024];22(1):209. Disponible en: <https://bmcmedresmethodol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12874-022-01694-7>



APENDICES

INSTRUMENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

PARTICIPACION EN EL ESTUDIO: CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL HOSPITAL II DE ABANCAY 2023

La presente investigación pretende realizar una correlación entre la calidad de vida y la capacidad funcional de los pacientes con Artritis Reumatoide en el hospital II de Abancay 2023.

Motivo por el cual se desea optar con su participación, por favor lea con atención las siguientes líneas:

1. Se realizará un cuestionario con preguntas para conocer algunos de los datos sociales y demográficos, la valoración de la calidad de vida de los adultos y la capacidad funcional de quien participe en el estudio.
2. Toda la información brindada será confidencial con fines de investigación

MEDIANTE LA FIRMA BRINDO ACCESO para participar del presente estudio.

Firma de participante: _____

Firma del investigador: _____

Lea estas líneas atentamente:

Por favor complete los espacios vacíos y marque con un aspa(X) en el cuadro que corresponda

Gracias



Lea estas líneas atentamente:

Por favor complete los espacios vacíos y marque con un **aspa(X)** en el cuadro que corresponda

Gracias

1. Usted fue diagnosticado de artritis reumatoide por el especialista:

*Sí *No

2. Sexo

*Masculino *Femenino

3. Edad en años:

4. Estado Civil:

*Casado
*Conviviente
*Separado
*Divorciado
*Viudo
*Soltero

5. Grado de instrucción (grado de estudio aprobado):

*Sin nivel
*Preescolar
*Primaria
*Secundaria
*Superior

6. Actualmente, usted cuenta con algún trabajo fijo o eventual remunerado:

* Sí
* No

7. Ocupación:

8. ¿Hace cuantos años le diagnosticaron de Artritis Reumatoide?

*< 1 año
*1-5 años
*6-10 años
*11-15 años
*16-20 años
*>21 años

9. Usted recibe algún tipo de tratamiento para la artritis reumatoide

*Sí *No

10. Usted visita al médico con una frecuencia mínima de cada 3 meses:

*Sí *No



Medición de calidad de vida

Lea estas líneas atentamente:

A continuación, podrá leer algunas afirmaciones hechas por personas que padecen artritis reumatoide. Por favor marque con un aspa(X) en el cuadro que corresponda

Escoja siempre la opción con la que más se identifique en estos momentos

Gracias

Versión española:

Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale (QOL-RA Scale)

11. Si Ud. considera sólo sus habilidades físicas, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

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

12. Si Ud. sólo considera la ayuda que le han dado su familia y sus amistades, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

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

13. Si Ud. sólo considera su dolor artrítico, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

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

14. Si Ud. sólo considera su nivel de tensión nerviosa, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

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

15. Si Ud. sólo considera su salud, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

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

16. Si Ud. sólo considera su artritis, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

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

17. Si Ud. sólo considera su nivel de interacción entre Ud. y su familia y amigo(a)s, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

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

18. Si Ud. sólo considera lo que Ud. dijo acerca de su estado de ánimo, diría que su “CALIDAD DE VIDA” es:

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



Medición de la capacidad funcional

Lea estas líneas atentamente:

A continuación, podrá leer algunas actividades hechas por personas que padecen artritis reumatoide.

Por favor marque con un aspa(X) en el cuadro que corresponda

Escoja siempre la opción con la que más se identifique en estos momentos

Gracias

***Version Española:**

Health Assessment Questionnaire (HAQ)

	Durante la última semana, ¿ha sido usted capaz de...	SIN DIFICULTAD	CON ALGUNA DIFICULTAD	CON MUCHA DIFICULTAD	INCAPAZ DE HACERLO
VESTIRSE Y ASEARSE	19. ¿Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?				
	20. ¿Enjabonarse la cabeza?				
LEVANTARSE	21. ¿Levantarse de una silla sin brazos?				
	22. ¿Acostarse y levantarse de la cama?				
COMER	23. ¿Cortar un filete de carne?				
	24. ¿Abrir un cartón de leche nuevo?				
	25. ¿Servirse la bebida?				
CAMINAR	26. ¿Caminar fuera de casa por un terreno llano?				
	27. ¿Subir cinco escalones?				
HIGIENE	28. ¿Lavarse y secarse todo el cuerpo?				
	29. ¿Sentarse y levantarse del retrete?				



	30. ¿Ducharse?				
ALCANZAR	31. ¿Coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?				
	32. ¿Agacharse y recoger ropa del suelo?				
PRENSION	33. ¿Abrir la puerta de un coche?				
	34. ¿Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?				
	35. ¿Abrir y cerrar los grifos?				
OTRAS	36. ¿Hacer los recados y las compras?				
	37. ¿Entrar y salir de un coche?				
	38. ¿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... 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 ...



MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL HOSPITAL II DE ABANCAY 2023-2024

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	RECOLECCIÓN DE DATOS Y PLAN DE ANALISIS
<p>Problema general ¿Cuál es la relación de calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide del hospital II de Abancay 2023-2024?</p>	<p>Objetivo general Determinar la relación entre calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide del hospital II de Abancay 2023-2024</p>	<p>Hipótesis general Existe una relación estadísticamente significativa y negativa entre calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide del hospital II de Abancay 2023-2024</p>	<p>El tipo de estudio será de tipo descriptivo, cuantitativo, transversal, analítico La población de estudio está compuesta por pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide que asisten a consulta externa del consultorio de Reumatología del hospital II de Abancay, durante el periodo 2023-2024. A los cuales se les administrara las dos encuestas validadas internacionalmente (QoL-RA, HAQ)</p>



Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	
<p>1. ¿Cuál es la relación entre los factores biológicos, psicosociales, y clínico epidemiológicos con la calidad de vida de los pacientes de Artritis Reumatoide en el hospital II de Abancay 2023-2024?</p>	<p>1.Determinar la relación entre los factores biológicos, psicosociales, y clínico epidemiológicos con la calidad de vida de los pacientes de artritis reumatoide en el Hospital II de Abancay 2023-2024</p>	<p>1.Existe una relación estadísticamente significativa entre los factores biológicos, psicosociales, y clínico epidemiológicos con la calidad de vida de los pacientes de artritis reumatoide en el Hospital II de Abancay 2023-2024</p>	<p>Para calcular el tamaño de la muestra en este estudio se utilizó el programa Epi Info versión 7, y el programa Excel y SPSS versión 26 para el análisis estadístico.</p> <p>Posterior a la aceptación se procederá a asistir al establecimiento de salud ya mencionado para realizar las encuestas hacia los pacientes</p> <p>Para las variables cualitativas en el análisis univariado usaremos tablas de frecuencia y porcentaje; Para variables cuantitativas se utilizará medidas de tendencia central y dispersión como la media y rango intercuartílico o desviación estándar.</p>
<p>2. ¿Cuál es la relación entre los factores biológicos, psicosociales, y clínico epidemiológicos con la capacidad funcional de los pacientes con artritis reumatoide</p>	<p>2.Determinar la relación entre los factores biológicos, psicosociales, y clínico epidemiológicos con la capacidad funcional de los pacientes de artritis reumatoide</p>	<p>2.Existe una relación estadísticamente significativa entre los factores biológicos, psicosociales, y clínico epidemiológicos con la capacidad funcional de los pacientes de</p>	<p>Se aplica la encuesta para identificar la calidad de vida para la asociación entre la calidad de vida, capacidad funcional y artritis</p>



en el hospital II de Abancay 2023-2024?	en el hospital II de Abancay 2023-2024	artritis reumatoide en el hospital II de Abancay 2023-2024	reumatoide se usará la diferencia estandarizada de medias. Los cálculos se realizarán con un nivel de confianza del 95%. Para ello, se usará, el programa SPSS
---	--	--	---



MATRIZ DE INSTRUMENTOS

MATRIZ DEL INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCION DE DATOS

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS	ESCALA VALORATIVA	NOMBRE DEL INSTRUMENTO
ARTRITIS REUMATOIDE	<ul style="list-style-type: none"> ➤ clínica/epidemiológica ➤ biológica ➤ Psicosocial 	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Criterios diagnósticos según EULAR ➤ Según entrevista 	<p>"1. Usted fue diagnosticado de artritis reumatoide por el especialista: *Sí *No "</p> <p>"2. Sexo *Masculino *Femenino</p> <p>"3. Edad en años: _____ "</p> <p>"4. Estado Civil: *Casado *Conviviente *Separado *Divorciado *Viudo *Soltero</p> <p>"5. Grado de instrucción (grado de estudio aprobado): *Sin nivel *Preescolar *Primaria *Secundaria *Superior</p>	CUALITATIVA NOMINAL	DATOS SOCIALES Y EPIDEMIOGRAFICOS
			<p>"6. Actualmente, usted cuenta con algún trabajo fijo o eventual remunerado: * Sí * No "</p> <p>"7. Ocupación: _____ "</p> <p>"8. ¿Hace cuantos años le diagnosticaron de Artritis Reumatoide? * < 1 año * 1-5 años * 6-10 años * 11-15 años * 16-20 años * >21 años "</p> <p>"9. Usted recibe algún tipo de tratamiento para la artritis reumatoide *Sí *No "</p> <p>"10. Usted visita al médico con una frecuencia mínima de cada 3 meses: *Sí *No "</p>		



CALIDAD DE VIDA	psicosocial	➤ Según entrevista	<p>11. Si Ud. considera sólo sus habilidades físicas, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es: Muy mala 1—10 Excelente</p> <p>12. Si Ud. sólo considera la ayuda que le han dado su familia y sus amistades, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es: Muy mala 1—10 Excelente</p> <p>13. Si Ud. sólo considera su dolor artrítico, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es: Muy mala 1—10 Excelente</p> <p>14. Si Ud. sólo considera su nivel de tensión nerviosa, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es: Muy mala 1—10 Excelente</p> <p>15. Si Ud. sólo considera su salud, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es:</p>	NOMINAL	Quality of Life-Rheumatoid Arthritis Scale (QOL-RA Scale)
			<p>Muy mala 1—10 Excelente</p> <p>16. Si Ud. sólo considera su artritis, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es: Muy mala 1—10 Excelente</p> <p>17. Si Ud. sólo considera su nivel de interacción entre Ud. y su familia y amigo(a)s, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es: Muy mala 1—10 Excelente</p> <p>18. Si Ud. sólo considera lo que Ud. dijo acerca de su estado de ánimo, diría que su "CALIDAD DE VIDA" es: Muy mala 1—10 Excelente</p>		
CAPACIDAD FUNCIONAL	Clínica/funcional	➤ Según entrevista	<p>19. ¿Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?</p> <p>20. ¿Enjabonarse la cabeza?</p> <p>21. ¿Levantarse de una silla sin brazos?</p> <p>22. ¿Acostarse y levantarse de la cama?</p> <p>23. ¿Cortar un filete de carne?</p> <p>24. ¿Abrir un cartón de leche nuevo?</p>	NOMINAL	Health Assessment Questionnaire (HAQ)
			<p>25. ¿Servirse la bebida?</p> <p>26. ¿Caminar fuera de casa por un terreno llano?</p> <p>27. ¿Subir cinco escalones?</p> <p>28. ¿Lavarse y secarse todo el cuerpo?</p> <p>29. ¿Sentarse y levantarse del retrete?</p> <p>30. ¿Ducharse?</p> <p>31. ¿Coger un paquete de azúcar de 1 Kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?</p> <p>32. ¿Agacharse y recoger ropa del suelo?</p> <p>33. ¿Abrir la puerta de un coche?</p> <p>34. ¿Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?</p> <p>35. ¿Abrir y cerrar los grifos?</p> <p>36. ¿Hacer los recados y las compras?</p> <p>37. ¿Entrar y salir de un coche?</p> <p>38. ¿Hacer tareas de casa como barrer o lavar los platos?</p>		



OTROS

A. *Solicitud para desarrollo de proyecto de tesis*



Solicito **AUTORIZACION PARA DESARROLLAR EL PROYECTO DE TESIS EN EL HOSPITAL II ESSALUD - ABANCAY**

DR: MARCO CORDOVA ROSELL

JEFE DE LA UNIDAD DE CAPACITACION E INVESTIGACION DEL HOSPITAL II ESSALUD - ABANCAY

YO: VALENZUELA DIAZ MARCELO EDDY identificado con DNI: **72221776** estudiante de la facultad de ciencias de la salud, escuela profesional de Medicina Humana de la Universidad Andina del Cusco, Interno del Hospital II Essalud – Abancay; con el debido respeto me dirijo a usted:

Que con motivos de realizar el proyecto de tesis **“RELACION ENTRE CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DEL HOSPITAL II DE ABANCAY 2023-2024”** acudo a su despacho solicitando se me brinde la autorización para realizar el proyecto de tesis en el Hospital a su dirección

El estudio cuenta con la aprobación de la escuela profesional de Medicina Humana de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Andina del Cusco

Por lo expuesto solicito a usted acceda a mi petición



B. Carta de aceptación para realización de proyecto de tesis

NOTA N° 1754-COMITÉ INVESTIGACION-D-RAAP-ESSALUD-2023.

SEÑOR:

MARCELO EDDY VALENZUELA DIAZ

Presente.-

Asunto : ACCIONES PARA EL TRAMITE CORRESPONDIENTE

Me es grato dirigirme a usted, para saludarla cordialmente y en atención a la solicitud de acceso titulado "Relación entre Calidad de Vida y Capacidad Funcional en Pacientes con Artritis Reumatoide del Hospital II de Abancay 2023-2024" se le acepta según el anexo n° 02, alcanzar sus avances mensuales y presentar su informe final de estudio, en relación a ello se le informa que el expediente en mención fue evaluado por este comité

Sin otro en particular, quedo de usted.

Atentamente.

**DR. MARCO ANTONIO CORDOVA ROSELL
PRESIDENTE DEL COMITÉ DE INVESTIGACIÓN**

C.c. Archivo
MACR/OCPAP

NIT	818	2023	1491
-----	-----	------	------

Urb. Sol Brillante Quinta Cayetana Lte. 61-61B Patibamba Baja-Abancay

