

UNIVERSIDAD JUAREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

División Académica de Ciencias de la Salud



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



“Actividad de la enfermedad y factores asociados en pacientes con artritis reumatoide”

**Tesis para obtener el diploma de la:
Especialidad en Medicina Interna**

Presenta:

Ernesto Peralta Rodríguez

Director (es):

Médico especialista en Dr. Ernesto Hernández Alonso

Médico especialista en Dr. Julio César Robledo Pascual

Villahermosa, Tabasco.

Febrero, 2024.



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Dirección



2024
Felipe Carrillo
PUERTO

Of. No.0178/DIRECCIÓN/DACS

26 de enero de 2024

ASUNTO: Autorización de impresión de tesis

C. Ernesto Peralta Rodríguez
Especialidad en Medicina Interna
Presente

Comunico a Usted, que autorizo la impresión de la tesis titulada "**Actividad de la enfermedad y factores asociados en pacientes con artritis reumatoide**", con índice de similitud 6% y registro del proyecto de investigación No. **JI-PG-397**; previamente revisada y aprobada por el Comité Sinodal, integrado por los Dr. Jorge Alonso Torres Pérez, Dra. Flor del Pilar González Javier, Dra. Nelly Ruth Cargill Foster, Dr. Jesús Manuel Barrueta Alegría y el Dr. Gabriel López Ramírez. Lo anterior para sustentar su trabajo recepcional de la **Especialidad en Medicina Interna**, donde fungen como Directores de tesis los Dr. Ernesto Hernández Alonso y el Dr. Julio César Robledo Pascual.

Sin otro particular por el momento, aprovecho la oportunidad para saludarle.

Atentamente

[Firma]
Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

UJAT



DACS
DIRECCIÓN

C.c.p.- Dr. Ernesto Hernández Alonso – Director de Tesis
C.c.p.- Dr. Julio César Robledo Pascual – Director de Tesis
C.c.p.- Dr. Jorge Alonso Torres Pérez – Sinodal
C.c.p.- Dra. Flor del Pilar González Javier – Sinodal
C.c.p.- Dra. Nelly Ruth Cargill Foster – Sinodal
C.c.p.- Dr. Jesús Manuel Barrueta Alegría – Sinodal
C.c.p.- Dr. Gabriel López Ramírez – Sinodal

C.c.p.- Archivo
DRA.HSP/Wag*

Miembro CUMEX desde 2008
**Consortio de
Universidades
Mexicanas**
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6300, e-mail: direccion.dacs@ujat.mx

www.dacs.ujat.mx

DIFUSION DACS

DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION



**UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO**

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



2024
Felipe Carrillo
PUERTO

ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 19:50 horas del día 25 del mes de enero de 2024 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Actividad de la enfermedad y factores asociados en pacientes con artritis reumatoide"

Presentada por el alumno (a):

Peralta Rodríguez Ernesto
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

2	0	1	E	5	4	0	0	4
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialidad en Medicina Interna

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dr. Ernesto Hernández Alonso
Dr. Julio César Robledo Pascual
Directores

Dr. Jorge Alonso Torres Pérez

Dra. Flor del Rilar González Javier

Dra. Néilly Ruth Cargill Foster

Dr. Jesús Manuel Barrueta Alegría

Dr. Gabriel López Ramírez

C.c.p.- Archivo

Miembro CUMEX desde 2008
Consortio de
Universidades
Médicas
UN ALUMNO DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

www.dacs.ujat.mx

DIFUSION DACS

DIFUSION DACS OFICIAL

@DACSDIFUSION

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Caj. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx

Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 22 de enero de 2024, el que suscribe, Ernesto Peralta Rodríguez, alumno del programa de la Especialidad en Medicina Interna, con número de matrícula 201E56004 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: **“Actividad de la enfermedad y factores asociados en pacientes con artritis reumatoide”**, bajo la Dirección del Dr. Ernesto Hernández Alonso, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: ermes.02@gmail.com. Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente de este.

Ernesto Peralta Rodríguez

Nombre y Firma



Sello

DEDICATORIAS

A mis queridos padres,

Con infinito amor y gratitud, dedico este trabajo a ustedes, mis guías incondicionales. Su apoyo constante, paciencia interminable y sacrificios inquebrantables han sido la luz que ilumina mi camino académico. Cada logro alcanzado en este viaje es también suyo, pues su amor y aliento han sido el cimiento de mi perseverancia. Gracias por inspirarme a soñar alto y por ser mis pilares en los momentos desafiantes. Este logro es un reflejo de su amor y dedicación, y les dedico con cariño cada página de esta tesis.

Con todo mi amor, a la compañera de mis noches, mi luna, por su paciencia y amor.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a mi asesor metodológico, Dr. Julio César Robledo Pascual, por su invaluable orientación y apoyo durante todo el proceso de investigación.

Al Dr. Ernesto Hernández Alonso, agradezco por compartir su profundo conocimiento y experiencia clínica, guiándome con paciencia y dedicación en el entendimiento de los aspectos prácticos y relevantes de mi investigación. Su perspicacia clínica ha sido fundamental para dar forma a mi enfoque y comprender la aplicabilidad de los resultados en el contexto real.

Ambos han sido pilares esenciales en este viaje académico. Agradezco sinceramente su tiempo, paciencia y dedicación, que han contribuido de manera significativa al logro de este trabajo.

ÍNDICE PRINCIPAL

ÍNDICE PRINCIPAL	7
ÍNDICE DE GRÁFICAS.....	9
ÍNDICE DE TABLAS	9
ABREVIATURAS	10
GLOSARIO DE TERMINOS.....	11
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
1. INTRODUCCIÓN.....	14
MARCO TEÓRICO	16
1.1. Artritis reumatoide	16
1.2. Signos y síntomas.....	17
1.3. Diagnóstico	17
1.4. Epidemiología	18
1.5 Tratamiento.....	19
1.6. Calidad de vida	20
1.7. Capacidad Funcional	20
1.8 Estudios relacionados.....	21
2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	23
2.1. Pregunta de investigación.....	24
3. JUSTIFICACIÓN	24
4. HIPÓTESIS DEL TRABAJO.....	25
4.1. Hipótesis nula	26
5. OBJETIVOS	26
5.1 Objetivo general.....	26
5.2 Objetivos Específicos.....	26
6. MATERIAL Y MÉTODOS.....	27
6.1 Diseño de investigación	27
6.2 Universo de estudio	27
6.3. Temporalidad	27
6.4. Criterios de selección.....	27
6.4.1. Criterios de inclusión.....	27

6.4.2. Criterios de exclusión.....	27
6.5. Aspectos éticos.....	28
6.6. Instrumento de evaluación.....	29
6.7. Recursos, financiamiento y factibilidad.....	30
6.7.1. Recursos humanos.....	30
6.7.2. Recursos materiales.....	30
6.7.3. Recursos financieros.....	30
6.7.4. Recursos físicos.....	30
6.7.5. Factibilidad.....	30
6.8. Cronograma de actividades.....	31
7. RESULTADOS.....	32
8. CONCLUSIONES.....	43
9. RECOMENDACIONES.....	45
10. BIBLIOGRAFÍA.....	47
11. ANEXOS.....	50

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Categoría de edad de pacientes con artritis reumatoide.	33
Gráfica 2. Presencia de obesidad en los pacientes con artritis reumatoide	34
Gráfica 3. Escolaridad de los pacientes con artritis reumatoide.....	35
Gráfica 4. Ocupación de los pacientes con artritis reumatoide	36
Gráfica 5. Conocimiento sobre la enfermedad.....	37
Gráfica 6. Grados de actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide.	41

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Relación de la actividad de la enfermedad con la presencia de obesidad	42
---	----

ABREVIATURAS

FR	Factor reumatoide
ACPA	Anticuerpos antipéptidos cíclicos citrulinados
VN	Valor normal
VSG	Velocidad de sedimentación globular
PCR	Proteína C reactiva
AR	Artritis reumatoide
CMR	Congreso mexicano de reumatología
INEGI	Instituto Nacional de Estadística y Geografía
AINE	Antinflamatorio no esteroideo
FARME	Fármacos moduladores de la enfermedad
TNF	Factor de necrosis tumoral
KDQOL	Kidney Disease Quality of Life
DAS-28	Disease Activity Score - 28
IMC	índice de masa corporal
SDAI	Simple Disease Activity Index
CDAI	Clinical Disease Activity Index
OMS	Organización Mundial de la Salud

GLOSARIO DE TERMINOS

Artritis: inflamación de una o más articulaciones que clínicamente se observa con la presencia de rigidez, cambios en la temperatura a nivel local y limitación de la capacidad funcional del individuo afectado

Actividad: presencia de manifestaciones clínicas o bioquímicas de inflamación asociado a la enfermedad.

DAS 28: Índice utilizado en la práctica clínica para estratificar la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide. Útil para la toma de decisiones en pacientes que padecen artritis reumatoide

Remisión de la enfermedad: Ausencia de inflamación a nivel clínico y bioquímico. Evaluado clínicamente con un puntaje de DAS 28 menor a 2.6

RESUMEN

Título: “Actividad de la enfermedad y factores asociados en pacientes con artritis reumatoide”. **Antecedentes:** Hay una alta prevalencia de AR en México, la presente investigación surge ante la carencia de información específica sobre la actividad de la enfermedad en pacientes tabasqueños. Se han identificado factores sociales y clínicos que impactan en la actividad de la enfermedad. **Objetivos:** Valorar la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide utilizando la escala DAS 28 e identificar los factores asociados. **Material y métodos:** estudio descriptivo – retrospectivo, que será realizado en el Hospital Regional de Alta Especialidad Juan Graham Casasús con 201 pacientes. Se realizó la recolección de datos a partir del expediente clínico, se aplicó el instrumento DAS 28. Se obtuvieron frecuencias, proporciones, medidas de tendencia central. Se analizó la asociación entre variables. **Resultados:** El promedio de puntaje de DAS 28 fue de 4.2. En base a los puntajes son casos leves 5%, moderado 87.5% y alto 7.5%. Los pacientes que tuvieron un IMC >30 fue de 34.8% (n=70). No hubo significancia estadística entre la actividad de la enfermedad y la obesidad (p=0.341). **Conclusiones:** La actividad moderada es lo que prevalece en esta muestra. 3 de cada 10 pacientes tienen obesidad. No hubo asociación entre la actividad de la enfermedad y la obesidad.

Palabras clave: artritis reumatoide, actividad de la enfermedad, DAS 28, factores asociados.

ABSTRACT

Title: "Disease Activity and Associated Factors in Rheumatoid Arthritis Patients."

Background: There is a high prevalence of RA in Mexico, the present research arises from the lack of specific information on the activity of the disease in patients from Tabasco. Social and clinical factors that impact disease activity have been identified. **Objectives:** To assess disease activity in patients with rheumatoid arthritis using the DAS 28 scale and to identify associated factors. **Material and methods:** descriptive-retrospective study, which will be carried out at the Juan Graham Casasús Regional High Specialty Hospital with 201 patients. Data were collected from the clinical record, and the DAS 28 instrument was applied. Frequencies, proportions, and measures of central tendency were obtained. The association between variables was analyzed. **Results:** The average score of DAS 28 was 4.2. Based on the scores, 5% are mild, 87.5% moderate and 7.5% high. Patients who had a BMI >30 was 34.8% (n=70). There was no statistical significance between disease activity and obesity ($p=0.341$). **Conclusions:** Moderate activity is prevalent in this sample. 3 out of 10 patients are obese. There was no association between disease activity and obesity.

Key words: rheumatoid arthritis, disease activity, DAS 28, associated factors.

1. INTRODUCCIÓN

El presente manuscrito tendrá como principal objetivo identificar la actividad de la enfermedad y los factores asociados de los pacientes con Artritis Reumatoides (AR).

La artritis reumatoide es un padecimiento crónico que perjudica a los pacientes en diferentes ámbitos de su vida, aspectos a nivel físico, emocional, ocupacional y socialmente por lo cual requiere de un enfoque multidisciplinario. ⁽¹⁾

Deteriora el cuerpo, causa deformidades en las articulaciones, lo que resulta en una pérdida de la capacidad funcional y dificulta el desempeño laboral, por consiguiente, aumenta el desempleo. La artritis reumatoide es un padecimiento que afecta todo el organismo y no solo las articulaciones, sino también afecta órganos internos, provocando manifestaciones clínicas en otros órganos, lo que lleva al paciente a mayores complicaciones y aumentando su riesgo de mortalidad. Como es una enfermedad crónica que no tiene cura, que produce dolor e invalidez, la calidad de vida se ve reduce y se necesita el soporte familiar, sobre todo cuando la enfermedad esta activa y el paciente no puede realizar ciertas actividades cotidianas y requiere la asistencia de otra persona. ⁽²⁾

El tratamiento de la AR se basa en medidas farmacológicas y no farmacológicas, y es esencial aplicar un tratamiento apropiado lo antes posible para prevenir el avance de la enfermedad. No obstante, muchos pacientes no saben o no pueden acceder a una información correcta sobre padecimiento y su tratamiento. Por eso, es

fundamental informar al paciente y a su familia sobre todo lo que concierne a la enfermedad, haciendo hincapié en su manejo. ⁽⁴⁾

Una parte de los pacientes no reciben un tratamiento de manera adecuada y tampoco un seguimiento correcto por diversas razones, entre muchas razones están factores económicos, debido a que la economía no les permite obtener los medicamentos necesarios, dejan de tomar los medicamentos necesarios.

La actividad de la artritis reumatoide se mide principalmente con el índice clínico DAS 28, que es una herramienta esencial para determinar el tratamiento más adecuado en cada caso, tanto para empezar como para modificar e introducir las terapias biológicas.

Pero hay otro factor que es más peligroso que la falta de medios económicos, es decir, la falta de información, el desconocimiento, el desconocimiento no contribuye a la recuperación de los pacientes, y la falta de comprensión de la importancia de la medicina y la fisioterapia lleva a pacientes no iniciar el tratamiento adecuado de manera oportuna.

Por lo cual en el presente estudio se describirá las características clínicas sociodemográficas, se evaluará la actividad de la enfermedad, los factores asociados, el grado de capacidad funcional en el servicio de medicina interna del Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús

MARCO TEÓRICO

1.1. Artritis reumatoide

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria crónica de origen desconocido que se caracteriza por poliartritis simétrica y periférica. Constituye la modalidad más frecuente entre la artritis inflamatoria crónica y suele ocasionar daño articular y discapacidad física. Se trata de un trastorno de orden general (sistémico) y por ello la artritis reumatoide puede acompañarse de diversas manifestaciones extraarticulares como fatiga vasculitis y anomalías hematológicas.⁶

La fisiopatología de la enfermedad es muy variable por cómo y dónde se presentan, así como el grado de gravedad y el avance de ésta. La AR inicia con el proceso inflamatorio sinovial autoinmune por las células inflamatorias extendiéndose al cartílago y de ahí al hueso lo que ocasiona el daño articular, sin embargo, el líquido sinovial ya tiene la propiedad de degradar el cartílago y la mayoría de la destrucción es en la yuxtaposición de la membrana sinovial inflamada. Al inicio, la AR se presenta como un fenómeno episódico o agudo (que se puede manifestar rápido, pero de corta duración), empieza en varias articulaciones siendo que las más afectadas (en orden por frecuencia y progresión) son: 1. Manos 2. Muñecas 3. Rodillas 4. Codos 5. Pies 6. Hombro 7. Caderas En las fases iniciales, los principales síntomas son; malestar general, pérdida de peso, fatiga, que son primariamente en jóvenes y personas de mediana edad.⁷

1.2. Signos y síntomas

Esta enfermedad se manifiesta con pérdida ponderal, fiebre, fatiga, malestar general, en los casos con mayor actividad, caquexia; éstos síntomas suelen indicar una inflamación severa y a veces se presentan antes que los síntomas articulares. Otras manifestaciones que se presentan con menor frecuencia son astenia, fiebre y anemia. Durante la primera fase, las principales manifestaciones a nivel de las articulaciones son dolor difuso, rigidez de las articulaciones que mejora después de iniciar la movilización.⁸

1.3. Diagnóstico

Actualmente se utilizan los criterios diagnósticos proporcionados por Annals of Rheumatic Diseases y Arthritis and Rheumatism. Estos surgen con la finalidad mejorar la clasificación de la enfermedad, y a su vez esto permita iniciar de manera temprana el tratamiento modificador de la enfermedad.

1. Presentar al menos 1 articulación con sinovitis clínica y que dicha manifestación no se atribuya a una manifestación clínica de otra enfermedad
2. Tener una puntuación igual o mayor a 6 en el sistema de puntuación que se presenta y que considera la afectación a nivel articular, estudios serológicos como factor reumatoide y Anticuerpos antipéptidos cíclico citrulinado, aumento de los reactantes de fase aguda como la velocidad de sedimentación globular y la proteína c reactiva y la duración de estas manifestaciones sea mayor a 6 semanas.⁽⁹⁾

1.4. Epidemiología

La artritis reumatoide tiene una prevalencia alrededor del 0.5% en la población mundial, siendo las mujeres 7 veces más propensas que los hombres. La edad de aparición puede variar, pero se da con más frecuencia entre la población de 30 y 60 años, con un promedio de 41.5 años. Entre los factores que favorecen la enfermedad se encuentran: ser mujer, tener familiares con AR, antecedente de tabaquismo. Por el contrario, ingerir mucha vitamina D, té y tomar anticonceptivos orales reducen el riesgo de padecer AR. ⁽⁹⁾

La artritis reumatoide es una enfermedad que se presenta en todo el mundo, con una prevalencia global del 0.2 y el 1.2%, siendo más común en mujeres que en hombres y en zonas urbanas. ⁽¹⁰⁾ Es importante señalar que estos datos pueden variar según el área geográfica de estudio. ⁽¹¹⁾ En España se ha calculado una prevalencia del 0.5%, y una incidencia anual de 8.3 casos por cada 100,000 adultos de más de 16 años. Varios estudios demuestran que la enfermedad afecta más a las mujeres y las personas que viven en las ciudades. Un estudio realizado por Peláez-Ballestas en el 2011 que abarcó 5 regiones de México con una muestra total de 19,213 individuos, halló que cerca del 14% de la población de estudio sufría de alguna enfermedad reumática. Y donde la artritis reumatoide prevaleció con 1.6% dentro de la población de estudio. ⁽¹⁰⁾ En el año 2013, el Congreso del Colegio Mexicano de Reumatología, reportó una prevalencia en México del 1.6% dentro de la población, lo que posicionó al país dentro de los países con una alta prevalencia de la enfermedad. ⁽¹²⁾ De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística

y Geografía (INEGI), en nuestro país, alrededor de 1 millón de personas vive con artritis reumatoide. Con una prevalencia alta en las mujeres y del total de ellas, un 75% se encuentra en edad productiva (entre 25-55 años).

1.5 Tratamiento.

El tratamiento de la enfermedad busca disminuir la inflamación y el dolor articular, mejorar la función articular, evitar el daño articular y la deformidad, mejorando de esta manera la función física de los pacientes. El tratamiento actual de la artritis reumatoide se basa en cambios en el estilo de vida de los pacientes (mantener el equilibrio entre el ejercicio y el descanso, seguir una dieta saludable, controlar la ansiedad, etc.) medicamentos (esteroides, analgésicos y fármacos moduladores de la enfermedad [FARME]), también cirugía y seguimiento continuo.

(13)

El tratamiento base de la enfermedad es con los fármacos modificadores de la enfermedad, también conocidos como FARME y hay dos tipos: biológicos y no-biológicos (o convencionales). Los FARME no biológicos más usados son metotrexate, la sulfasalazina, leflunomida, ciclosporina A, cloroquina e hidroxicloroquina. Los FARME biológicos son los que bloquea el factor de necrosis tumoral alfa (TNF) etanercept, infliximab, adalimumab, certolizumab y golimumab. Además de los que inhiben el TNF, hay otros FARME biológicos que se utilizan en el tratamiento de la AR, que son abatacept, anakinra, rituximab y tocilizumab.

El régimen actual del tratamiento se basa en un abordaje agresivo con en el uso de FARME, lo cual ha beneficios en la modificación del curso de la enfermedad que incluyen una menor progresión a nivel radiológico, mejoría a largo plazo y mejor calidad de vida

1.6. Calidad de vida

La OMS menciona a la **Calidad de vida** como "la percepción que tiene una persona de sí mismo en el contexto cultural y en el sistema de valores en que vive y relación a sus objetivos, expectativas, normas e inquietudes", es un concepto muy complejo que está "influido por la salud física de la persona, estado psicológico, su nivel de independencia y sus relaciones sociales" ⁽¹⁵⁾

1.7. Capacidad Funcional

La funcionalidad es el concepto que describe la habilidad de hacer actividades y trabajos de la vida diaria y habitual, que se hagan de forma efectiva y autónoma. La valoración de la funcionalidad se centra principalmente en el aspecto físico, que es muy importante para: detectar a los pacientes con riesgo de discapacidad funcional, establecer prioridades en cuanto a habilidades físicas y dosis de actividad física y rehabilitación, fomentar la participación del paciente en la adherencia y gestión de los tratamientos sugeridos por el personal de la salud. ⁽¹⁶⁾

La incapacidad física que se vincula con la AR perjudica en el ámbito laboral del paciente provocando dificultad mantener un empleo estable. La incapacidad laboral entre los 5 y 10 años desde el inicio de los síntomas puede llegar a ser del 43% al

50%, muchos pacientes no pueden integrarse al ámbito laboral o cuando lo logran se encuentran con múltiples adversidades, ⁽¹⁷⁾

1.8 Estudios relacionados

Rodríguez-Mejías (2022) analizó *“Comorbilidades y mortalidad en pacientes con artritis reumatoide”*.

Su objetivo fue investigar las comorbilidades de los individuos con artritis reumatoide en una consulta de reumatología.

La metodología que empleó fue un estudio transversal en adultos con diagnóstico de artritis reumatoide. La muestra que se utilizó fueron 94 pacientes con artritis reumatoide. Se midió la actividad de la artritis reumatoide en la primera visita médica, empleando como herramienta el DAS-28 (Disease Activity Score de 28 articulaciones) usando la VSG, que facilita la estratificación de los pacientes según la actividad de la artritis reumatoide.

La hipertensión arterial estuvo presente en 27,7% de los pacientes, con mayor prevalencia en hombres que en mujeres (41,7% vs 21,6%), el segundo padecimiento encontrado con frecuencia fue sobrepeso/obesidad con 4,3%.

Concluyó que la morbilidad cardiovascular tuvo mayor impacto en esta investigación.

Álvarez (2018) analizó “Asociación entre sobrepeso/obesidad y estado clínico en artritis Reumatoide”. Su objetivo fue determinar la relación entre el tipo de constitución corporal y el estado clínico en sujetos con artritis reumatoide.

La metodología que usó fue con un enfoque prospectivo, comparativo y transversal que englobó a 123 individuos en los cuales se precisó actividad de la enfermedad (DAS 28), estado funcional (HAQ-Di) y el manejo médico. Además, la composición corporal valorada mediante IMC, y otros parámetros clínicos.

Se encontró que los pacientes con sobrepeso/obesidad tuvieron más articulaciones inflamadas que los individuos con composición corporal subnormal/normal

Concluyó que el sobrepeso y la obesidad se vincularon a mayor actividad inflamatoria representada por mayor cantidad de articulaciones inflamadas

Propuso que la valoración y optimización de la composición corporal podría alcanzar a ser una parte significativa para el abordaje de los pacientes con artritis reumatoide.

2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

México tiene un alto porcentaje de personas que padecen artritis reumatoide, esto de acuerdo con las tasas presentadas por el colegio mexicano de reumatología A.C. En el cual se comunicó una prevalencia de 1.6% a nivel nacional, resalta el estado de Yucatán como una prevalencia de la enfermedad del 2.8%, a diferencia de otras entidades del país en donde las cifras son menores. ⁽¹⁸⁾

En 2011, el instituto nacional de estadística y geografía (INEGI), calculo que, en México más de 1,000,000 de personas padecen de artritis reumatoide, de acuerdo con la estadística, del 100% de las mujeres con esta patología, 75% estaban en edad productiva, entre los 25 y 55 años, en tanto en la población masculina sólo el 25% se ve repercutida. ⁽¹⁹⁾

Los pacientes con artritis reumatoide se enfrentan a diversos procesos relacionados con factores fisiológicos

Los pacientes que padecen artritis reumatoide se enfrentan a diversos procesos, desde la disminución y/o perdida de funciones de la vida diaria, que perjudican en mayor o menor grado su movilidad e independencia, el cuidado personal, el trabajo, etc. perturbando directa o indirectamente su autonomía económica y los roles sociales del individuo, e incluso factores emocionales.

En el estado de tabasco no hay información que reporte la actividad de la enfermedad en los pacientes con artritis reumatoide. Esto es indispensable para conocer los factores que puedan estar mermando la respuesta al tratamiento

farmacológico, también es necesario conocer el estado clínico de la población tabasqueña con artritis reumatoide.

2.1. Pregunta de investigación

¿Cuáles son los factores relacionados a la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide bajo tratamiento médico de la consulta externa de reumatología de la consulta externa del hospital Juan Graham Casasús?

3. JUSTIFICACIÓN

La artritis reumatoide es una enfermedad crónica que puede afectar significativamente la vida de los pacientes. La comprensión de los factores asociados a la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide es importante para identificar las necesidades de los pacientes, mejorar la atención médica y desarrollar intervenciones efectivas para mejorar su calidad de vida. Por lo tanto, una investigación sobre la actividad de la enfermedad y los factores asociados en pacientes con artritis reumatoide es esencial para mejorar la atención y el bienestar de los pacientes que sufren esta enfermedad. Además, la identificación del problema puede ayudar al personal de salud, los pacientes y sus familias a comprender mejor los desafíos que enfrentan los pacientes con artritis reumatoide y cómo se pueden abordar estos desafíos.

Para poder controlar la enfermedad y lograr una remisión, la actividad de la enfermedad debe ser medida de manera adecuada y puede ayudar a mejorar y

guiar el tratamiento. En la práctica clínica hay diferentes herramientas como el DAS 28, SDAI y CDAI, y aunque no hay ninguna aceptada como estándar de oro, son útiles en el seguimiento clínico de los pacientes. Por lo tanto, es necesario saber el estado de la enfermedad de la población tabasqueña con artritis reumatoide para así obtener información que nos permita modificar la manera en que se les brinda el tratamiento, así como identificar factores asociados que puedan estar provocando que el paciente no logre la remisión de la enfermedad.

4. HIPÓTESIS DEL TRABAJO

La actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide está influenciada por diversos factores, tanto clínicos como sociodemográficos. Se espera que la duración de la enfermedad, la presencia de comorbilidades, la edad y el acceso a tratamientos adecuados sean variables significativas en la determinación de la actividad de la artritis reumatoide. Asimismo, se postula que la falta de información y conciencia sobre la importancia del tratamiento, así como las barreras económicas, pueden contribuir a la falta de adherencia al tratamiento y, por ende, a un mayor grado de actividad de la enfermedad. La investigación buscará identificar y analizar estos factores para mejorar la comprensión de la artritis reumatoide y proponer estrategias más efectivas para el manejo de esta enfermedad en la población tabasqueña.

4.1. Hipótesis nula

No hay ninguna relación significativa entre la actividad de la enfermedad de pacientes con artritis reumatoide y los factores sociodemográficos, el nivel educativo, el consumo de tabaco y alcohol, la presencia de obesidad, y enfermedades crónico-degenerativas en los pacientes.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo general

Valorar la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide que reciben tratamiento, utilizando parámetros objetivos como la escala DAS 28

5.2 Objetivos Específicos.

Identificar los factores asociados con la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide, como la edad, el género, la duración de la enfermedad, la presencia de comorbilidades u otras variables clínicas relevantes.

Identificar los tratamientos utilizados en pacientes con artritis reumatoide y evaluar su impacto en la actividad de la enfermedad.

6. MATERIAL Y MÉTODOS

6.1 Diseño de investigación

Estudio descriptivo - retrospectivo. A partir de datos obtenidos de pacientes que acudan a consulta externa, complementado con su historia clínica previa y estudios de laboratorio de los pacientes pertenecientes a la consulta externa de reumatología del hospital Juan Graham Casasús.

6.2 Universo de estudio

Número total de pacientes registrados en el censo de la consulta externa de reumatología con el diagnóstico de artritis reumatoide

6.3. Temporalidad

01 de enero de 2022 a 31 de diciembre de 2022

6.4. Criterios de selección

6.4.1. Criterios de inclusión

- Pacientes adscritos al Hospital Juan Graham Casasús
- Pacientes mayores de 18 años con diagnóstico de artritis reumatoide
- Pacientes bajo tratamiento modificador de la enfermedad

6.4.2. Criterios de exclusión

- Presencia de enfermedad infecciosa al momento de la valoración
- Pacientes con neoplasias activas
- Pacientes del género masculino
- Pacientes con otra enfermedad reumatológica diferente a artritis reumatoide

6.5. Aspectos éticos

Este estudio se adhiere a las pautas establecidas por el reglamento de la ley general de salud en relación con la investigación en salud, así como a la declaración de Helsinki y sus modificaciones. Se observaron las disposiciones del título segundo, capítulo I, artículo 13 fracción I, que establece las normas oficiales mexicanas para la prestación de servicios de salud a nivel nacional en las áreas de salubridad general y su cumplimiento; todo esto se alineó con los principios éticos y científicos que respaldan el estudio. La fracción VI, que insta a promover y planificar el alcance y las modalidades del Sistema Nacional de Salud, y llevar a cabo las acciones necesarias para su consolidación y funcionamiento, será ejecutada por profesionales de la salud con la debida competencia y experiencia para preservar la integridad de los individuos. Además, se seguirán los procedimientos de autorización de las autoridades directivas de la unidad de medicina familiar 39 en Villahermosa, Tabasco, México, según lo establecido en las fracciones VII y VIII. Se considera que este estudio no presenta riesgos para los participantes, ya que se utilizaron datos extraídos de expedientes clínicos, ya sea físicos o electrónicos, y registros de datos demográficos y clínicos conforme al artículo 17, fracción II de la Ley General de Salud. Para garantizar la confidencialidad y el respeto, se llevó a cabo una investigación descriptiva retrospectiva de registro de expedientes, donde en todo momento se salvaguardó la identidad de los pacientes al no emplear sus nombres ni números de expediente, utilizando la información exclusivamente con fines estadísticos durante la investigación.

6.6. Instrumento de evaluación

Se recolectaron las variables de los pacientes con artritis reumatoide directamente del expediente clínico físico o electrónico. Se realizó una base de datos con las variables recolectadas que posteriormente fueron agregadas a la herramienta de estudio y se complementó con el uso de la escala DAS – 28 VSG o PCR.

La escala DAS-28 es una herramienta efectiva para valorar los grados de actividad de la enfermedad en los pacientes diagnosticados con artritis reumatoide. La escala incluye el recuento de 28 articulaciones dolorosas e inflamadas, la velocidad de sedimentación globular o la proteína C reactiva, y la valoración global del paciente de su estado de salud. Es una herramienta adecuada para el estudio porque permite medir el grado de inflamación, el dolor y el impacto de la enfermedad en la calidad de vida de los pacientes. Además, tiene una buena validez y fiabilidad, y se ha utilizado ampliamente en la investigación clínica y en la práctica médica. Permite clasificar a los pacientes según su nivel de remisión, actividad baja, moderada o alta, y ajustar el manejo terapéutico según las guías clínicas

6.7. Recursos, financiamiento y factibilidad

6.7.1. Recursos humanos

Investigadores: Ernesto Peralta Rodríguez, residente de la especialidad en Medicina Interna, Dr. Ernesto Hernández Alonso, especialista en reumatología. Dr. Julio César Robledo pascual, asesor metodológico.

6.7.2. Recursos materiales

Computadora personal

USB

Expedientes clínicos y electrónicos

Revistas científicas

6.7.3. Recursos financieros

Autofinanciado por investigador

6.7.4. Recursos físicos

Instalaciones del Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús

Consultorio

Escritorio

6.7.5. Factibilidad

La investigación fue viable debido al alto número de pacientes con la enfermedad y que la investigación se centró no solo en un grupo de edad por lo que se abarcó la mayoría de los pacientes

6.8. Cronograma de actividades

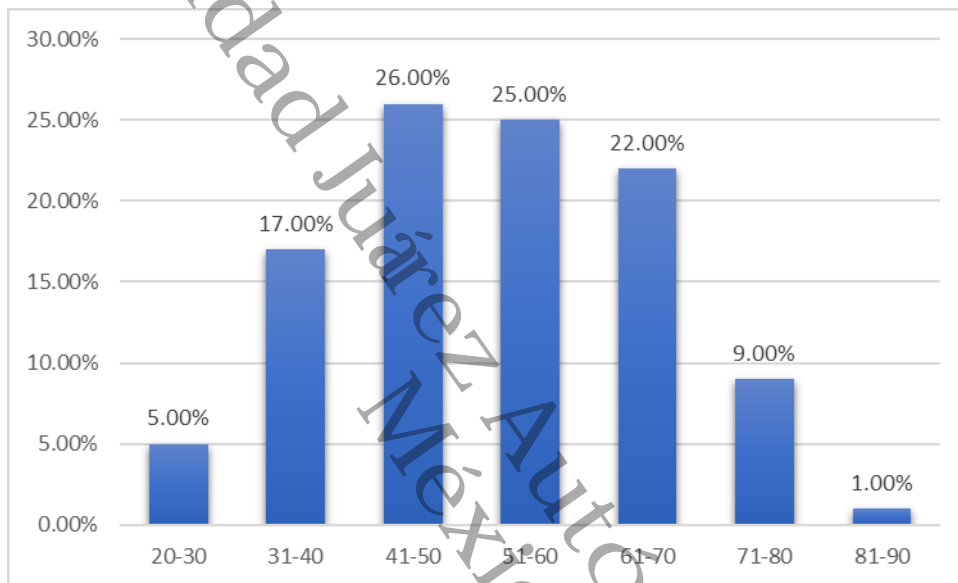
Planificación del cronograma de actividades	2023			2024		
	Febrero-	Abril-	Junio-	Agosto-	enero	febrero
Elaboración de título y formulación de pregunta relacionada a la investigación						
elaboración del planteamiento del problema						
Marco teórico de la investigación						
Justificación de la investigación						
elaboración de los objetivos						
Estudio del material y métodos de la investigación						
Selección de variables						
Realización de criterios inclusivos y exclusivos						
Autorización del proyecto						
Análisis y recopilación de datos						
Conclusiones y finalización del proyecto						

7. RESULTADOS

En el presente estudio se incluyeron un total de 201 pacientes del género femenino con diagnóstico de artritis reumatoide en el Hospital Regional de Alta Especialidad Dr. Juan Graham Casasús.

Dentro de este grupo de pacientes, predominaron los pacientes con residencia en el municipio de centro con un total de 32 pacientes, seguido del municipio de Comalcalco con 16, Cunduacán con 14 pacientes y el resto dividido entre otros municipios u otros estados.

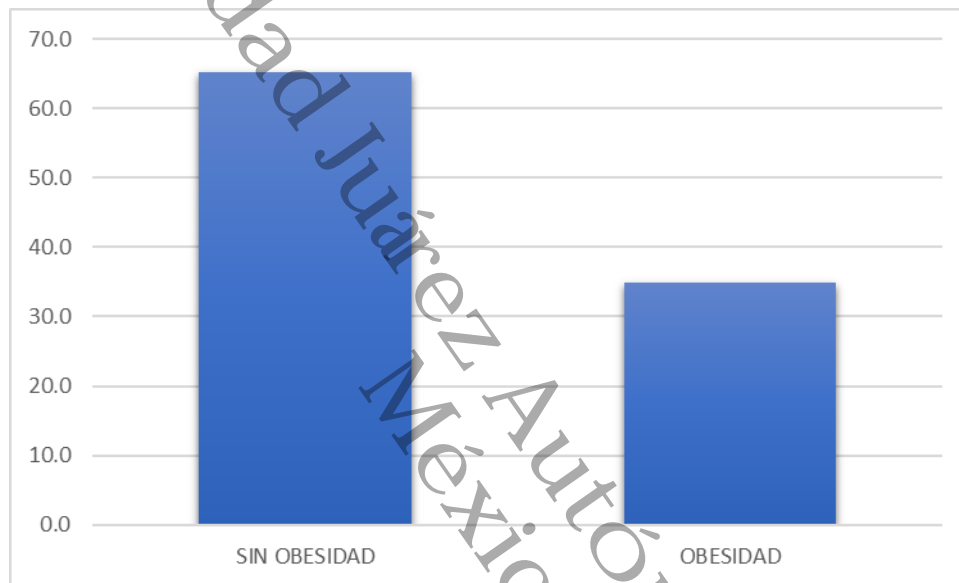
Los pacientes presentaban una edad promedio de 53.01 años (edad mínima 20 años y edad máxima 88 años). Donde el 26% corresponde a pacientes de entre 41 – 50 años, 25% corresponde a pacientes entre 51 – 60 años, 22% 61 – 70 años, 17% corresponde a 31 – 40 años, 9% de 71 – 80 años y 5% corresponde a pacientes entre 20 – 30 años.



Gráfica 1. Categoría de edad de los pacientes participantes con artritis reumatoide.

Las pacientes tenían en promedio un peso de $67.5 \text{ kg} \pm 15.5$, con un mínimo de 37 y un máximo de 133 kg. La talla promedio fue de $152 \text{ cm} \pm 6.5 \text{ cm}$ con un mínimo de 138 y un máximo de 177 cm. El índice de masa corporal promedio fue de 28.71 ± 6.56 con un IMC mínimo de 15.3 y un máximo de 53.35.

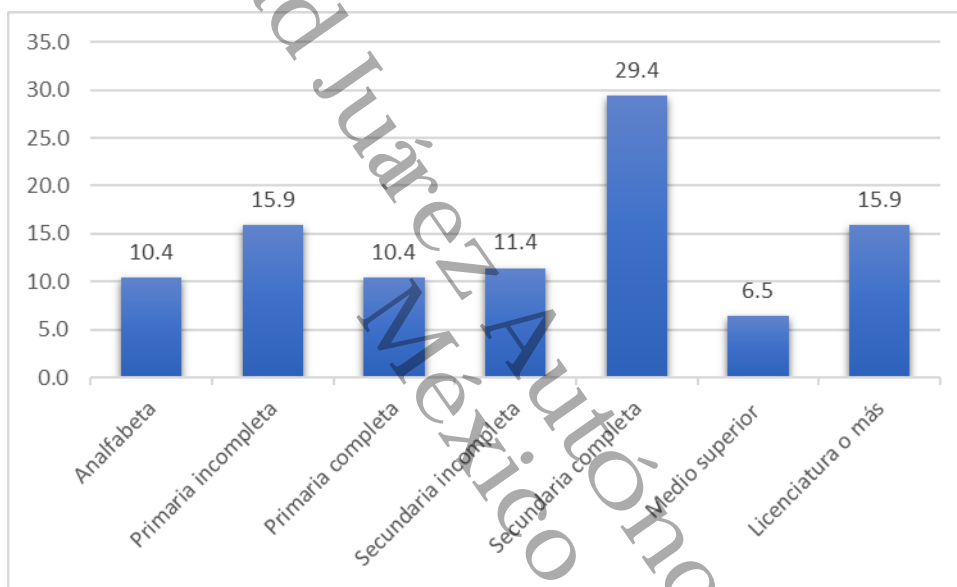
En total 70 pacientes tenía un IMC mayor de 30, lo que representa el 34.8%



Gráfica 2. Presencia de obesidad en la población con artritis reumatoide

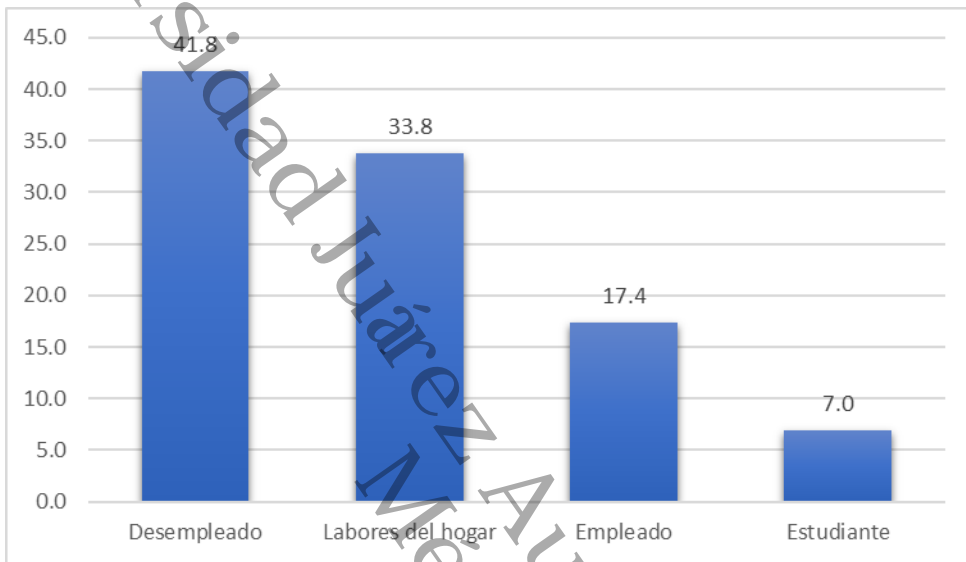
Cuando se evaluó el grado de obesidad de acuerdo con la clasificación de la OMS, el 21.5% era obesidad grado 1, 5.5% obesidad grado II y obesidad grado 3 el 7.5%.

En relación con la escolaridad de los pacientes, 29.4% tenía secundaria completa, 15.9% con primaria incompleta, 15.9% con licenciatura o más, 11.4% con secundaria completa, 10.4% con primaria completa, 10.4% era analfabeta y 6.5% tenía educación media superior.



Gráfica 3 Grado de escolaridad de los participantes

Con respecto a la productividad económica de los participantes del estudio 41.8% se encontraba desempleado, 33.8% se dedicaba a labores del hogar, 17.4% se dedicaba a alguna actividad que generaba ingresos económicos, 7% eran estudiantes.



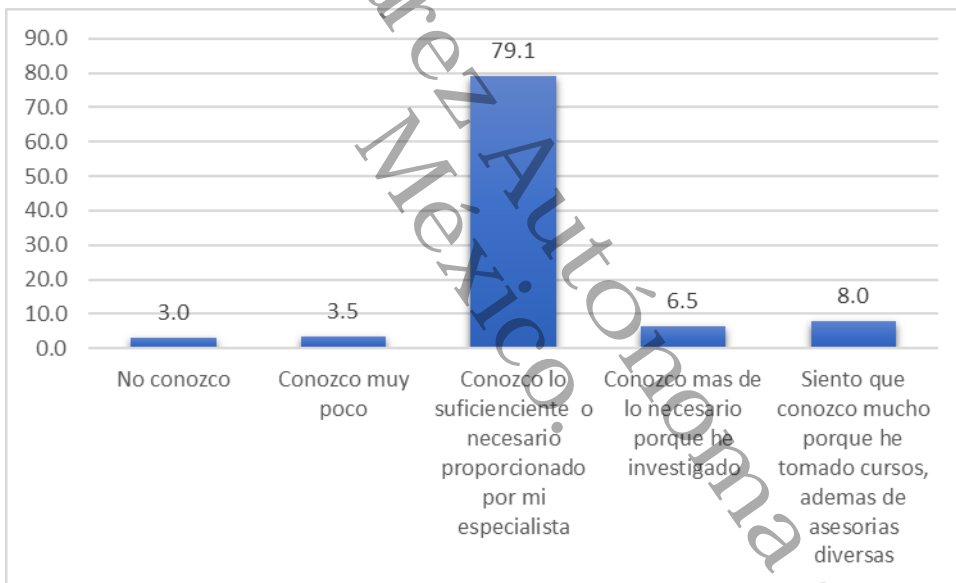
Gráfica 4. Ocupación de los pacientes estudiados con artritis reumatoide

Dentro de los factores evaluados en los pacientes. Las toxicomanías, se reportó tabaquismo positivo en 1 paciente, correspondiendo al 0.5% de la población, el resto nunca había presentado consumo de tabaco. Etilismo positivo en 17 pacientes, correspondiendo al 8.5% de los pacientes. No se reportaron otras toxicomanías.

El 2% de los pacientes reportó el antecedente de algún familiar de primer grado con alguna enfermedad autoinmune.

Referente a si habían sido tratados con esteroides previo al diagnóstico de artritis reumatoide, solo 7% de los pacientes reportó su uso.

Cuando se les cuestionó acerca del conocimiento de su enfermedad, 79.1% mencionaba conocer lo necesario, solo 8% respondió saber mucho sobre su enfermedad, 6.5% conocía lo necesario, 3.5% conocía poco y 3% desconocía por completo sobre su enfermedad.



Gráfica 5. Conocimiento sobre la enfermedad

Del total de pacientes del presente estudio, a los 6 meses el 83.1% no alcanzo remisión y solo el 16.9% sí alcanzo la remisión clínica

En cuanto a la presencia de enfermedades infecciosa relacionadas a la enfermedad y su tratamiento, 97% no adquirió ninguna infección y en menor porcentaje con 3%, si adquirió alguna infección.

Con respecto a las valoraciones de salud mental y rehabilitación. 95.5% de los pacientes en el estudio no había recibido ningún tipo de valoración por parte de salud mental, 97% no había recibido alguna consulta por parte del servicio de rehabilitación, mientras que un 4.5% y un 3% si había recibido alguna valoración por salud mental y rehabilitación respectivamente.

Al momento de valorar las comorbilidades, el 50.2% no refería presentar ninguna comorbilidad, 30.3% padecía diabetes tipo 2, 13.4% hipertensión arterial y el 6% otras comorbilidades de las cuales se encontraban infección por virus de inmunodeficiencia humana, enfermedad renal crónica, insuficiencia hepática crónica, etc.

Al valorar el apego al tratamiento médico, el 52.2% de los pacientes refiere tener un apego al tratamiento irregular, 32.8% refiere tener un buen apego al tratamiento médico, un 14.4% refiere tener un mal apego al tratamiento.

Cuando se les cuestionó de los factores de mal apego al tratamiento se clasificó como ningún factor o desconoce, un factor y más de un factor. Dentro de los factores evaluados se encontraban mala situación económica, poco apoyo familiar, problemas para transportarse a la unidad médica.

Los pacientes refirieron ninguno en un 33.3%, un solo factor 41.8%, más de un factor 24.9%.

Cuando se indagó acerca de los factores que obstaculizaban la adherencia terapéutica, se identificó que el aspecto económico era el más significativo. De los 118 pacientes consultados, 70 mencionaron que las dificultades económicas eran el único factor que afectaba su adherencia, representando un 9.8%. Además, 43 pacientes señalaron problemas económico-familiares, lo que equivalió al 6%. En casos de problemas económicos combinados con poco apoyo familiar, este escenario afectó a 5 pacientes, representando el 0.5%. Se observó que el problema familiar como único factor afectó a 14 pacientes, con un porcentaje del 2%. Finalmente, solo 2 pacientes, equivalente al 0.3%, expresaron dificultades con el transporte hacia la unidad como el único inconveniente.

Los pacientes habían sido intervenidos quirúrgicamente de cirugía ortopédica con relación a su enfermedad, solo 4 pacientes que representó el 2%. El tipo de cirugía más frecuentemente realizada a estos 4 pacientes fue cirugía de cadera.

En relación con los medicamentos que fueron reportados como parte del tratamiento, el metotrexato como monoterapia fue utilizado en 23 pacientes que representa el 11.4% de los pacientes, metotrexato con hidroxicloroquina 177 pacientes que representó el 24.7% y la combinación de metotrexato con hidroxicloroquina y Sulfasalazina, 1 solo paciente que representó el 0.5%.

Con respecto al tiempo de inicio de los síntomas en años, el promedio fue de 5.71 +- 2.6 años con un mínimo de 1 y un máximo de 20 años.

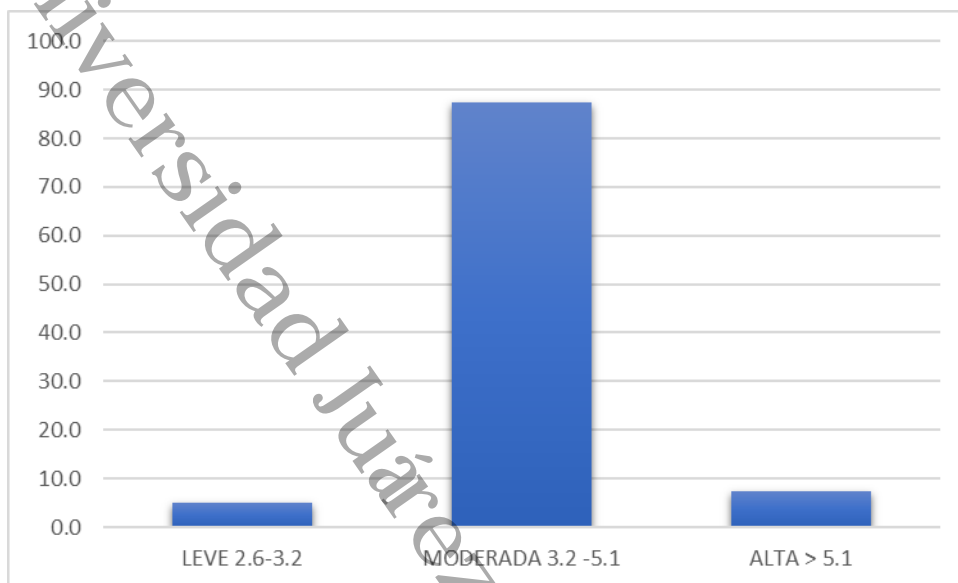
El tiempo promedio de seguimiento en meses fue 43.52 meses con un mínimo de 6 meses y un máximo de 96 meses.

El numero de articulaciones inflamadas en promedio fue de 14 articulaciones con un mínimo de 4 y un máximo de 24 articulaciones.

El promedio de puntaje de DAS 28 fue de 4.2 +- 0.71 con un mínimo de 2.9 y un máximo de 7.28

El análisis del DAS 28, mostró una distribución de tipo no paramétrica en donde el DAS 28 tuvo una media de 4.2, una mediana de 4.1 con un IC 95% (4.1 – 4.3), con un mínimo de 2.9 y un máximo de 7.28

Se obtuvo en base a los puntajes, los casos leves con un 5%, actividad moderada 87.5% y actividad alta 7.5%.



Gráfica 6. Grados de actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide.

El estudio evaluó si la presencia de obesidad tenía alguna relación con la actividad de la artritis reumatoide. Sin embargo, los resultados obtenidos a través de la prueba chi cuadrada indican que no se observa una asociación significativa entre la obesidad y la actividad de la artritis reumatoide. El valor p obtenido fue de 0.341, lo que sugiere que no hay evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula de que la obesidad no actúa como un factor independiente para la asociación con la actividad de la artritis reumatoide.

	CLASIFICACIÓN DE ACTIVIDAD DE LA ENFERMEDAD			Total
	LEVE	MODERADA	ALTA	
	2.6-3.2	3.2 -5.1	> 5.1	
SIN OBESIDAD	5	117	8	130
OBESIDAD	5	58	7	71
Total	10	175	15	201
Chi cuadrada = 0.341				

Tabla 1. Relación de la actividad de la enfermedad con la presencia de obesidad

8. CONCLUSIONES

La mayoría de los pacientes eran residentes en el municipio de centro, destacando la diversidad de origen de la muestra.

La mayoría de los pacientes afirmó conocer lo necesario acerca de su enfermedad, aunque las tasas de adherencia al tratamiento eran variadas, en más de la mitad de los pacientes calificada como irregular. El aspecto económico se destacó como la principal barrera, pero también se identificaron otros factores, como problemas familiares y de transporte, que contribuyeron a la falta de adherencia terapéutica en algunos casos.

Más del 40% de los pacientes estaban desempleados, subrayando la importancia de evaluar el impacto económico en la adherencia terapéutica. 4 de cada 10 son personas desempleadas y el restante desempeña algún tipo de actividad.

Las toxicomanías fueron poco frecuentes, con el tabaquismo en un 0.5% y el etilismo en un 8.5% de los pacientes.

Solo el 2% de los pacientes refería antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes.

En base a la escala DAS 28 no se encontró algún caso con puntaje menor de 2.6. es decir, en base a la escala no se encontró algún paciente con remisión, siendo la

actividad moderada lo que prevalece en esta muestra. Tomando en cuenta esto, los casos fueron evaluados tomando en consideración el tiempo de evolución e inicio de los síntomas y todos los casos fueron considerados como casos de tipo consolidados o tardíos, es decir, todos los pacientes tenían al menos un año o más de evolución cuando ingresaron a la institución.

Otros de los factores que se han asociado con mal pronóstico en relación con la actividad de la enfermedad, es la presencia de un IMC >30 . Al llevar a cabo la estratificación del IMC se observó en la muestra que 70 pacientes tenían este criterio que representa el 34.8%, por lo tanto, en esta muestra 3 de cada 10 pacientes tienen el criterio de obesidad.

Cuando se evaluó el grado de obesidad de acuerdo con la clasificación de la OMS, el 21.5% era obesidad grado I, 5.5% con obesidad grado II y obesidad grado III el 7.5%

No hubo asociación entre la actividad de la enfermedad y presencia de obesidad, aunque se ha descrito en la literatura, al menos en nuestra muestra no se pudo encontrar.

El valor P obtenido fue de 0.341, según los resultados de la prueba, no se puede concluir que la presencia de obesidad tenga un impacto significativo en la actividad de la artritis reumatoide en la muestra estudiada.

El tratamiento que recibe con más frecuencia los pacientes del estudio es una combinación de metotrexato con hidroxicloroquina.

9. RECOMENDACIONES

Este estudio proporciona una visión detallada de varios aspectos relacionados con la artritis reumatoide en mujeres, destacando la importancia de considerar factores demográficos, antropométricos, sociales y clínicos en la gestión y comprensión de esta enfermedad.

Dada la relevancia del factor económico en la adherencia terapéutica, sería beneficioso considerar programas de apoyo económico para pacientes con artritis reumatoide. Esto podría incluir subsidios, asesoramiento financiero y acceso a recursos que ayuden a mitigar las barreras económicas.

A pesar de que la mayoría de los pacientes afirmó conocer lo necesario sobre su enfermedad, es esencial mantener programas educativos continuos para mejorar la comprensión de la artritis reumatoide. Esto podría realizarse a través de sesiones informativas, materiales educativos y consultas regulares con profesionales de la salud.

Dado que un porcentaje significativo de pacientes no ha recibido evaluaciones de salud mental ni consultas de rehabilitación, se sugiere implementar servicios integrales de salud que aborden aspectos emocionales y de rehabilitación física. Esto podría mejorar la calidad de vida de los pacientes y potencialmente influir en la adherencia al tratamiento.

Dado que un porcentaje significativo de pacientes reportó un mal apego al tratamiento y diversos factores asociados a esto, se sugiere la implementación de programas de apoyo psicológico. Estos programas podrían abordar el impacto emocional de la enfermedad y proporcionar estrategias para superar los desafíos asociados con la adherencia.

La falta de asociación significativa entre la obesidad y la actividad de la artritis reumatoide sugiere la necesidad de investigaciones adicionales para comprender mejor esta relación compleja.

Dado que la artritis reumatoide es una enfermedad compleja con diversos aspectos clínicos y sociales, fomenta la colaboración entre profesionales de la salud de diferentes disciplinas. Un enfoque multidisciplinario puede proporcionar una atención más holística y efectiva para los pacientes.

10. BIBLIOGRAFÍA

1. Cifuentes, P., & Paola, M. (2021). *Terapia ocupacional como medio de rehabilitación para mejorar el desempeño ocupacional del autocuidado en pacientes adultos y adultos mayores con artritis reumatoide* (Bachelor's thesis, Quito: UCE).
2. Paredes Vilca, Z. J. (2020). Estudio de la calidad de vida discapacidad funcional y su relación con tratamiento fisioterapéutico en pacientes con artritis reumatoide.
3. Barfety-Servignat, V. (2023). Enfoque psicosomático de las enfermedades reumatológicas. *EMC-Aparato Locomotor*, 56(1), 1-10.
4. Toro-Gutiérrez, C. E., Arbeláez-Cortés, Á., Fernández-Aldana, A. R., Mejía-Romero, R. A., Patarroyo, P. M., Quintana, G., ... & Fernández-Ávila, D. G. (2023). 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*.
5. Vargas Matos, I. (2022). Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en un centro médico privado en Lima, Perú.
6. Longo, D. L., Fauci, A. S., Kasper, D. L., Hauser, S. L., & Larry, J. (2016). *Harrison manual de medicina*. 19 edición, McGraw Hill Educación.
7. López, A. R. (2021). Dispositivo de Asistencia para la Autonomía en las Actividades de las Manos en Pacientes con Artritis Reumatoide con Capacidad Funcional Restringida. *Departamento de Diseño*.
8. Paz Hinojosa, T. S. (2018). Tratamiento fisioterapéutico en artritis reumatoide.

9. García, D. G. (2022). Artritis reumatoide, epidemiología, fisiopatología, criterios diagnósticos y tratamiento. *Medicina e Investigación Universidad Autónoma del Estado de México*, 6(2), 47-55.
10. De Yébenes, M. G., & Loza, E. (2018). Artritis reumatoide: epidemiología e impacto sociosanitario. *Reumatol Clín*, 14, 3-6.
11. Lin Y-J, Anzaghe M, Schülke S. Update on the Pathomechanism, Diagnosis, and Treatment Options for Rheumatoid Arthritis. *Cells*. 2020;9(4):1-43.
12. Peláez-Ballestas. Cifras en México. 2021. Disponible en: <https://amepar.org.mx/cifras-en-mexico/>
13. FRIEDMANN, D. X. X. (2022). Determinantes asociados a la respuesta terapéutica en pacientes con artritis reumatoide.
14. García-Boente Aguiar, M. (2021). Estudio descriptivo de una cohorte de pacientes con Artritis Reumatoide en fase de optimización de terapia biológica.
15. Coronado, A. F. L., Maldonado, M., & Sepúlveda, M. G. (2023). Autopercepción de la calidad de vida en salud de adultos mayores en una residencia de larga estadía (ELEAM): Self-Perception of the Quality Of Life in Health of Older Adults in a Long-Stay Residence (ELEAM). *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades*, 4(1), 494-516.
16. Aquino, O. S. CALIDAD DE VIDA Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE QUALITY OF LIFE AND CAPACITY IN PATIENTS WITH RHEUMATOID ARTHRITIS.

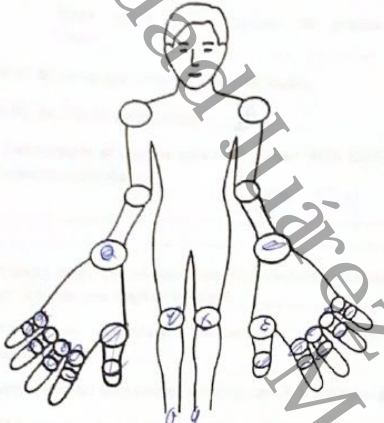
- 17.3. La capacidad funcional y la capacidad intrínseca según la OMS [Internet]. Plena Identidad. 2019 [citado 3 de diciembre de 2021]. Disponible en: <http://plenaidentidad.com/la-capacidad-funcional-yla-capacidad-intrinseca/>
18. Torres, A. V. H. (2021). Asociación entre la presencia de diabetes mellitus y el desarrollo de artritis reumatoide.
19. Reséndiz Hernández, J., Arista González, A., & Padilla Ramírez, A. J. (2021). Diseño de un sistema de artefactos auxiliares en la prevención de úlceras por presión debido a la falta de movilidad derivada de la artritis reumatoide.
20. Fonseca, G. C. (2022). *Manual de medicina de rehabilitación: calidad de vida más allá de la enfermedad*. Editorial El Manual Moderno.

11. ANEXOS

11.1. Anexo 1: Escala DAS 28

Actividad de la enfermedad (DAS 28)

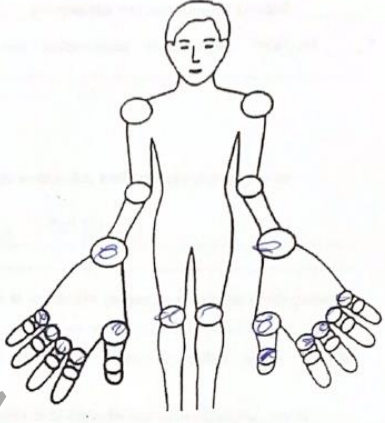
Articulaciones dolorosas



1. Conteo de articulaciones dolorosas:

2	6
---	---

Articulaciones inflamadas



2. Conteo de articulaciones inflamadas:

1	5
---	---

3. VSG (mm/h):

2	3
---	---

 o PCR (mg/l):

--	--	--

4. Valoración del paciente de la actividad de la enfermedad

¿Qué tan activa fue su artritis reumatoide en promedio durante la última semana?

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

No activaMuy activa

DAS 28:

7	1	5
---	---	---

pág. 3

11.2. Anexo 2. Cédula de recolección de datos

Actividad de la enfermedad y factores asociados en pacientes con artritis reumatoide AR.

Nombre: Amalia Hernandez Molina Expediente 253666 Teléfonos 937101304

Dirección: Parr. Encrucijada Naranjo RA Cuidem

Municipio San Mateo, estado Tab Edad 78, Talla 153 m. Peso 68 Kg. IMC 29.

Ocupación señal, Estado civil viuda Escolaridad secundaria.

Tabaquismo NO SI IT Alcoholismo. NO SI gramos/día de consumo de alcohol _____.

1. Tiene usted algún familiar de primer grado con enfermedad autoinmune NO SI ¿? Cúal? _____

Datos de patología actual y comorbilidades.

Índice de Charlson (Puntaje): 9

2. Antecedente de alguna otra enfermedad (DM, HAS), tiempo de evolución, tratamiento actual y si se encuentra controlada. viii

3. Tiempo desde que se iniciaron sus primeros síntomas AR hasta el momento en que se le realizó el diagnóstico (años) o hasta que llegó al hospital 6 May

4. Tiempo de seguimiento en años en el hospital hasta el día de la última consulta de la artritis reumatoide 13. ano

5. Hasta antes del diagnóstico o del ingreso al hospital el paciente había sido tratado con esteroides No SI diplozonal

6. ¿DAS al inicio de la consulta externa de reumatología? 1.15

7. ¿Conoce acerca de su enfermedad?

No conozco _____

Conozco muy poco _____

Conozco lo suficiente o necesario proporcionado por mi especialista. _____

Conozco más de lo necesario porque he investigado. _____

Siento que conozco mucho porque he tomado cursos, me he asesorado por otros pacientes y otros medios. _____

8. Tiempo entre el inicio de los medicamentos FARMES y remisión _____ meses.

9. Número de articulaciones inflamadas al ingreso al Hospital 15

10. NÚMERO DE FARMES Y CUALES FARMES a la llegada a la atención al hospital da 15 Oni 17.1 so mtx 10

11. Número y cuales FARMES en la última consulta (por qué fueron modificados) mtx 7.5 hda 200 mg/lo 15mg

12. Ha cursado con infecciones durante su evolución desde el inicio de tratamiento con fármacos para la remisión de la enfermedad FARMES? NO SI . Describa _____

13. ¿Ha recibido valoración por parte de salud mental? NO SI . En el hospital o en otra institución _____

14. ¿Ha recibido valoración por parte de rehabilitación física? NO SI . En el hospital o en otra institución _____

pág. 1

15. ¿Ha tenido hospitalizaciones previas? NO SI _____. Indique número de hospitalizaciones y los motivos por los cuales acudió a hospital o al servicio de urgencias. _____

16. ¿Cómo considera usted que ha sido el apego al tratamiento. A) Bueno, B) malo, C) irregular.

17. ¿Cuáles han sido los factores que se han asociado por parte del paciente relacionado con apego? poco apoyo familiar, economía, analfabetismo, otro _____

18. Cirugías previas relacionadas a la AR. (Número de procedimientos quirúrgicos en el hospital) NO SI _____. ¿Cuál cirugía? _____

Tratamiento actual de la artritis reumatoide (especificar dosis y tiempo en que se inició el tratamiento)

Medicamento	Fecha de inicio	Fecha de última consulta	vía	dosis	Efecto adverso.
metrotexate	26/02/10				
Dpenicilamina					
cloroquina					
A2 A	26/02/10	26/01/14			
clg	26/02/10	30/01/13			
Ddn	26/02/10	30/01/13			
Enbrel	14/06/11	20/01/14			
Diclofenaco	09/10/15	30/01/13			
Acetaminofeno	23/08/14				
hclu	30/01/13				
Amplouxim	30/01/13	30/01/13			