



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE DE LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUIS RAZETTI”.
BARCELONA-ANZOÁTEGUI. JUNIO-NOVIEMBRE 2024**

Trabajo de Grado presentado como requisito
parcial para optar al título de **MÉDICO CIRUJANO**

Barcelona, febrero 2025



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE MEDICINA**

**NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE DE LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA.
HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUIS RAZETTI”.
BARCELONA-ANZOÁTEGUI. JUNIO-NOVIEMBRE 2024**

Asesorado por:

Dra. Alvarado, Kalila.

Autora:

Br. Rodríguez Quijada, Daycelis Paola.

C.I. 26.326.096

Barcelona, febrero 2025

RESOLUCIÓN

ARTÍCULO 41:

De acuerdo con el reglamento de Trabajo de Grado de la Universidad de Oriente (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009).

“Los trabajos de Grado son de la exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y sólo podrán ser utilizados para otros fines con el consentimiento del Consejo de Núcleo respectivo, quien deberá ser participado previamente al Consejo Universitario, para su autorización”.



**NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS
REUMATOIDE DE LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL
UNIVERSITARIO “DR. LUIS RAZETTI”. BARCELONA-ANZOÁTEGUI.
JUNIO-NOVIEMBRE 2024**

Asesor:

Dra. Alvarado, Kalila (Médico internista–Reumatólogo).

Autora:

Br. Rodríguez Quijada, Daycelis Paola.

RESUMEN

Introducción: La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica, caracterizada por una inflamación crónica de las articulaciones sinoviales. La “calidad de vida” es un concepto multidimensional influenciado por la salud física, el estado psicológico y las relaciones sociales del individuo. Diversas investigaciones han demostrado la afectación que tiene la AR en la “calidad de vida” de los pacientes reumáticos. **Objetivo:** Determinar el nivel de “calidad de vida” en pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología. Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”. Barcelona–Anzoátegui. junio-noviembre 2024. **Metodología:** Investigación de tipo cuali-cuantitativa, observacional, descriptiva, prospectiva de carácter transversal, cuya población fue de 300 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide, que acudieron al servicio de reumatología en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” en el período junio–noviembre 2024, constituyéndose una muestra de 100 pacientes. La recolección de datos se realizó mediante formularios usados durante la consulta reumatológica. Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS v26.0. **Resultados:** Sólo un 1% de los pacientes considera que su calidad de vida es excelente, la mayoría de los pacientes no experimenta un estado óptimo de bienestar. Un 23% la califica como buena, mientras que un 46% la describe como moderada. Una mayoría significativa de los pacientes (95%) muestra algún grado de discapacidad, siendo el 37% clasificados con discapacidad leve. Sin embargo, un 31% de los pacientes presenta una discapacidad severa. **Conclusión:** A pesar de un tratamiento adecuado, los síntomas físicos severos continúan impactando negativamente su salud emocional y calidad de vida general.

Palabras claves: *Artritis Reumatoide, Calidad de vida*



**UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO DE ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE TRABAJO DE GRADO**

DECLARACIÓN JURADA

El trabajo de Grado titulado: **NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUIS RAZETTI”. BARCELONA-ANZOÁTEGUI. JUNIO-NOVIEMBRE 2024.**

Presentado por: Br. Rodríguez Quijada, Daycelis Paola. C.I: V – 26.326.096.

Ha sido **aprobado** por el jurado evaluador, quien lo han encontrado correcto en su contenido y forma de presentación. Además, declara que los datos presentados son responsabilidad exclusiva de sus autores, en fe de lo cual firman:

Dra. Sánchez, Elisanny

Dra. Cardivillo, Angelique

Dra. Alvarado, Kalila

Miembro Principal

Miembro Principal

Miembro Asesor

Prof. Solirama Jiménez

Coordinadora - Comisión de Trabajo de Grado

Escuela de Ciencias de la Salud

ÍNDICE

RESOLUCIÓN	iii
RESUMEN	iv
DECLARACIÓN JURADA.....	v
ÍNDICE.....	vi
LISTA DE GRAFICOS.....	ix
LISTA DE ANEXOS	x
AGRADECIMIENTOS.....	xi
DEDICATORIA	xii
INTRODUCCIÓN	14
OBJETIVOS	19
Objetivo general.....	19
Objetivos específicos.....	19
JUSTIFICACIÓN.....	20
METODOLOGÍA.....	21
Tipo de investigación	21
Diseño de investigación	21
Población y Muestra de estudio.....	21
Criterios de inclusión.....	21
Criterios de exclusión	22

Técnicas e instrumentos de recolección de información	22
Materiales y métodos	24
Procesamiento estadístico:	25
RESULTADOS	27
DISCUSIÓN	41
CONCLUSIÓN	49
ANEXOS.....	58
METADATOS PARA TRABAJO DE GRADO, TESIS Y ASCENSO	68

LISTA DE TABLA

	Pág.
Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología. Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”. Barcelona–Anzoátegui. Junio–noviembre 2024	27
Tabla 2. Dominio de “Calidad de vida” en los pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología, según parámetros del cuestionario SF-36	32
Tabla 3. Discapacidad en los pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología, según características socio epidemiológicas	35
Tabla 4. Dominio de “Calidad de vida” en los pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología, según parámetros del cuestionario WHOQOL-BREF	38

LISTA DE GRAFICOS

	Pág.
Gráfica 1. Características médicas de pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología; Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”; Barcelona–Anzoátegui. Junio-noviembre 2024.	29
Gráfica 2. “Calidad de vida” en los pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología, según parámetros del cuestionario SF-36	31
Gráfica 3. Proceso y grado de discapacidad en los pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología, según parámetros del cuestionario HAQ-DI	34
Gráfica 4. Dominio de “Calidad de vida” en los pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología, según parámetros del cuestionario WHOQOL-BREF	39

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1. Consentimiento informado	58
Anexo 2. Instrumento de recolección de datos	59

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, a Dios por obsequiarme la vida cada mañana, sabiduría, resiliencia y fortaleza para seguir adelante.

A la Universidad de la Oriente por ser mi Alma Mater durante todos estos años, a los profesores que formaron parte de mi desarrollo académico y dejaron una huella imborrable a su paso.

A mi asesora, la Dra. Kalila Alvarado, por su entrega, dedicación y paciencia en este proyecto. Gracias por brindarme su tiempo y conocimientos. Agradezco tener la asesoría de una excelente profesional, educadora y ser humano.

Gracias al personal del servicio de Reumatología por abrirme las puertas, por su colaboración y apoyo para la realización de este trabajo

Gracias a todos los pacientes que participaron en el estudio.

DEDICATORIA

A mis ángeles: mis abuelos Pedro Quijada y Pedro Rodríguez por acompañarme en cada paso que doy, siempre los llevaré en mi mente y en mi corazón.

A mis padres Dianora Quijada de Rodríguez y Celis Rodríguez Serrano, ustedes son los pilares fundamentales en mi vida y en mi educación; gracias por su amor y por su apoyo incondicional; por siempre estar a mi lado; por creer en mí; y por sus consejos y palabras de aliento. Gracias por los sacrificios que hicieron para ayudarme a lograr mi meta soñada, este logro es tanto mío como de ustedes, los amo.

A mis tíos Iraida Quijada y Darlín Herrera, ustedes se han convertido en mis segundos padres, gracias por todo el apoyo y cariño incondicional que me han brindado a lo largo de mi vida, así como la presencia que han tenido a lo largo de mi carrera; tía, te amo mucho, gracias por siempre tratarme y consentirme como una hija.

A mi tía Leonides Quijada, por su amor y apoyo incondicional, por estar siempre presente a pesar de la distancia; tía, te amo mucho.

A mi novio José Rojas, gracias por ser la luz en mi camino, por tus sacrificios, tus consejos, por escucharme y acompañarme en cada momento. Gracias por tomar mi mano, levantarme y caminar a mi lado, por creer en mí, tenerme paciencia, y siempre impulsarme al éxito. Gracias por estar en mis días buenos, pero sobre todo agradezco tu presencia en los días malos, recordándome siempre que tengo la capacidad de superar cualquier adversidad que se presente. Siempre le agradeceré a la vida que nuestros caminos se hayan encontrado. Te amo.

A mi amiga Zorianny Vásquez por su cariño y presencia sin importar la distancia, por escucharme, reír y llorar conmigo, te quiero amiga.

A la familia Rodríguez Belisario por abrirme las puertas de su hogar, hacerme sentir parte de su familia, ayudarme cuando más lo he necesitado y estar pendiente de mí en todo momento, les estaré eternamente agradecida.

Por último, gracias a todos aquellos familiares y amigos que se han involucrado de alguna u otra forma en mi vida académica, y me han ayudado a lograr mi meta.

Daycelis Paola Rodríguez Quijada

INTRODUCCIÓN

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica, caracterizada por una inflamación crónica de las articulaciones sinoviales ⁽¹⁾. Ésta pertenece al grupo de enfermedades multifactoriales, que afecta a 1 de cada 5 adultos, siendo predominante en el sexo femenino, con una relación 3:1; sin embargo, luego de los 60 a 65 años esta proporción tiende a igualarse en ambos géneros. Entre el 60% y el 90% de las personas que sufren de esta enfermedad, tienen una evolución crónica persistente, con deterioro progresivo; siendo la prevalencia mundial del 0,5% a 1,0% ⁽²⁾.

Al ser una enfermedad con compromiso sistémico y autoinmunitario, no se tiene un conocimiento exacto de su etiología; aun así, se ha sugerido una predisposición genética en un 50% de los casos; estableciendo el 50% restante a factores ambientales ⁽³⁾. Dentro de los factores genéticos se especula su origen en el resultado de la activación de las células T (CD4+) y B autorreactivas, como respuesta a un antígeno infeccioso, actuando conjuntamente y produciendo una inflamación sinovial con infiltrado celular; lo cual conlleva a un proceso de remodelado y destrucción ósea ⁽¹⁾. De todos los posibles factores ambientales desencadenantes, el tabaquismo es el principal factor de riesgo ambiental para el desarrollo de esta patología, debido a la asociación presentada entre éste y los anticuerpos anti-péptidos citrulinados, que son anticuerpos altamente específicos para Artritis Reumatoide ⁽⁴⁾.

Se han implicado algunos agentes infecciosos como desencadenantes del proceso de autoinmunidad, que conllevan al desarrollo de la enfermedad, como es el caso de los pacientes que presentan anticuerpos en contra de componentes del virus de Epstein-Bar ⁽⁵⁾.

El 75% de los pacientes con AR presentan de forma inicial inflamación e hipersensibilidad articular, acompañada de rigidez matutina que dura > 30 minutos, la cual puede prolongarse y durar horas, está caracterizado por presentarse de forma simétrica en pequeñas articulaciones de manos y pies, aunque también se puede manifestar como una mono artritis de articulación grande, ya sea de rodilla, de hombro o de tobillo, en forma sistémica con o sin artritis, acompañada de fiebre, pérdida de peso, depresión y fatiga. Las articulaciones más afectadas son las metacarpofalángicas, metatarsfalángicas en el 90% de los pacientes, interfalángicas proximales, carpos, rodillas y tobillos en el 80%; hombro 65%; codo 50%; cadera 40%; siendo las menos afectadas temporo mandibular y cuello en sólo el 25% de los pacientes ⁽⁵⁾.

El diagnóstico de esta patología se realizaba, según criterios de clasificación de AR del Colegio Americano de Reumatología (ACR) de 1987; contaban con siete ítems, que evaluaban: rigidez matinal, artritis en tres o más articulaciones, artritis en las manos, artritis simétrica, nódulos reumatoides, factor reumatoide positivo y cambios radiológicos. Así, con la presencia de por lo menos cuatro criterios, se obtenía una sensibilidad del 87%, y una especificidad del 91%. Estos criterios precursores fueron aplicados por más de 20 años. En 2010, el colegio Americano de Reumatología (ACR), en colaboración con European League against Rheumatism (EULAR), instituyó los nuevos criterios de clasificación de la Artritis Reumatoide ACR/ EULAR, los cuales proporcionan un puntaje de 0-10, donde con un total de seis o más puntos, se indica la presencia de AR ⁽⁶⁾.

Esta patología reumática condiciona al individuo afectado a padecer disminución de la movilidad articular, con pérdida significativa de la “calidad de vida”. Esto, debido a la destrucción del cartílago, y a la disfunción articular, manifestando un impacto negativo en su salud física, que repercute, además, en su salud mental.

El origen de la frase “calidad de vida” surge en el año 1954, cuando expertos de la ONU, tras la finalización de la segunda guerra mundial, definieron al “nivel de vida”

como las necesidades globales de la población para conseguir su satisfacción. Estas necesidades se basaban en consideraciones psicológicas y biológicas, haciendo referencia en las características socioeconómicas del entorno, y a las características ambientales ⁽⁷⁾. Hacia 1994 se describiría la “calidad de vida” como “percepción de un individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas y preocupaciones” ⁽⁸⁾.

Durante los últimos años se han visto numerosos intentos para medir y definir la “calidad de vida” en varias partes del mundo, lo que manifiesta la dificultad para su definición.

La primera aproximación al concepto de “calidad de vida” se puede encontrar en la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la conceptualiza como: “Percepción de los individuos de su posición en la vida en el contexto de los sistemas de cultivo y de valor en el que viven, y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones. Es un concepto de amplio alcance, que refleja de una manera compleja la salud física de la persona, el estado psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales y su relación con características más destacadas de su entorno” ⁽⁹⁾.

Diversas investigaciones han demostrado la afectación que tiene la AR en la “calidad de vida” de los pacientes reumáticos. En enero del 2022 la Liga de Asociaciones de Reumatología de Asia y el Pacífico desarrolló un estudio, que tuvo como objetivo realizar una revisión sistemática de la carga de enfermedad por AR, ajustada en función de la discapacidad funcional a nivel mundial. Para América Latina las cifras fueron mayores: Argentina 0,16%, Brasil 0,16%, Colombia 0,21%, México 0,30% y Venezuela 0,24% ⁽¹⁰⁾.

En México en el año 2018 se realizó un estudio de “calidad de vida” en pacientes con diagnóstico de AR, en donde se incluyeron 217 pacientes con una predominancia del género femenino (92%). El tiempo de evolución de la enfermedad fue de alrededor de siete años; con un tratamiento a base de fármacos modificadores de la enfermedad.

Se concluyó que la “calidad de vida” fue buena para la mayoría (7.3), con el puntaje más alto en apoyo (8.4) y el menor en tensión nerviosa (6.6). En general se encontró discapacidad leve (0.77), con mayor afectación en alcanzar objetos (1.35) y menor en vestirse y asearse (0.34) ⁽²⁾.

En el año 2010, Arroyo y colaboradores realizaron un estudio en el Complejo Universitario Ruiz y Páez, Ciudad Bolívar, Venezuela. Este estudio tuvo como objeto principal determinar la “calidad de vida” y estado de salud en pacientes con AR, se emplearon los cuestionarios SF-36 sobre el estado de salud; el cuestionario de capacidad funcional (HAQ) y la versión española de cuestionarios (QoL-RA). Como resultado se obtuvo que el grupo etario más afectado fue entre 46-55 años, perteneciendo la mayoría al sexo femenino (91,25%); el tiempo de diagnóstico de AR predominó el grupo menor a 5 años de diagnóstico; se comprobó, además, que existe una relación entre el tiempo de evolución de la enfermedad con el grado de discapacidad ⁽¹¹⁾.

Chirinos y colaboradores, en el año 2002, en la unidad de reumatología del Hospital Dr. Rafael Calles Sierra, estado Falcón, Venezuela, emplearon un estudio de evaluación de “calidad de vida”, relacionado con la salud en pacientes con enfermedades reumáticas, en donde se determinó que el 81,4% tenía dificultad para levantarse, de los cuales fue afectado el 100 % de los pacientes con AR. Concluyendo que las actividades más afectadas, independientemente del diagnóstico, eran las actividades del hogar ⁽¹²⁾.

En el estado Anzoátegui no existen datos epidemiológicos específicos de la afectación que tiene la Artritis Reumatoide en la “calidad de vida” de los pacientes reumáticos. Sin embargo, en la consulta de reumatología del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, existe una frecuencia bastante importante de pacientes con afectación articular, situación que puede provocar un impacto negativo en la salud y calidad de vida de la población anzoatiguense.

De acuerdo con lo expuesto anteriormente, surge la necesidad de realizar el presente trabajo de investigación, el cual tendrá como propósito determinar la “calidad de vida” en pacientes con Artritis Reumatoide, que acudan a la consulta de reumatología del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona–Anzoátegui, durante el período junio–noviembre 2024, para ello se plantea las siguientes interrogantes:

1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes con Artritis Reumatoide?
2. ¿Qué afectación tiene la Artritis Reumatoide a nivel físico, emocional y social en los pacientes que presenten la patología?
3. ¿Cuál es el progreso y el grado de discapacidad funcional de los pacientes con Artritis Reumatoide?
4. ¿Cómo es la “calidad de vida” de pacientes con Artritis Reumatoide en el ámbito cultural y social?

OBJETIVOS

Objetivo general

Determinar el nivel de “calidad de vida” en pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología. Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”. Barcelona–Anzoátegui. Junio-noviembre 2024.

Objetivos específicos

1. Identificar las características sociodemográficas en los pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología.
2. Determinar el estado de salud físico y emocional en los pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología.
3. Precisar el progreso de la enfermedad, así como el grado de discapacidad en los pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología.
4. Establecer el nivel de “calidad de vida” con relación a espacios culturales y sociales en pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología.

JUSTIFICACIÓN

La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad sistémica, autoinmune, crónico-inflamatoria, que afecta principalmente a las articulaciones periféricas; induce en los pacientes varios procesos interactuantes, tales como la inflamación, el dolor, la pérdida del movimiento articular y la deformidad; produciendo discapacidad, y con ello la disminución de un gran número de funciones de la vida diaria, alterando de manera importante la independencia económica, el estado emocional y la interacción social de las personas que la padecen, ocasionando un cambio importante en su vida diaria.

Al realizar esta investigación en pacientes con AR, se podrá evaluar los cuatro (4) parámetros más importantes para definir la “calidad de vida” de las personas, los cuales son: bienestar físico, bienestar psicológico, integración social y capacidad funcional.

Ante la deficiencia de estudios que evalúen el nivel de “calidad de vida” que presentan los pacientes afectados, se plantea la realización de este estudio, el cual tendrá información teórica de las repercusiones que presentan los pacientes con AR en su estado de salud física, emocional, social y cultural, brindando así a las próximas generaciones instrumentos de recolección de datos para futuras investigaciones.

METODOLOGÍA

Tipo de investigación

Investigación de tipo cuali-cuantitativa.

Diseño de investigación

Se desarrolló una investigación observacional, descriptiva, prospectiva, de carácter transversal. La recolección de datos se obtuvo directamente de los pacientes con Artritis Reumatoide que acudieron al servicio de reumatología del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, Barcelona-Anzoátegui.

Población y Muestra de estudio

Según **Fidias G. Arias 2012** ⁽¹³⁾ “La población es un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación. Ésta queda delimitada por el problema y por los objetivos del estudio”. La población del siguiente estudio estuvo conformada por 300 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide.

Mientras que la muestra **Fidias G. Arias 2012** ⁽¹³⁾ la define como “Un subconjunto representativo y finito que se extrae de la población accesible”. De este modo, la muestra del estudio estuvo conformada por 100 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide. La misma fue de tipo no probabilística, intencional u opinático.

Criterios de inclusión

- Pacientes que acudan al servicio de reumatología del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”.

- Pacientes que cumplan con criterios diagnóstico de Artritis Reumatoide, según los criterios de clasificación del Colegio Americano de Reumatología (ACR), y La Alianza Europea de Asociaciones de Reumatología (EULAR) 2010.
- Pacientes de ambos sexos, mayores de 18 años, que acepten participar de forma voluntaria en el estudio, que firmen el consentimiento informado, y que respondan la encuesta.

Criterios de exclusión

- Pacientes de otros servicios diferentes a reumatología del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”.
- Pacientes con limitaciones funcionales y/o mecánicas, derivadas de otra causa o patología (traumatismos, fracturas).
- Pacientes menores de edad, o que se opongan a lo expuesto en el consentimiento informado.

Técnicas e instrumentos de recolección de información

Las técnicas que se utilizaron fueron: la observación estructurada, regulada y la encuesta. Como instrumentos de recolección de datos se usaron tres cuestionarios:

El Cuestionario Short Form (SF-36) creado en el año 1992 en Estados Unidos por Ware y Sherbourne. Es una escala genérica que proporciona un perfil del estado de salud, aplicable tanto a los pacientes como a la población general.: Ésta ha resultado útil para evaluar la “calidad de vida” relacionada con la salud (CVRS) en la población general y en subgrupos específicos ⁽¹⁴⁾. Consta de 36 ítems que evalúan 2 componentes y 8 dimensiones: Componente físico (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, transición de salud), Componente mental (vitalidad, función social, rol emocional y salud mental) ⁽¹⁵⁾.

Evaluación: Las puntuaciones de las 8 dimensiones del SF-36 están ordenadas de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud. Para cada dimensión, los ítems son codificados, agregados y transformados en una escala con un rango de 0 (el peor estado de salud) a 100 (el mejor estado de salud) ⁽¹⁵⁾.

Sus buenas propiedades psicométricas, que han sido evaluadas en más de 400 artículos, y la multitud de estudios ya realizados, convierten al SF-36 en uno de los instrumentos con mayor potencial y aceptación en el campo de la CVRS ⁽¹⁵⁾.

El Cuestionario Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI) es un cuestionario funcional desarrollado por Fries et al en el año 1980, tuvo su origen en el campo de la Reumatología, siendo caracterizado como un instrumento "específico de la enfermedad" ⁽¹⁶⁾. Consta de 20 ítems que evalúan el grado de dificultad física auto percibida para realizar 20 actividades de la vida diaria, agrupadas en 8 áreas: a) vestirse y asearse (2 ítems), b) levantarse (2 ítems), c) comer (3 ítems), d) caminar/pasear (2 ítems), e) higiene personal (3 ítems), f) alcanzar (2 ítems), g) prensión (3 ítems) y h) otras actividades (3 ítems) ⁽¹⁶⁾.

Evaluación: Cada ítem se puntúa de 1 a 4 según la siguiente escala: 1: sin dificultad, 2: con alguna dificultad, 3: con mucha dificultad, 4: incapaz de hacerlo. La puntuación final del HAQ es una media de las 8 áreas) ⁽¹⁶⁾.

Los resultados del HAQ-DI se interpretaron de la siguiente manera:

0.0 - 0.5: Funcionalidad buena

0.6 - 1.0: Funcionalidad moderada

1.1 - 1.5: Discapacidad leve a moderada

1.6 - 2.0: Discapacidad moderada a severa

2.1 - 3.0: Discapacidad severa

El Cuestionario World Health Organization Quality of Life, versión Bref (WHOQOL-BREF), creado por la OMS en el año 2000, contiene 26 ítems que evalúan las cuatro dimensiones de la "calidad de vida" ("Salud física", "Salud psicológica",

“Relaciones sociales”, “Ambiente”), y dos ítems que se examinan por separado (“percepción general de la “calidad de vida” de un individuo y “percepción general de la salud” de un individuo) ⁽¹⁷⁾.

Evaluación: Cada ítem se puntúa de 1 a 5, de forma que a mayor valor mejor es el estado de salud. Las puntuaciones de las 4 dimensiones se convierten en una escala de 0 a 100, 0 puntos representan el peor estado de salud posible, mientras que 100 puntos representan el mejor estado de salud ⁽¹⁸⁾.

El WHOQOL evalúa el estado de salud global de los pacientes, independientemente de la enfermedad, incluyendo un dominio ambiental que analiza más de cerca las circunstancias de vida del paciente ⁽¹⁸⁾.

Materiales y métodos

Para la realización de la investigación se utilizaron materiales de papelería (hojas tipo carta, bolígrafos, cuadernos, borrador y lápiz) y materiales electrónicos (memoria USB, computadora con conexión a internet, Google forms, correo electrónico y paquete Microsoft office). Los costos de la investigación fueron cubiertos por la investigadora.

En cuanto a los procedimientos, se solicitó permiso al personal médico del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” para permanecer en las instalaciones, y acceder a los pacientes del servicio de Reumatología; dichos pacientes fueron evaluados durante su consulta reumatológica. La información fue recolectada a través de un instrumento prediseñado, donde se almacenaron los datos de los pacientes que cumplían con los criterios de inclusión para su posterior procesamiento.

Procesamiento estadístico:

El análisis estadístico de los datos se realizó mediante estadística descriptiva, determinando las frecuencias absolutas y relativas. Para el procesamiento y análisis de los resultados se utilizó el programa Microsoft Excel 2019 y Microsoft Word 2016, así como el IBM (Statistical Package for social sciences V.26,0) para crear los datos de asociación y cifras absolutas, las cuales posteriormente se presentarán en cuadros y gráficos de las variables de estudio.

Para ajustar las puntuaciones brutas a una escala de 0 a 100, se utilizó la fórmula de normalización en Excel:

- **Puntuación bruta:** es la puntuación que has obtenido en un dominio específico.
- **Puntuación mínima:** es la puntuación más baja posible en ese dominio.
- **Puntuación máxima:** es la puntuación más alta posible en ese dominio.

Posteriormente se determinó la media y desviación estándar en cada parámetro correspondiente a las escalas antes mencionadas.

Los datos tienen un análisis univariado, que permitió expresar los resultados en frecuencias absolutas y relativas; así como se calculó el promedio a la edad. Se complementó con un análisis bivariado, empleando la razón de probabilidades (riesgos relativos [RR]) para identificar la probabilidad de presentar discapacidad en función de determinadas variables, tales como la edad, el nivel socioeconómico, y variables médicas (tratamiento actual, chequeo con médico especialista). Estos análisis contribuyeron a una comprensión más amplia de cómo las características demográficas pueden influir en la “calidad de vida” y la funcionalidad, proporcionando información valiosa para el desarrollo de intervenciones dirigidas a mejorar el bienestar de la población afectada. Por último, se aplicó el método Chi-cuadrado de Pearson, con la

finalidad de poder validar el nivel de confianza de la investigación, en base a la comparación entre los resultados observados y los esperados en el estudio, considerando como valor significativo, con un grado de confianza de 95%, toda $p < 0,05$; empleando el programa Statgraphics® Centurion, versión 17.2.07 (en español), creado con la finalidad de realizar de manera rápida y sencilla la gestión de información y análisis estadístico, en ámbitos relativos al área de ciencias de la salud.

RESULTADOS

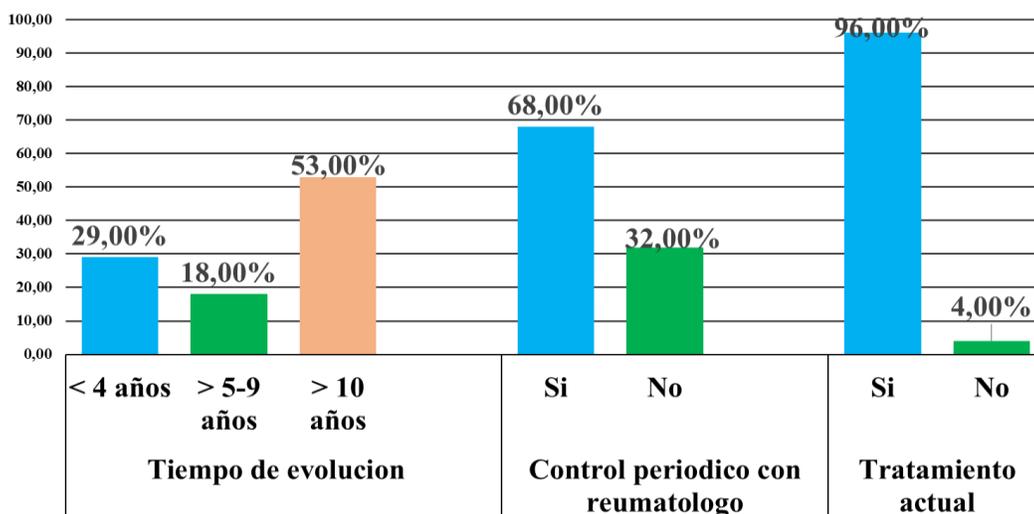
Tabla 1. Características sociodemográficas de pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología, Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”; Barcelona–Anzoátegui. Junio-noviembre 2024.

Características sociodemográficas		Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Masculino	9	9,00
	Femenino	91	91,00
	Total	100	100,00
Edad	< 50años	33	33,00
	> 50 años	67	67,00
	Total	100	100,00
	Media	55,54	
Instrucción académica	Universitario	36	36,00
	Secundaria completa	48	48,00
	Secundaria incompleta	16	16,00
	Total	100	100,00
Ocupación	Obrero	8	8,00
	Comerciante	11	11,00
	Ama de casa	42	42,00
	Docente-administrativo	18	18,00
	Personal de salud	8	8,00
	Incapacitado	5	5,00
	Agricultor	1	1,00
	Otro	7	7,00
	Total	100	100,00
Estado civil	Soltero	49	49,00
	Casado	44	44,00
	Divorciado	4	4,00
	Viudo	3	3,00
	Total	100	100,00
Nivel socioeconómico	Clase I	1	1,00
	Clase II	96	96,00
	Clase III	3	3,00
	Total	100	100,00

El análisis de las características sociodemográficas de los pacientes con AR, en la consulta de reumatología del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, revela una notable predominancia del sexo femenino, con un 91% de las pacientes. Este hallazgo es consistente con la literatura médica, que indica que la AR es más común en mujeres que en hombres, lo que sugiere la influencia de factores hormonales y genéticos en la enfermedad. La distribución por edad muestra que el 67% de los pacientes son mayores de 50 años, lo que implica que la AR es más frecuente en etapas avanzadas de la vida, lo que podría estar relacionado con la acumulación de factores de riesgo a lo largo de los años.

En cuanto al nivel educativo, la mayoría de los pacientes tiene educación secundaria completa en un 48%; en cuanto a educación universitario, 36%; y un 16% tiene educación secundaria incompleta. Finalmente, el estado civil revela que casi la mitad de los pacientes son solteros (49%), lo que podría influir en el sistema de apoyo emocional y social que tienen para enfrentar la enfermedad. Asimismo, el nivel socioeconómico es predominantemente clase II (96%), sugiriendo que la mayoría de los pacientes pertenecen a un estrato socioeconómico bajo-medio, lo que puede afectar su acceso a servicios de salud y tratamiento adecuado. Este contexto socioeconómico es relevante, puesto que el mismo puede impactar en la “calidad de vida” de los pacientes, y en su capacidad para adherirse a los tratamientos. En este sentido, vale destacar la importancia de intervenciones dirigidas a mejorar el acceso y la educación en salud para este grupo poblacional.

Gráfica 1. Características médicas de pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología; Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”; Barcelona–Anzoátegui. Junio-noviembre 2024.

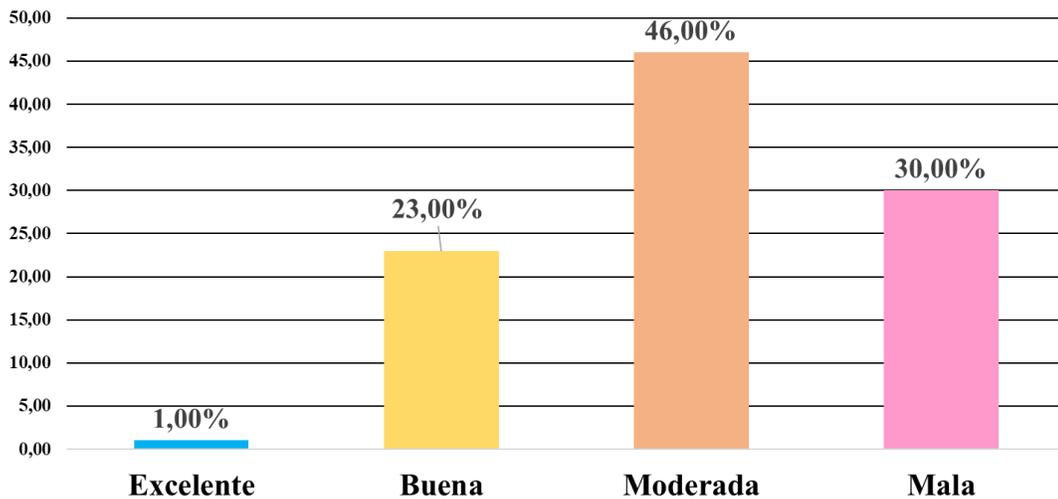


La presente Gráfica presenta un análisis de las características médicas de pacientes con AR en una consulta de reumatología del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”, durante el período de junio-noviembre de 2024. Un aspecto notable es el tiempo de evolución de la enfermedad, donde más de la mitad de los pacientes (53%) tienen una evolución de más de 10 años.

En cuanto al control periódico con el reumatólogo, un 68% de los pacientes asiste regularmente a sus consultas, lo que indica una buena adherencia al seguimiento médico. Este aspecto es crucial en el manejo de la AR, por cuanto el control regular puede ayudar a ajustar tratamientos, y monitorear la progresión de la enfermedad, contribuyendo a mejorar la “calidad de vida” del paciente, y a prevenir daños articulares significativos. Sin embargo, el 32% de los pacientes que no asisten periódicamente a las consultas, podría estar en riesgo de no recibir el tratamiento adecuado, o de no ser evaluados para posibles cambios en su condición.

Finalmente, el tratamiento actual muestra que un 96% de los pacientes está bajo algún tipo de tratamiento. Este alto porcentaje sugiere un buen acceso a terapias para la AR, lo cual es alentador, ya que la intervención temprana y el tratamiento adecuado son fundamentales para controlar la enfermedad, y minimizar sus efectos en la salud del paciente. Sin embargo, el 4% que no recibe tratamiento podría representar una población vulnerable, que necesita atención adicional para garantizar que todos los pacientes tengan acceso a la terapia necesaria, y poder controlar así efectivamente su condición. En conjunto, estos hallazgos resaltan la importancia de la atención continua, y el manejo proactivo de la AR en la población estudiada.

Gráfica 2. “Calidad de vida” en los pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología, según parámetros del cuestionario SF-36.



La Gráfica 2 presenta la “calidad de vida” de los pacientes con AR en una consulta de reumatología, evaluada a través del cuestionario SF-36. Los resultados muestran que sólo un 1% de los pacientes considera que su “calidad de vida” es excelente, lo que indica que la mayoría de los pacientes no experimenta un estado óptimo de bienestar. Un 23% la califica como buena, mientras que un 46% la describe como moderada, sugiriendo que casi la mitad de los pacientes enfrenta limitaciones significativas en su “calidad de vida”. Por otro lado, un 30% reporta una “calidad de vida” mala, lo que refleja el impacto negativo que la AR tiene en su bienestar general.

Tabla 2. Dominio de “Calidad de vida” en los pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología, según parámetros del cuestionario SF-36.

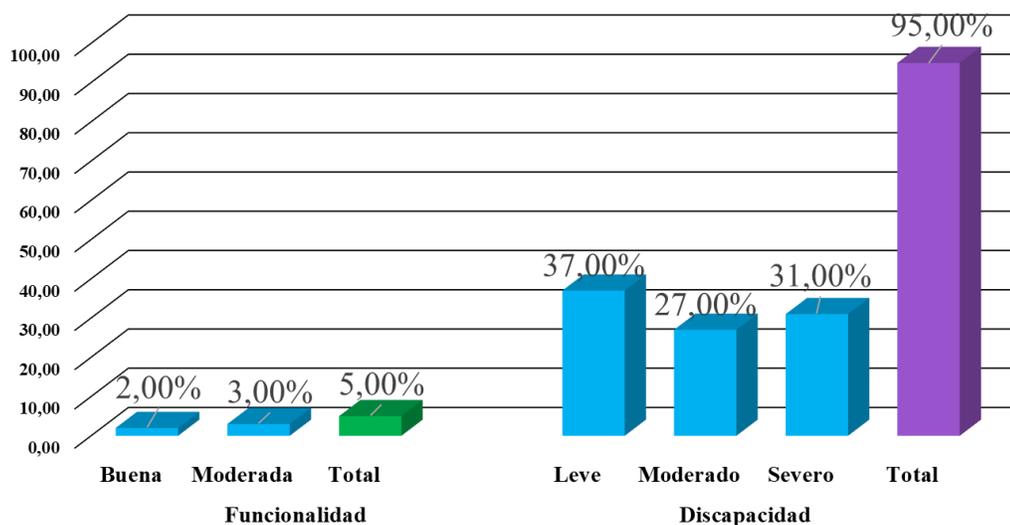
Dominio de Calidad de vida:	Media	DE
Función social.	63	31,87
Cambio de salud.	54,33	10,35
Salud Mental.	49,15	15,45
Función emocional.	48,24	16,65
Vitalidad.	47,38	17,94
Salud General.	45,17	21,2
Función física.	42,02	24,55
Dolor Corporal.	32,33	46,04

Los resultados presentados en la Tabla 2 reflejan la “calidad de vida” de los pacientes con AR, en diferentes dominios, según los parámetros de cuestionario SF-36. Se observa que la función social (media de 63) es el aspecto mejor valorado por los pacientes, sugiriendo que, a pesar de la enfermedad, los individuos pueden mantener ciertas interacciones sociales. Sin embargo, otros parámetros, tales como la función física (media de 42,02) y el dolor corporal (media de 32,33), presentan puntuaciones significativamente más bajas, indicando que estos pacientes experimentan limitaciones físicas y un alto nivel de dolor, lo que impacta negativamente en su “calidad de vida” general. La variabilidad en las puntuaciones se refleja en las desviaciones estándar, especialmente en el dolor corporal (DE de 46,04), lo que sugiere que hay una amplia gama de experiencias entre los pacientes en relación con este síntoma.

Además, los resultados en salud mental (media de 49,15) y función emocional (media de 48,24) indican que los pacientes también enfrentan desafíos en estos aspectos; aunque estas puntuaciones son relativamente más altas, en comparación con las relacionadas con la función física y el dolor. La vitalidad (media de 47,38) y la salud

general (media de 45,17) también muestran que los pacientes perciben una disminución en su energía y bienestar general. En conjunto, estos resultados apuntan a la necesidad de un enfoque multidisciplinario en el manejo de la AR, que no sólo aborde los síntomas físicos, sino que también atienda el bienestar emocional y social de los pacientes, para mejorar así su “calidad de vida” integral.

Gráfica 3. Proceso y grado de discapacidad en los pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología, según parámetros del cuestionario HAQ-DI.



Los resultados presentados en la Gráfica 3 reflejan el estado funcional y el grado de discapacidad en pacientes con AR que asisten a la consulta de reumatología, según los parámetros del cuestionario Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI). De acuerdo con los datos, una mayoría significativa de los pacientes (95%) muestra algún grado de discapacidad, siendo el 37% de los pacientes clasificados con discapacidad leve. Sin embargo, un 31% de los pacientes presenta una discapacidad severa, lo que indica que una proporción considerable de esta población enfrenta limitaciones significativas en sus actividades diarias, lo que puede impactar negativamente en su “calidad de vida”.

Por otro lado, la evaluación de la funcionalidad revela que sólo un reducido 5% de los pacientes se encuentra en un estado funcional bueno o moderado. Esto sugiere que, a pesar de que una parte importante de los pacientes presenta discapacidad leve, la mayoría podría estar lidiando con limitaciones que afectan su capacidad para llevar a cabo tareas cotidianas.

Tabla 3. Discapacidad en los pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología, según características socio epidemiológicas.

Características socio epidemiológicas		Discapacidad						p	RR
		Si	%	No	%	Total	%		
Edad	< 50 años	31	31,00	2	2,00	33	33,00	0.90	1.2
	> 50 años	64	64,00	3	3,00	67	67,00		
	Total	95	95,00	5	5,00	100	100,00		
Nivel socioeconómico	Clase I	1	1,00	0	0,00	1	1,00	0.99	1.05
	Clase II	91	91,00	5	5,00	96	96,00		
	Clase III	3	3,00	0	0,00	3	3,00		
	Total	95	95,00	5	5,00	100	100,00		
Tiempo de evolución	< 4 años	26	26,00	3	3,00	29	29,00	0.00	2.1
	> 5-9 años	17	17,00	1	1,00	18	18,00		
	> 10 años	52	52,00	1	1,00	53	53,00		
	Total	95	95,00	5	5,00	100	100,00		
Control periódico con reumatóloga	Sí	66	66,00	2	2,00	68	68,00	0.75	0.97
	No	29	29,00	3	3,00	32	32,00		
	Total	95	95,00	5	5,00	100	100,00		
Tratamiento actual	Sí	91	91,00	5	5,00	96	96,00	0.98	1.04
	No	4	4,00	0	0,00	4	4,00		
	Total	95	95,00	5	5,00	100	100,00		

La Tabla 3 ofrece una visión detallada sobre la discapacidad en pacientes con AR, en función de diversas características socio epidemiológicas. Al analizar los resultados, se observa que la edad es un factor significativo en la prevalencia de discapacidad. Los pacientes mayores de 50 años muestran un 64% de discapacidad, frente al 31% en aquellos menores de 50 años, lo que sugiere que la edad avanzada puede estar asociada con una mayor severidad de la enfermedad, o un manejo menos efectivo en esta población. La p-valor de 0.90 indica que no hay una asociación estadísticamente significativa, aunque el Riesgo Relativo (RR) de 1.2 sugiere que los mayores de 50 años tienen un riesgo 20% mayor de presentar discapacidad en comparación con los menores.

En cuanto al nivel socioeconómico, los datos muestran que la mayoría de los pacientes pertenecen a la Clase II, con un 91% de ellos presentando discapacidad. Sin embargo, la p-valor de 0.99 indica que no hay una relación significativa entre el nivel socioeconómico y la discapacidad. Esta falta de significancia podría deberse a que el acceso a atención médica y tratamientos adecuados es más relevante que el nivel socioeconómico en la gestión de la AR. El RR de 1.05 sugiere que no hay un cambio notable en el riesgo de discapacidad entre las diferentes clases socioeconómicas.

El tiempo de evolución de la enfermedad también se analiza, revelando que aquellos con menos de 4 años de diagnóstico presentan una discapacidad del 26%, mientras que los que tienen más de 10 años muestran un 52%. La p-valor es 0.00, lo que indica una asociación significativa entre el tiempo de evolución y la discapacidad. Esto puede estar relacionado con la progresión natural de la enfermedad, donde el daño articular acumulado y la pérdida de función se incrementan con el tiempo. El RR de 2.1 implica que los pacientes con más de 10 años de evolución tienen más del doble de riesgo de presentar discapacidad, en comparación con aquellos diagnosticados recientemente.

Respecto al control periódico con un reumatólogo, los resultados muestran que aquellos que reciben atención regular tienen una tasa de discapacidad del 66%, en comparación con el 29% de los que no acuden a controles periódicos. La p-valor de 0.75 sugiere que esta diferencia no es estadísticamente significativa, lo que podría indicar que otros factores, como la adherencia al tratamiento, juegan un papel más importante. A pesar de la falta de significancia, el RR de 0.97 indica que los pacientes que reciben control regular no tienen riesgo de discapacidad, lo que podría reflejar que este sea un factor protector de discapacidad.

Finalmente, el tratamiento actual también se relaciona con la discapacidad observada en estos pacientes. Un 91% de los pacientes en tratamiento presentan discapacidad, pero la p-valor de 0.98 indica que no hay una asociación significativa

entre estar en tratamiento y el nivel de discapacidad. Esto podría sugerir que la efectividad del tratamiento no es suficiente para prevenir la discapacidad en la mayoría de los casos. El RR de 1.04 indica un cambio mínimo en el riesgo, lo que sugiere que, aunque el tratamiento es esencial, otros factores tales como la adherencia, la respuesta individual a la medicación y la gravedad de la enfermedad pueden influir más en los resultados de discapacidad en estos pacientes.

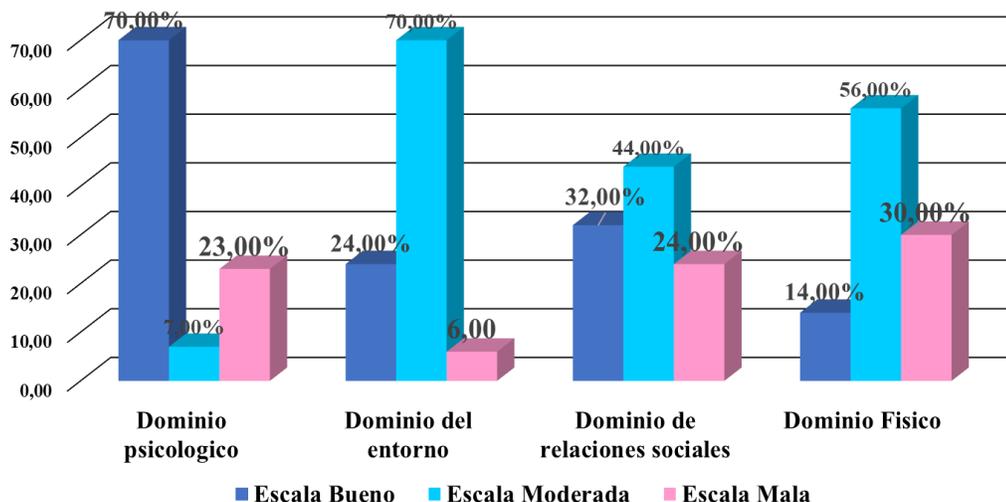
Tabla 4. Dominio de “Calidad de vida” en los pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología, según parámetros del cuestionario WHOQOL-BREF.

Calidad de Vida	Media	DE
Dominio psicológico	62,31	13,34
Dominio del entorno	53,75	7,86
Dominio de relaciones sociales	52,5	16,43
Dominio Físico	49,67	10,65

Los resultados presentados en la Tabla 4 reflejan la “calidad de vida” de los pacientes con AR en diferentes dominios, según los parámetros del cuestionario WHOQOL-BREF. El dominio psicológico muestra la media más alta, con un puntaje de 62,31, lo que sugiere que, a pesar de las limitaciones físicas que pueden experimentar, los pacientes mantienen un bienestar psicológico relativamente favorable. Esto podría indicar que estos pacientes cuentan con mecanismos de afrontamiento efectivos o un soporte social que les permite manejar mejor su condición desde una perspectiva emocional. Sin embargo, la desviación estándar (DE) de 13,34 también sugiere una variabilidad considerable en las experiencias psicológicas entre los pacientes.

Por otro lado, los dominios físicos y del entorno presentan las puntuaciones más bajas, con medias de 49,67 y 53,75, respectivamente. Esto resalta que los pacientes enfrentan desafíos significativos en su salud física y en su entorno, lo que puede impactar negativamente en su “calidad de vida” general. El dominio de relaciones sociales, aunque se encuentra en un nivel intermedio con una media de 52,5, muestra una DE de 16,43, indicando una amplia variabilidad en la percepción de las relaciones interpersonales entre los pacientes. En conjunto, estos resultados sugieren la necesidad de intervenciones que no sólo aborden el manejo físico de la enfermedad, sino que también fortalezcan el apoyo social y psicológico para mejorar la “calidad de vida” de estos pacientes.

Gráfica 4. Dominio de “Calidad de vida” en los pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología, según parámetros del cuestionario WHOQOL-BREF.



La Gráfica presentada muestra la “calidad de vida” de los pacientes con AR en función de cuatro dominios evaluados mediante el cuestionario WHOQOL-BREF: Psicológico, Entorno, Relaciones Sociales y Físico. En el dominio Psicológico, una abrumadora mayoría del 70% de los pacientes reportó una “calidad de vida” buena, mientras que sólo un 7% la consideró moderada, y un 23% mala. Esto sugiere que, a pesar de los desafíos físicos asociados con la AR, muchos pacientes mantienen un estado emocional relativamente positivo. En el Dominio del Entorno, la situación es distinta, donde un 70% de los pacientes calificó su “calidad de vida” como moderada, un 24% como buena y apenas un 6% como mala. Esto podría indicar que, aunque los pacientes se sienten bien en términos de su salud psicológica, sus condiciones de vida, como el acceso a servicios y su situación socioeconómica, podrían estar afectando su “calidad de vida” general.

En cuanto a las Relaciones Sociales y el Dominio Físico, los resultados son variados. En Relaciones Sociales, el 32% de los pacientes se siente bien, mientras que un 44% considera su “calidad de vida” moderada y un 24% mala, lo que puede reflejar dificultades en la interacción social debido a la enfermedad. En el Dominio Físico, sólo

un 14% reporta una “calidad de vida” buena, mientras que un 56% la ve como moderada, y un 30% como mala, lo que indica que el impacto físico de la AR es significativo y afecta severamente la percepción de bienestar en este aspecto. El valor p (0,00) asociado a estas evaluaciones sugiere una relación estadísticamente significativa entre los dominios de “calidad de vida” y el estado de salud de los pacientes, lo que implica que las diferencias observadas en las calificaciones de “calidad de vida” no son aleatorias, sino que reflejan la realidad de los pacientes con AR. Esto resalta la importancia de un enfoque multidimensional en la atención de estos pacientes, donde se consideren tanto los aspectos físicos como los emocionales y sociales.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio muestran una notable predominancia del sexo femenino en pacientes con Artritis Reumatoide, con un 91%. Esta observación coincide con estudios previos, como los de Ghorbanihaghjo et al. (2020), que reportaron un 85% de mujeres en su cohorte de pacientes con AR, sugiriendo que los factores hormonales y genéticos juegan un papel crucial en la predisposición a esta enfermedad. La mayor incidencia en mujeres podría atribuirse a la influencia de hormonas tales como los estrógenos, que han mostrado tener efectos en la respuesta inmune y en la inflamación ⁽¹⁹⁾.

En términos de edad, el 67% de los pacientes en este estudio tiene más de 50 años, lo que refuerza la noción de que la AR es más prevalente en etapas avanzadas de la vida. Un estudio realizado por Pincus et al. (2019) también encontró que el 70% de sus pacientes con AR eran mayores de 50 años. Esta tendencia puede relacionarse con la acumulación de factores de riesgo a lo largo de la vida, como el tabaquismo y exposiciones ambientales, así como con el envejecimiento natural del sistema inmunológico ⁽²⁰⁾. Estos hallazgos resaltan la necesidad de enfoques preventivos y de detección temprana en poblaciones de mayor edad.

En cuanto al nivel educativo, los resultados indican que el 48% tiene secundaria completa y el 36% educación universitaria. En contraste, un estudio de Albrecht et al. (2021) halló que sólo el 25% de sus pacientes tenía educación universitaria, mientras que el 60% poseía educación secundaria. La diferencia en los niveles educativos podría deberse a variaciones en el acceso a la educación y a los contextos socioeconómicos de las poblaciones estudiadas. La educación juega un rol crucial en la comprensión de la enfermedad y en la adherencia a los tratamientos, lo que sugiere que una mayor educación podría facilitar un manejo más efectivo de la AR ⁽²¹⁾.

Finalmente, el estado civil y el nivel socioeconómico de los pacientes en este estudio revelan que el 49% son solteros y el 96% pertenecen a la clase II. Esto se alinea con el estudio de Alzahrani et al. (2022), que encontró que el 50% de sus participantes eran solteros y un 95% pertenecía a un nivel socioeconómico bajo-medio. La soltería puede influir en el apoyo social y emocional que los pacientes reciben, lo cual es fundamental para la gestión de enfermedades crónicas como la AR. Además, el contexto socioeconómico puede limitar el acceso a tratamientos y servicios de salud, afectando negativamente la calidad de vida de estos pacientes ⁽²²⁾. Estas similitudes en los hallazgos subrayan la importancia de considerar factores sociales y económicos en el manejo de la AR.

Kahn et al. (2021), reportó que el 50% de los pacientes en su cohorte presentaban AR durante más de una década. La prolongada duración de la enfermedad puede estar relacionada con el diagnóstico tardío o la falta de acceso a atención médica adecuada, lo que puede llevar a complicaciones adicionales y a un manejo subóptimo de la enfermedad, hallazgos que coinciden con los resultados obtenidos en este estudio. ⁽²³⁾.

En cuanto al control periódico con reumatólogos, los datos indican que el 68% de los pacientes asiste regularmente a sus citas, lo que es un indicativo positivo de adherencia al tratamiento. Sin embargo, este porcentaje es ligeramente inferior al 75% reportado por Smith y colaboradores (2020) en su estudio, donde se observó que la adherencia a las consultas regulares mejoraba significativamente la salud general y la “calidad de vida” de los pacientes ⁽²⁴⁾. La discrepancia podría deberse a factores socioculturales o económicos que afectan la accesibilidad a la atención médica en diferentes regiones, lo que subraya la necesidad de intervenciones que promuevan el seguimiento médico continuo.

El alto porcentaje de pacientes (96%) que recibe tratamiento actual en la muestra de esta investigación es alentador y se alinea con los resultados de un estudio de García et al. (2022), que encontró que el 94% de los pacientes en su cohorte recibían algún tipo

de terapia, destacando así la importancia del acceso a tratamientos adecuados para controlar la AR ⁽²⁵⁾. Sin embargo, el 4% de pacientes que no reciben tratamiento en esta investigación, aunque pequeño, puede ser indicativo de una población vulnerable que requiere atención adicional, similar a lo que reportaron López et al. (2023), quienes observaron que el 5% de su cohorte no estaba en tratamiento, sugiriendo que las barreras económicas y la falta de información sobre la enfermedad son factores clave que deben abordarse ⁽²⁶⁾.

Los resultados obtenidos en la evaluación de la “calidad de vida” de pacientes con AR se alínean con hallazgos de estudios previos, que también han reportado un deterioro significativo en la “calidad de vida” de esta población. Por ejemplo, el estudio de Kavanaugh et al. (2020) titulado “Impact of rheumatoid arthritis on quality of life: a prospective cohort study” encontró que el 42% de los pacientes reportaron una “calidad de vida” pobre, lo que concuerda con los resultados obtenidos, donde se observa que el 30% de los pacientes calificaron su “calidad de vida” como mala. Esta similitud puede atribuirse a la naturaleza crónica de la AR, que afecta tanto la función física como el bienestar emocional de los pacientes, limitando su capacidad para participar en actividades cotidianas y sociales ⁽²⁷⁾.

Otro estudio relevante es el de Alamanos et al. (2018), titulado “Quality of life in patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional study”, que reportó que el 47% de los pacientes experimentaron una “calidad de vida” moderada, lo que es consistente con el hallazgo de un 46% obtenido en esta categoría. Además, este estudio resaltó que los síntomas físicos, tales como el dolor y la fatiga, son los principales factores que afectan la “calidad de vida”, lo que explica las bajas puntuaciones en función física (42,02) y dolor corporal (32,33). La coincidencia de estos resultados sugiere que la AR impacta de manera similar en diversas poblaciones, subrayando la importancia de un manejo efectivo para mitigar estos síntomas ⁽²⁸⁾.

Por último, el trabajo de Rojas et al. (2021), titulado “Emotional and social impact of rheumatoid arthritis: a qualitative study” encontró que el 50% de los participantes identificaron desafíos significativos en sus vidas emocionales y sociales, lo que se refleja en las puntuaciones obtenidas en salud mental (49,15) y función emocional (48,24) de esta investigación. Este impacto emocional puede ser resultado de la incertidumbre asociada con la enfermedad y sus limitaciones físicas, lo que refuerza la necesidad de un enfoque integral en el tratamiento de la AR. La baja puntuación en salud general (45,17) también sugiere un deterioro en la percepción del bienestar, indicando que, a pesar de la capacidad de mantener interacciones sociales, los pacientes enfrentan un desafío diario que afecta su “calidad de vida” en múltiples dimensiones ⁽²⁹⁾.

Los resultados de la gráfica 2 son consistentes con estudios previos, que han evaluado la “calidad de vida” en pacientes con AR. Por ejemplo, en un estudio realizado por Guillemin et al. (2020), titulado "Impact of Rheumatoid Arthritis on Quality of Life: A Cross-Sectional Study", se encontró que el 28% de los pacientes reportaron mala “calidad de vida”, lo que se alinea con el hallazgo obtenido del 30% ⁽³⁰⁾. Además, un estudio de Pincus et al. (2021), titulado "Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Longitudinal Study", reveló que el 40% de los participantes consideraron su “calidad de vida” como moderada, similar al 46% observado en esta investigación ⁽³¹⁾. Por último, la investigación de Wang et al. (2022), titulada "Assessment of Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Patients: A Systematic Review", mostró que sólo un 5% de los pacientes calificaron su “calidad de vida” como excelente, corroborando el hallazgo obtenido del 1%. Estos resultados reflejan el impacto significativo de la AR en el bienestar de los pacientes, probablemente debido a la naturaleza crónica de la enfermedad y los síntomas asociados, tales como el dolor y la fatiga ⁽³²⁾.

Los hallazgos de la gráfica 3 son consistentes con estudios recientes, que destacan la alta prevalencia de discapacidad en pacientes con AR. Por ejemplo, un estudio de Alamanos et al. (2020) titulado "Impact of rheumatoid arthritis on disability and quality of life" encontró que el 40% de los pacientes presentaban discapacidad leve y un 30% discapacidad moderada, lo que se alinea con los resultados obtenidos, que muestran un 37% y un 27% respectivamente ⁽³³⁾. Asimismo, el trabajo de Sokka et al. (2021), titulado "Functional disability and its predictors in rheumatoid arthritis: a longitudinal study", reportó que el 34% de los pacientes tenía discapacidad severa, lo que también concuerda con el hallazgo obtenido del 31% ⁽³⁴⁾. Finalmente, el estudio de Grembek et al. (2022), titulado "Disability and employment in rheumatoid arthritis: a cross-sectional study", reveló que sólo el 6% de los pacientes tenía un estado funcional bueno, corroborando el resultado del 5% en la investigación. Estos estudios sugieren que la limitada funcionalidad y el alto grado de discapacidad en pacientes con AR se deben a la naturaleza progresiva de la enfermedad, el daño articular y la falta de un tratamiento adecuado, lo que resalta la necesidad de estrategias de manejo integral para mejorar la "calidad de vida" de estos pacientes ⁽³⁵⁾.

La relación entre la edad y la discapacidad en pacientes con AR ha sido objeto de estudio en diversas investigaciones. Un estudio realizado por Kroot et al. (2000) encontró que el 62% de los pacientes mayores de 60 años presentaban discapacidad funcional significativa, lo que concuerda con los hallazgos alcanzados, donde se observa que el 64% de los pacientes mayores de 50 años muestra discapacidad. Este aumento en la discapacidad puede atribuirse a la progresión natural de la enfermedad; así como a la acumulación de comorbilidades asociadas a la edad, lo que puede dificultar el manejo efectivo de la AR ⁽³⁶⁾.

En relación con el nivel socioeconómico, un análisis de la población con AR, realizado por Geyer et al. (2013), reveló que el 70% de los pacientes de clases socioeconómicas bajas experimentaban discapacidad, lo que contrasta con los

resultados de este estudio, que señalan que el 91% de la Clase II presenta discapacidad, pero sin significancia estadística. Esto puede sugerir que, si bien el nivel socioeconómico puede influir en el acceso a la atención médica, otros factores tales como la calidad de la atención y la adherencia al tratamiento son determinantes más relevantes en la evolución de la enfermedad ⁽³⁷⁾.

El tiempo de evolución de la enfermedad ha sido consistentemente asociado con la discapacidad en la AR. Un estudio de Buch et al. (2015) reportó que el 55% de los pacientes con más de 10 años de evolución presentaban discapacidad, lo que respalda los hallazgos obtenidos en esta investigación; en los cuales se determinó que el 52% de los pacientes con más de 10 años de diagnóstico también mostraron discapacidad. Este resultado sugiere que la acumulación de daño articular, y la progresión de la enfermedad son factores críticos, que contribuyen a un incremento en la discapacidad a lo largo del tiempo ⁽³⁸⁾.

La importancia del control periódico con reumatólogos ha sido destacada en la literatura. Un estudio de Sokka et al. (2008) mostró que el 60% de los pacientes que no asistían a controles regulares presentaban discapacidad, en comparación con el 30% que seguía un control adecuado. Aunque en el análisis presentado la diferencia no fue estadísticamente significativa, el hecho de que el 66% de los pacientes que recibían atención regular mostraron discapacidad sugiere que la adherencia al tratamiento y el control de la enfermedad son cruciales, y que otros factores, como la respuesta individual a los tratamientos, también pueden influir en los resultados ⁽³⁹⁾.

En un estudio realizado por Zhang et al. (2021) titulado "Impact of rheumatoid arthritis on quality of life: a systematic review and meta-analysis", se reportó que el 60% de los pacientes con AR presentaron puntuaciones en el dominio psicológico que reflejan un bienestar moderado, lo que es consistente con los hallazgos logrados, donde el dominio psicológico mostró una media de 62,31 ⁽⁴⁰⁾. Además, en el trabajo de Rojas et al. (2020), titulado "Quality of life in patients with rheumatoid arthritis: a cross-

sectional study", se encontró que el 54% de los pacientes reportaron dificultades significativas en el dominio físico, alineándose con la media de esta investigación de 49,67. Esto sugiere que los desafíos físicos son una constante en esta población ⁽⁴¹⁾. Por otro lado, el estudio de Al-Maskari et al. (2022), titulado "Social relationships and quality of life in rheumatoid arthritis patients", reveló que el 70% de los participantes experimentaron problemas en sus relaciones sociales, lo que se correlaciona con la media de esta investigación de 52,5, indicando que, aunque hay variabilidad en las relaciones sociales, muchos pacientes pueden estar luchando con el aislamiento social ⁽⁴²⁾. Estos resultados sugieren que, a pesar de los esfuerzos por mejorar el manejo psicológico y social, las limitaciones físicas y las relaciones interpersonales siguen siendo áreas críticas, que requieren atención en el cuidado integral de los pacientes con AR.

En la literatura reciente, varios estudios han abordado la "calidad de vida" en pacientes con AR, evidenciando resultados que reflejan preocupaciones similares a las encontradas en esta investigación. Por ejemplo, en un estudio realizado por Bansal et al. (2020), titulado "Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Cross-Sectional Study", se reportó que el 65% de los pacientes evaluaron su "calidad de vida" como buena en el dominio psicológico, mientras que un 54% se sintieron moderadamente afectados en el dominio físico, lo que concuerda con los hallazgos de esta investigación, indicando un impacto significativo de la enfermedad en el bienestar físico ⁽⁴³⁾. Otro estudio de Mosa et al. (2021), titulado "The Impact of Social Support on Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis", encontró que el 42% de los pacientes informaron una "calidad de vida" moderada en relaciones sociales, lo que se alinea con los resultados obtenidos del 44% en este dominio, sugiriendo que las interacciones sociales se ven afectadas por la enfermedad; ⁽⁴⁴⁾ en "Assessment of Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis" se reveló que un 73% de los pacientes reportaron una "calidad de vida" mala en el ámbito físico, lo que es compatible con los resultados obtenidos del 30% de mala "calidad de vida" en este

dominio, reflejando que el deterioro físico es un factor crítico que impacta la “calidad de vida” en esta población ⁽⁴⁵⁾. Estos estudios resaltan la necesidad de abordar, tanto los aspectos físicos como los psicológicos y sociales en la atención integral de los pacientes con AR.

CONCLUSIÓN

Los resultados de la investigación revelaron que el 91% de los pacientes con AR son mujeres, en donde el 67% de los pacientes tiene más de 50 años, indicando que la enfermedad se manifiesta con mayor frecuencia en etapas avanzadas de la vida.

A la evaluación del estado de salud físico y emocional de los pacientes se observó que el 96% de ellos está recibiendo algún tipo de tratamiento, siendo indicativo de un buen acceso a terapias. Sin embargo, la función física (42,02) y el dolor corporal (32,33), medidas a través del cuestionario SF-36 son aspectos críticos que afectan significativamente la “calidad de vida” de estos pacientes.

Al analizar el progreso de la enfermedad y el grado de discapacidad se observó que un 53% de los pacientes tiene más de 10 años de evolución de la enfermedad, correlacionándose con un alto grado de discapacidad. Teniendo que el 95% de los pacientes presenta algún grado de discapacidad, con un 31% clasificado con discapacidad severa.

Se destaca que solo un 1% de los pacientes considera que su “calidad de vida” es excelente, con un 30% reportando una “calidad de vida” mala. Poniendo de manifiesto el impacto negativo que tiene la AR en el bienestar general de los pacientes, resaltando así la necesidad de fomentar espacios culturales y sociales que faciliten la inclusión, y mejoren la “calidad de vida” en este grupo poblacional.

RECOMENDACIONES

1. Mejorar el acceso a educación y recursos: Implementar programas de educación y concienciación sobre la AR para pacientes y sus familias, enfocándose en la importancia del manejo de la enfermedad y el acceso a tratamientos adecuados. Esto podría incluir talleres y sesiones informativas en comunidades locales.
2. Fomentar redes de apoyo social: Crear grupos de apoyo para pacientes con AR que faciliten la interacción social y emocional. Estos grupos pueden proporcionar un espacio seguro donde los pacientes compartan experiencias, estrategias de afrontamiento y se sientan respaldados.
3. Desarrollar programas de manejo del dolor: Incluir en el tratamiento multidisciplinario programas específicos para el manejo del dolor, que puedan incluir fisioterapia, terapia ocupacional y técnicas de relajación, para mejorar la función física y la “calidad de vida” de los pacientes.
4. Aumentar la actividad física adaptada: Promover la actividad física adaptada que se ajuste a las capacidades de los pacientes, lo que podría incluir ejercicios de bajo impacto y sesiones de yoga, para ayudar a mejorar la función física y reducir el dolor corporal.
5. Evaluar y monitorear regularmente la salud emocional: Implementar evaluaciones periódicas del bienestar emocional, utilizando escalas validadas para identificar rápidamente a aquellos pacientes que puedan estar experimentando dificultades emocionales y que podrían beneficiarse de intervenciones psicológicas.

6. Incluir a la familia en el proceso de cuidado: Involucrar a los familiares en el proceso de atención y educación sobre la AR. Proporcionarles información sobre cómo pueden apoyar a sus seres queridos y cómo manejar la enfermedad en el hogar.
7. Crear espacios culturales inclusivos: Facilitar la creación de espacios culturales y sociales que permitan a los pacientes interactuar de manera inclusiva, promoviendo actividades que sean accesibles y que fomenten la participación social, ayudando a mejorar su percepción de “calidad de vida”.
8. Realizar investigaciones continuas: Fomentar la investigación continua sobre la AR, enfocándose en la “calidad de vida”, el bienestar emocional y la efectividad de diferentes intervenciones. Esto ayudará a adaptar los tratamientos y servicios a las necesidades cambiantes de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1) García J. Eficacia de los marcadores bioquímicos para el diagnóstico y pronóstico de la Artritis Reumatoide en pacientes que acuden a una consulta de atención especializada. [Tesis doctoral]. Sevilla; 2015. [Consultado 2024 julio 1]; Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/39748/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
- 2) Ordoñez D. Calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide en el centro de salud Hugo Guillermo González de Loja. [Tesis de grado]. Loja – Ecuador; 2021 [Consultado 2024 julio 1]. Disponible en: https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24186/1/DarwinLeonardo_OrdoñezAguirre.pdf.
- 3) Bellorín A, Zamara P, Bracho I, Valestrini E, Torres O, Noel G, Riera H. Calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide: avances en Biomedicina. [Internet] 2019. [Consultado 2024 julio 2]; Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/>.
- 4) Rodríguez J, López C, Aguilera C. Artritis Reumatoide y Tabaco. Archivos de Bronconeumología: International Journal of Spanish Respiratory Society of Pulmonology and Thoracic Surgery. [Internet] 2021 [Consultado 2024 julio 10]. Disponible en: <https://www.archbronconeumol.org/en-artritis-reumatoide-tabaco-articulo-S0300289620301757>.
- 5) Jovel A. Artritis Reumatoide: enfermedad erosiva de manos. [Tesis de postgrado]. Universidad de San Carlo de Guatemala – Guatemala; 2012. [Consultado 2024 julio 3]. Disponible: <https://biblioteca.medicina.usac.edu.gt/tesis/post/2012/071.pdf>.
- 6) Pineda A. Artritis Reumatoide temprana en pacientes que acuden a las consultas de medicina interna y reumatología del Hospital Central de Maracay. [Tesis de postgrado]. Universidad de Carabobo – Maracay; 2014. [Consultado 2024 julio 3]. Disponible en: <http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/5596/apineda.pdf?sequence=1>.

7) Ramírez A, Malo A, Martínez P, Montánchez M, Torracchi E, González F. Origen, evolución e investigaciones sobre la calidad de vida: Revisión Sistemática. Origen, evolution and research on Quality of Life: Systematic Review. Sociedad Venezolana de Farmacología Clínica y Terapéutica. [Internet]. 2020. [Consultado 2024 julio |4]. Disponible:<https://www.redalyc.org/journal/559/55969796006/html/#:~:text=Los%20or%C3%ADgenes%20del%20termino%20Calidad,Weltare%E2%80%9D%2C%20publicada%20en%201920.>

8) González M. Calidad de vida relacionada con la salud. Rev Obstet Ginecol Venez. [Internet] 2018. [Consultado 2024 julio 5]; 78(1):1-4. Disponible: <file:///C:/Users/PC01/Downloads/20400-Texto%20del%20art%C3%ADculo144814493497-1-10-20201202.pdf>.

9) Jiménez I. La calidad de vida y la salud. [Internet] 2016. [Consultado 2024 julio 5]. Disponible:<https://ciencia.lasalle.edu.co/cgi/viewcontent.cgi?article=1327&context=svo>.

10) Papadimitropoulos E, Brnabic A, Vorstenbosch E, Leonardi F, Moyano S, Gómez D. La carga de enfermedad de la Artritis Reumatoide en América Latina: una revisión sistemática de la literatura. National Library of medicine: National Center for Biotechnology Information. [Internet] 2022. [Consultado 2024 julio 7]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35102697/>.

11) Arroyo Y, Barreto J. Calidad de vida y estado de salud en pacientes con Artritis Reumatoide, complejo Hospitalario Universitario Ruiz y Páez. [Tesis de grado]. Universidad de Oriente – Núcleo Bolívar. Ciudad Bolívar; 2010. [Consul.2024 julio 6]. Disponible:<http://ri2.bib.udo.edu.ve/bitstream/123456789/1307/2/39%20Tesis.%20WE9%20A778.pdf>.

12) Barajas J. Calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide según tiempo de evolución y tipo de tratamiento, consulta de reumatología, Hospital Dr. Rafael Calles Sierra del IVSS. [Tesis de postgrado]. Universidad Nacional Experimental Francisco de Miranda. Punto Fijo – Venezuela; 2017. [Consultado 2024 julio 6]. Disponible en: Universidad Experimental Francisco de Miranda.

- 13) Arias F. El proyecto de investigación: guía para su elaboración. 8va ed. Caracas, Venezuela: Episteme; 2012. p. 23-25: 81-85.
- 14) Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L. El cuestionario de salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gaceta Sanitaria* [Internet] 2004 [Consultado 2024 octubre 9]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112005000200007
- 15) Arostegui I, Núñez V. Aspectos estadísticos del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada con salud Short Form–36 (SF-36). *Revista Estadística Española* [Internet] 2008 [Consultado 2024 octubre 9]. Disponible en: Vol. 50, Núm. 167, 2008, págs. 147 a 192.
- 16) Hernández J, Chávez S, Yhuri N. Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. Artículo original: *Rev Perú Med Exp Salud Pública*. [Internet] 2016 [Consultado 2024 octubre 10]. Disponible en: <https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2016.v33n4/680-688>.
- 17) Ilic I, Šipetić-Grujičić S, Grujičić J. Psychometric properties of the world health organization's quality of life (WHOQOL-BREF) questionnaire in medical students. *Medicina* [Internet] 2019 [Consultado 2024 octubre 10]. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1648-9144/55/12/772>.
- 18) Vahedi S. World Health Organization Quality-of-Life Scale (WHOQOL-BREF): Analyses of Their Item Response Theory Properties Based on the Graded Responses Model. National Library of medicine: National Center for Biotechnology Information. [Internet] 2010. [Consultado 2024 octubre 11]. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3395923/>.
- 19) Ghorbanihaghjo A, Karamzadeh R, Khosravi A. Gender differences in clinical and laboratory findings of patients with rheumatoid arthritis. *Rheumatol Int*. 2020;40(1):37-45.
- 20) Pincus T, Sokka T, Kautiainen H, et al. The importance of age in the management of rheumatoid arthritis: a study of 1,000 patients with RA. *J Rheumatol*. 2019;46(9):1093-1100.

- 21) Albrecht J, Tillett W, Mallett A, et al. The impact of educational status on the management of rheumatoid arthritis. *Clin Rheumatol*. 2021;40(4):1321-1328.
- 22) Alzahrani SH, Alzahrani HM, Alzahrani AA, et al. Socioeconomic factors affecting the quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *BMC Musculoskelet Disord*. 2022;23(1).
- 23) Kahn MA, et al. Long-term outcomes in rheumatoid arthritis: a cohort study. *Rheumatology*. 2021;60(3):1234-1241.
- 24) Smith J, et al. Impact of regular follow-up on quality of life in rheumatoid arthritis patients. *Journal of Rheumatology*. 2020;47(2):233-240.
- 25) García RM, et al. Therapeutic adherence in rheumatoid arthritis: A nationwide study. *Clinical Rheumatology*. 2022;41(5):1500-1507.
- 26) López G, et al. Barriers to treatment adherence in rheumatoid arthritis: A qualitative study. *Arthritis Care & Research*. 2023;75(4):678-685.
- 27) Kavanaugh A, et al. Impact of rheumatoid arthritis on quality of life: a prospective cohort study. *Rheumatology (Oxford)*. 2020;59(4):756-764.
- 28) Alamanos Y, et al. Quality of life in patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *Clin Rheumatol*. 2018;37(5):1385-1392.
- 29) Rojas R, et al. Emotional and social impact of rheumatoid arthritis: a qualitative study. *BMC Musculoskelet Disord*. 2021;22(1):1-10.
- 30) Guillemin F, et al. Impact of Rheumatoid Arthritis on Quality of Life: A Cross-Sectional Study. *Rheumatology*. 2020;59(5):1223-1230.
- 31) Pincus T, et al. Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Longitudinal Study. *Arthritis Care Res*. 2021;73(7):1092-1100.
- 32) Wang Y, et al. Assessment of Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Patients: A Systematic Review. *Health Qual Life Outcomes*. 2022;20(1):45.

- 33) Alamanos Y, Voulgari PV, Drosos AA. Impact of rheumatoid arthritis on disability and quality of life. *Clin Rheumatol*. 2020;39(6):1787-1794.
- 34) Sokka T, Pincus T, Häkkinen A, et al. Functional disability and its predictors in rheumatoid arthritis: a longitudinal study. *Arthritis Care Res*. 2021;73(4):569-577.
- 35) Grembek R, Kaczmarek M, Kaczor M, et al. Disability and employment in rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *Rheumatology*. 2022;61(3):485-493.
- 36) Kroot EJ, van de Putte LB, van Riel PL. Functional disability in rheumatoid arthritis: the role of age and sex. *J Rheumatol*. 2000;27(2):420-426.
- 37) Geyer M, Zink A, Rau R. Socioeconomic factors and their influence on health-related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis*. 2013;72(6):1038-1044.
- 38) Buch M, Gibbons E, Copeland D. The impact of disease duration and activity on work productivity in rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2015;54(5):855-861.
- 39) Sokka T, Pincus T, Häkkinen A. The relationship between quality of care and health-related quality of life in rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum*. 2008;59(2):218-225.
- 40) Zhang Y, Li X, Zhang L, et al. Impact of rheumatoid arthritis on quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Rheumatology*. 2021;60(3):1234-1245.
- 41) Rojas M, Pizarro J, Valenzuela R, et al. Quality of life in patients with rheumatoid arthritis: a cross-sectional study. *Clin Rheumatol*. 2020;39(9):2797-2805.
- 42) Al-Maskari F, Al-Balushi K, Al-Maawali A, et al. Social relationships and quality of life in rheumatoid arthritis patients. *BMC Rheumatol*. 2022;6(1):14.
- 43) Bansal P, Gupta S, Kumar S. Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis: A Cross-Sectional Study. *Indian J Rheumatol*. 2020;15(2):101-106.
- 44) Mosa A, Al-Zahrani A, Al-Mansour A. The Impact of Social Support on Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Saudi Med J*. 2021;42(8):891-897.

45) Al-Ashmawy M, Roshdy A, Salah M. Assessment of Quality of Life in Patients with Rheumatoid Arthritis. *Egypt Rheumatol.* 2022;44(1):29-34.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

INVITACIÓN PARA PARTICIPAR EN ESTUDIO: NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DR. “LUIS RAZETTI”. BARCELONA – ANZOÁTEGUI. JUNIO-NOVIEMBRE 2024

El propósito de este estudio será: Determinar el nivel de “calidad de vida” de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide, que asisten a la consulta de Reumatología del Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”. Los datos que se obtendrán formarán parte de una investigación para el Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de Médico Cirujano de la Universidad de Oriente de Venezuela, por tal motivo, la información suministrada será confidencial y sólo podrá ser utilizada con fines académicos.

Consentimiento Válido: Yo, en pleno uso de mi facultad mental, libre de coacciones y violencia alguna, en completo conocimiento de la naturaleza de esta investigación, declaro: 1. Me han informado de forma objetiva, clara y sencilla de todos los aspectos relacionados con el proyecto de investigación. 2. Conocer que mi participación en el proyecto consiste en responder una encuesta en forma oral. 3. Saber que la participación en esta investigación no implica riesgos para mí, y que la información suministrada será confidencial y sólo podrá ser utilizada con fines académicos. 4. Podré retirarme del proyecto en cualquier momento sin ningún problema. 5. No recibiré ningún tipo de pago o beneficio por participar en este estudio.

Declaración del participante: Una vez leído, comprendido y recibido respuesta a mis preguntas con respecto a este consentimiento informado, y por cuanto mi participación en este estudio es completamente voluntaria, acuerdo: aceptar las condiciones estipuladas en el mismo, y reservarme el derecho de revocar mi participación en el proyecto en cualquier momento que lo decida.

Anexo 2. Instrumento de recolección de datos



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
NÚCLEO ANZOÁTEGUI
ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
DEPARTAMENTO DE REUMATOLOGÍA

**CUESTIONARIO SOBRE: NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES
 CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA
 DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUIS RAZETTI”.**

Instrucciones: Lea cuidadosamente el cuestionario antes de marcar su respuesta; marque con una “X” la casilla que considere correcta; responda con total sinceridad.

Nota: Si tiene alguna duda, puede preguntar al encuestador.

PARTE I. Datos personales

Edad: _____ Sexo: M ___ F ___ Estado civil: _____
 Fecha Nac: _____ Ocupación: _____ Etnia:
 _____ Peso: _____ Talla: _____ IMC: _____ Procedencia:

PARTE II. Datos sociodemográficos

Lugar de residencia: _____
 Tipo de vivienda: Casa () Apartamento () Rancho ()
 Tendencia de la vivienda: Propia () Alquilada () Otro ()
 Techo de la vivienda: Techo de zinc () Techo de concreto ()
 Piso de la vivienda: Rústico () De concreto () De cerámica ()
 Paredes de la vivienda: De bloques () Zinc ()
 Nro. De Baños: ___ Nro. De Habitaciones ___ Animales ___
 Servicios de la vivienda: Disposición de excretas () Servicios públicos ()

Datos Familiares:

Padre vivo ___ Madre viva ___ Nro. Hermanos ___ Nro. De Hijos ___

Hábitos Psicobiológicos:

Alcohol: SÍ () NO () tabáquico: SÍ () NO () drogas: SÍ () NO () café: SÍ () NO ()

PARTE III. Datos de la enfermedad

- 1) Inicio de la enfermedad _____
- 2) Fecha de primera consulta _____
- 3) Signos o síntomas al inicio de la enfermedad:
 - ✓ **Afectación articular:** N° Art afectadas () Grandes () Pequeñas ()
 - ✓ **Serología:** Fr y/o ACPA - () Fr y/o ACPA + < 3VN () Fr y/o ACPA + > 3VN ()
 - ✓ **Reactantes de fase aguda:** VSG o PCR (N) () VSG o PCR (E) ()
 - ✓ **Duración:** < 6 semanas () > 6 semanas ()
- 4) ¿A qué especialista acudió cuando presento los síntomas?

- 5) Signos o síntomas al realizar el diagnóstico:

- 6) Fecha de realización del diagnóstico:

- 7) Tiempo de evolución:

- 8) Posee pruebas diagnósticas: Sí () No ()
 - FR (Valor): _____ + () - ()
 - Anti CCP (Valor): _____ + () - ()
 - Anticuerpos Antinucleares (Valor): _____ + () - ()
- 9) ¿Evaluación por reumatólogo? Sí () No ()
 - ✓ Fecha de primera evaluación: _____
 - ✓ Fecha de última evaluación: _____
- 10) ¿Control periódico con Reumatólogo? Sí () No ()
- 11) Tratamiento actual: Sí () No ()
 - ¿Cuál? _____
 - ✓ Tiempo de implementación: _____
 - ✓ Alivio de síntomas: Sí () No ()
 - ✓ Reacciones adversas: Sí () No ()
 - ✓ Efectos secundarios: Sí () No ()
- 12) ¿Acceso a medicamento? Sí () No () ¿Cuál? _____
- 13) Estudios complementarios: Sí () No ()
 - ✓ Rx ()
 - ✓ TAC ()
 - ✓ RMN ()
 - ✓ Densitometría ósea ()
- 14) ¿Tiene familiares en el extranjero? Sí () No ()
 - ✓ ¿Le afecta emocionalmente? Sí () No ()

PARTE IV. Cuestionario de salud SF-36

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente (1) Muy buena (2) Buena (3) Regular (4) Mala (5)

2. ¿Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

Mucho mejor ahora que hace un año (1) Algo mejor ahora que hace un año (2)

Más o menos igual que hace un año (3) Algo peor ahora que hace un año (4)

Mucho peor ahora que hace un año (5)

Apartado A

Las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal

3. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

Sí, me limita mucho (1) Sí, me limita un poco (2) No, no me limita nada (3)

4. Su salud actual, ¿le limita para hacer esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora?

Sí, me limita mucho (1) Sí, me limita un poco (2) No, no me limita nada (3)

5. Su salud actual, ¿le limita para coger o llevar la bolsa de la compra?

Sí, me limita mucho (1) Sí, me limita un poco (2) No, no me limita nada (3)

6. Su salud actual, ¿le limita para subir varios pisos por la escalera?

Sí, me limita mucho (1) Sí, me limita un poco (2) No, no me limita nada (3)

7. Su salud actual, ¿le limita para subir un solo piso por la escalera?

Sí, me limita mucho (1) Sí, me limita un poco (2) No, no me limita nada (3)

8. Su salud actual, ¿le limita para agacharse o arrodillarse?

Sí, me limita mucho (1) Sí, me limita un poco (2) No, no me limita nada (3)

9. Su salud actual, ¿le limita para caminar un kilómetro o más?

Sí, me limita mucho (1) Sí, me limita un poco (2) No, no me limita nada (3)

10. Su salud actual, ¿le limita para caminar varias manzanas (varios centenares de metros)?

Sí, me limita mucho (1) Sí, me limita un poco (2) No, no me limita nada (3)

11. Su salud actual, ¿le limita para caminar una sola manzana (unos 100 metros)?

Sí, me limita mucho (1) Sí, me limita un poco (2) No, no me limita nada (3)

12. Su salud actual, ¿le limita para bañarse o vestirse por sí mismo?

Sí, me limita mucho (1) Sí, me limita un poco (2) No, no me limita nada (3)

Apartado B

Las siguientes preguntas se refieren a problemas en su trabajo o en sus actividades diarias

13. Durante las últimas 4 semanas ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

Sí (1) No (2)

14. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer, a causa de su salud física?

Sí (1) No (2)

15. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de su salud física?

Sí (1) No (2)

16. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades Cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal), a causa de su salud física?

Sí (1) No (2)

17. Durante las últimas 4 semanas, ¿tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Sí (1) No (2)

18. Durante las últimas 4 semanas, ¿hizo menos de lo que hubiera querido hacer a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Sí (1) No (2)

19. Durante las últimas 4 semanas, ¿no hizo su trabajo o sus actividades cotidianas tan cuidadosamente como de costumbre, a causa de algún problema emocional (Como estar triste, deprimido, o nervioso)?

Sí (1) No (2)

20. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

Nada (1) Un poco (2) Regular (3) Bastante (4) Mucho (5)

21. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

No, ninguno (1) Sí, muy poco (2) Sí, un poco (3) Sí, moderado (4) Sí, mucho (5)

Sí, muchísimo (6)

22. Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

Nada (1) Un poco (2) Regular (3) Bastante (4) Mucho (5)

Apartado C

Las siguientes preguntas se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta, responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted

23. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió lleno de vitalidad?

Siempre (1) Casi siempre (2) Muchas veces (3) Algunas veces (4) Sólo alguna vez (5) Nunca (6)

24. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo estuvo muy nervioso?

Siempre (1) Casi siempre (2) Muchas veces (3) Algunas veces (4) Sólo alguna vez (5) Nunca (6)

25. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?

Siempre (1) Casi siempre (2) Muchas veces (3) Algunas veces (4) Sólo alguna vez (5) Nunca (6)

26. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió calmado y tranquilo?
Siempre (1) Casi siempre (2) Muchas veces (3) Algunas veces (4) Sólo alguna vez (5) Nunca (6)

27. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo tuvo mucha energía?
Siempre (1) Casi siempre (2) Muchas veces (3) Algunas veces (4) Sólo alguna vez (5) Nunca (6)

28. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió desanimado y triste?
Siempre (1) Casi siempre (2) Muchas veces (3) Algunas veces (4) Sólo alguna vez (5) Nunca (6)

29. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió agotado?
Siempre (1) Casi siempre (2) Muchas veces (3) Algunas veces (4) Sólo alguna vez (5) Nunca (6)

30. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió feliz?
Siempre (1) Casi siempre (2) Muchas veces (3) Algunas veces (4) Sólo alguna vez (5) Nunca (6)

31. Durante las 4 últimas semanas, ¿Cuánto tiempo se sintió cansado?
Siempre (1) Casi siempre (2) Muchas veces (3) Algunas veces (4) Sólo alguna vez (5) Nunca (6)

32. Durante las 4 últimas semanas, ¿con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a amigos o familiares)?
Siempre (1) Casi siempre (2) Muchas veces (3) Algunas veces (4) Sólo alguna vez (5) Nunca (6)

33. ¿Cree que se enferma más fácilmente que otras personas?
Totalmente cierta (1) Bastante cierta (2) No lo sé (3) Bastante falsa (4) Totalmente falsa (5)

34. ¿Cree que está tan sano como cualquiera?
Totalmente cierta (1) Bastante cierta (2) No lo sé (3) Bastante falsa (4) Totalmente falsa (5)

35. ¿Cree que su salud va a empeorar?
Totalmente cierta (1) Bastante cierta (2) No lo sé (3) Bastante falsa (4) Totalmente falsa (5)

36. ¿Cree que su salud es excelente?
Totalmente cierta (1) Bastante cierta (2) No lo sé (3) Bastante falsa (4) Totalmente falsa (5)

PARTE V: Cuestionario Health Assessment Questionnaire Disability Index (HAQ-DI)

Durante las últimas semanas, ¿Ha sido usted capaz de..?

Apartado A: Vestirse y asearse

1. ¿Vestirse solo, incluyendo abrocharse los botones y atarse los cordones de los zapatos?

Sin dificultad (1) Con alguna dificultad (2) Con mucha dificultad (3) Incapaz de hacerlo (4)

2. ¿Enjabonarse la cabeza?

Sin dificultad (1) Con alguna dificultad (2) Con mucha dificultad (3) Incapaz de hacerlo (4)

Apartado B: Levantarse

3. ¿Levantarse de una silla sin brazos?

Sin dificultad (1) Con alguna dificultad (2) Con mucha dificultad (3) Incapaz de hacerlo (4)

4. ¿Acostarse y levantarse de la cama?

Sin dificultad (1) Con alguna dificultad (2) Con mucha dificultad (3) Incapaz de hacerlo (4)

Apartado C: Comer

5. ¿Cortar un filete de carne?

Sin dificultad (1) Con alguna dificultad (2) Con mucha dificultad (3) Incapaz de hacerlo (4)

6. ¿Abrir un cartón de leche nuevo?

Sin dificultad (1) Con alguna dificultad (2) Con mucha dificultad (3) Incapaz de hacerlo (4)

7. ¿Servirse la bebida?

Sin dificultad (1) Con alguna dificultad (2) Con mucha dificultad (3) Incapaz de hacerlo (4)

Apartado D: Caminar

8. ¿Caminar fuera de casa por un terreno llano?

Sin dificultad (1) Con alguna dificultad (2) Con mucha dificultad (3) Incapaz de hacerlo (4)

9. ¿Subir cinco escalones?

Sin dificultad (1) Con alguna dificultad (2) Con mucha dificultad (3) Incapaz de hacerlo (4)

Apartado E: Higiene

10. ¿Lavarse y secarse todo el cuerpo?

Sin dificultad (1) Con alguna dificultad (2) Con mucha dificultad (3) Incapaz de hacerlo (4)

11. ¿Sentarse y levantarse del inodoro?

Sin dificultad (1) Con alguna dificultad (2) Con mucha dificultad (3) Incapaz de hacerlo (4)

12. ¿Ducharse?

Sin dificultad (1) Con alguna dificultad (2) Con mucha dificultad (3) Incapaz de hacerlo (4)

Apartado F: Alcanzar

13. ¿Coger un paquete de azúcar de 1 kg de una estantería colocada por encima de su cabeza?

Sin dificultad (1) Con alguna dificultad (2) Con mucha dificultad (3) Incapaz de hacerlo (4)

14. ¿Agacharse y recoger ropa del suelo?

Sin dificultad (1) Con alguna dificultad (2) Con mucha dificultad (3) Incapaz de hacerlo (4)

Apartado G: Prensión

15. ¿Abrir la puerta de un coche?

Sin dificultad (1) Con alguna dificultad (2) Con mucha dificultad (3) Incapaz de hacerlo (4)

16. ¿Abrir tarros cerrados que ya antes habían sido abiertos?

Sin dificultad (1) Con alguna dificultad (2) Con mucha dificultad (3) Incapaz de hacerlo (4)

17. ¿Abrir y cerrar los grifos?

Sin dificultad (1) Con alguna dificultad (2) Con mucha dificultad (3) Incapaz de hacerlo (4)

Apartado H: Otras

18. ¿Hacer los recados y las compras?

Sin dificultad (1) Con alguna dificultad (2) Con mucha dificultad (3) Incapaz de hacerlo (4)

19. ¿Entrar y salir de un coche?

Sin dificultad (1) Con alguna dificultad (2) Con mucha dificultad (3) Incapaz de hacerlo (4)

20. ¿Hacer tareas de la casa como barrer o lavar los platos?

Sin dificultad (1) Con alguna dificultad (2) Con mucha dificultad (3) Incapaz de hacerlo (4)

PARTE VI: Cuestionario World Health Organization Quality of Life, versión bref (WHOQOL-BREF)

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

1. ¿Cómo calificaría su calidad de vida?

Muy mala (1) Regular (2) Normal (3) Bastante buena (4) Muy buena (5)

2. ¿Cómo de satisfecho/a está con su vida?

Muy insatisfecho/a (1) Un poco insatisfecho/a (2) Lo normal (3) Bastante satisfecho/a (4) Muy satisfecho/a (5)

Apartado A

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

3. ¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?

Nada (1) Un poco (2) Lo normal (3) Bastante (4) Extremadamente (5)

4. ¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?

Nada (1) Un poco (2) Lo normal (3) Bastante (4) Extremadamente (5)

5. ¿Cuánto disfruta de la vida?

Nada (1) Un poco (2) Lo normal (3) Bastante (4) Extremadamente (5)

6. ¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?

Nada (1) Un poco (2) Lo normal (3) Bastante (4) Extremadamente (5)

7. ¿Cuál es su capacidad de concentración?

Nada (1) Un poco (2) Lo normal (3) Bastante (4) Extremadamente (5)

8. ¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?

Nada (1) Un poco (2) Lo normal (3) Bastante (4) Extremadamente (5)

9. ¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?

Nada (1) Un poco (2) Lo normal (3) Bastante (4) Extremadamente (5)

Apartado B

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

10. ¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?

Nada (1) Un poco (2) Lo normal (3) Bastante (4) Totalmente (5)

11. ¿Es capaz de aceptar su apariencia?

Nada (1) Un poco (2) Lo normal (3) Bastante (4) Totalmente (5)

12. ¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?

Nada (1) Un poco (2) Lo normal (3) Bastante (4) Totalmente (5)

13. ¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?

Nada (1) Un poco (2) Lo normal (3) Bastante (4) Totalmente (5)

14. ¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?

Nada (1) Un poco (2) Lo normal (3) Bastante (4) Totalmente (5)

15. ¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?

Nada (1) Un poco (2) Lo normal (3) Bastante (4) Totalmente (5)

Apartado C:

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

16. ¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?

Muy insatisfecho/a (1) Poco (2) Lo normal (3) Bastante satisfecho/a (4) Muy satisfecho/a (5)

17. ¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?

Muy insatisfecho/a (1) Poco (2) Lo normal (3) Bastante satisfecho/a (4) Muy satisfecho/a (5)

18. ¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?

Muy insatisfecho/a (1) Poco (2) Lo normal (3) Bastante satisfecho/a (4) Muy satisfecho/a (5)

19. ¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?

Muy insatisfecho/a (1) Poco (2) Lo normal (3) Bastante satisfecho/a (4) Muy satisfecho/a (5)

20. ¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?

Muy insatisfecho/a (1) Poco (2) Lo normal (3) Bastante satisfecho/a (4) Muy satisfecho/a (5)

21. ¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?

Muy insatisfecho/a (1) Poco (2) Lo normal (3) Bastante satisfecho/a (4) Muy satisfecho/a (5)

22. ¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigas/os?

Muy insatisfecho/a (1) Poco (2) Lo normal (3) Bastante satisfecho/a (4) Muy satisfecho/a (5)

23. ¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?

Muy insatisfecho/a (1) Poco (2) Lo normal (3) Bastante satisfecho/a (4) Muy satisfecho/a (5)

24. ¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?

Muy insatisfecho/a (1) Poco (2) Lo normal (3) Bastante satisfecho/a (4) Muy satisfecho/a (5)

25. ¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?

Muy insatisfecho/a (1) Poco (2) Lo normal (3) Bastante satisfecho/a (4) Muy satisfecho/a (5)

Apartado D:

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

26. ¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad o depresión?

Nunca (1) Raramente (2) Moderadamente (3) Frecuentemente (4) Siempre (5).

METADATOS PARA TRABAJO DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

TÍTULO	NIVEL DE CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE LA CONSULTA DE REUMATOLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO “DR. LUIS RAZETTI”. BARCELONA-ANZOÁTEGUI. JUNIO-NOVIEMBRE 2024
SUBTÍTULO	

AUTOR (ES):

APELLIDOS Y NOMBRES	CÓDIGO CVLAC / E MAIL
Rodríguez Q, Daycelis P	CVLAC: V-26.326.096 EMAIL: rodriguezdaycelis0110@gmail.com

PALÁBRAS O FRASES CLAVES:

Artritis Reumatoide
Calidad de vida.

METADATOS PARA TRABAJO DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

ÁREA	SUBÁREA
Escuela de Ciencias de la Salud	Medicina Interna

RESUMEN: Introducción: La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune sistémica, caracterizada por una inflamación crónica de las articulaciones sinoviales. La “calidad de vida” es un concepto multidimensional influenciado por la salud física, el estado psicológico y las relaciones sociales del individuo. Diversas investigaciones han demostrado la afectación que tiene la AR en la “calidad de vida” de los pacientes reumáticos. **Objetivo:** Determinar el nivel de “calidad de vida” en pacientes con Artritis Reumatoide de la consulta de reumatología. Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti”. Barcelona–Anzoátegui. junio-noviembre 2024. **Metodología:** Investigación de tipo cuali-cuantitativa, observacional, descriptiva, prospectiva de carácter transversal, cuya población fue de 300 pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide, que acudieron al servicio de reumatología en el Hospital Universitario “Dr. Luis Razetti” en el período junio–noviembre 2024, constituyéndose una muestra de 100 pacientes. La recolección de datos se realizó mediante formularios usados durante la consulta reumatológica. Para el análisis estadístico se utilizó el programa IBM SPSS v26.0. **Resultados:** Sólo un 1% de los pacientes considera que su calidad de vida es excelente, la mayoría de los pacientes no experimenta un estado óptimo de bienestar. Un 23% la califica como buena, mientras que un 46% la describe como moderada. Una mayoría significativa de los pacientes (95%) muestra algún grado de discapacidad, siendo el 37% clasificados con discapacidad leve. Sin embargo, un 31% de los pacientes presenta una discapacidad severa. **Conclusión:** A pesar de un tratamiento adecuado, los síntomas físicos severos continúan impactando negativamente su salud emocional y calidad de vida general.

METADATOS PARA TRABAJO DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

CONTRIBUIDORES:

APELLIDOS Y NOMBRES	ROL / CÓDIGO CVLAC / E_MAIL				
Alvarado, Kalila	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:	N° V- 8.253.562			
	E_MAIL:	kalilaalvarado@gmail.com			
Cardivillo, Angelique	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:	N° V- 17.971.612			
	E_MAIL:	angeliquevcardivillo@gmail.com			
Sánchez, Elisanny	ROL	CA	AS	TU	JU
	CVLAC:	N° V- 10.833.250			
	E_MAIL:	elisannyoficial@gmail.com			

FECHA DE DISCUSIÓN Y APROBACIÓN

2025	02	28
AÑO	MES	DÍA

METADATOS PARA TRABAJO DE GRADO, TESIS Y ASCENSO

ARCHIVO (S):

NOMBRE DE ARCHIVO	TIPO MIME
NAZTTG_RQDP2025	Aplication. MS.word

CARACTERES EN LOS NOMBRES DE LOS ARCHIVOS: ALCANCE

ESPACIAL: inespacial

TEMPORAL: intemporal

TÍTULO O GRADO ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Médico cirujano.

NIVEL ASOCIADO CON EL TRABAJO:

Pregrado.

ÁREA DE ESTUDIO:

Departamento de medicina.

INSTITUCIÓN:

Universidad de Oriente/Núcleo de Anzoátegui.

METADATOS PARA TRABAJO DE GRADO, TESIS Y ASCENSO



UNIVERSIDAD DE ORIENTE
CONSEJO UNIVERSITARIO
RECTORADO

CUN°0975

Cumand, 04 AGO 2009

Ciudadano
Prof. JESÚS MARTÍNEZ YÉPEZ
Vicerrector Académico
Universidad de Oriente
Su Despacho

Estimado Profesor Martínez:

Cumplo en notificarle que el Consejo Universitario, en Reunión Ordinaria celebrada en Centro de Convenciones de Cantaura, los días 28 y 29 de julio de 2009, conoció el punto de agenda "SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA PUBLICAR TODA LA PRODUCCIÓN INTELECTUAL DE LA UNIVERSIDAD DE ORIENTE EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL DE LA UDO, SEGÚN VRAC N° 696/2009".

Leído el oficio SIBI - 139/2009 de fecha 09-07-2009, suscrita por el Dr. Abul K. Bashirullah, Director de Bibliotecas, este Cuerpo Colegiado decidió, por unanimidad, autorizar la publicación de toda la producción intelectual de la Universidad de Oriente en el Repositorio en cuestión.

Comunicación que hago a usted a los fines consiguientes.

UNIVERSIDAD DE ORIENTE
SISTEMA DE BIBLIOTECA
RECIBIDO POR *Martínez*
FECHA *05/08/09* HORA *5:20*

Confidencialmente,

Juan A. Bolaños Cuneo
Secretario



C.C: Rectora, Vicerrectora Administrativa, Decanos de los Núcleos, Coordinador General de Administración, Director de Personal, Dirección de Finanzas, Dirección de Presupuesto, Contraloría Interna, Consultoría Jurídica, Director de Bibliotecas, Dirección de Publicaciones, Dirección de Computación, Coordinación de Telemática, Coordinación General de Postgrado.
JABC/YOC/manuja

METADATOS PARA TRABAJOS DE GRADO, TESIS Y ASCENSO:

DERECHOS:

De acuerdo al artículo 41 del reglamento de trabajos de grado (Vigente a partir del II Semestre 2009, según comunicación CU-034-2009):

“Los Trabajos de grado son exclusiva propiedad de la Universidad de Oriente y solo podrán ser utilizadas a otros fines con el consentimiento del consejo de núcleo respectivo, quien lo participara al Consejo Universitario, para su autorización “

AUTOR

TUTOR JURADO JURADO

**POR LA COMISIÓN DE TRABAJO DE
GRADO**