

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO**  
**FACULTAD DE MEDICINA**  
**ESCUELA DE MEDICINA HUMANA**



**ESTADO DE SALUD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE UN  
HOSPITAL AL NORTE DEL PERÚ, 2015**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:  
MÉDICO CIRUJANO

**AUTORES:**

**BACH. BENDEZU BARNUEVO DANIELA**  
**BACH. HUAMANCHUMO MERINO JORGE MANUEL**

CHICLAYO, 02 DE MARZO DE 2017.

**ESTADO DE SALUD EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE UN  
HOSPITAL AL NORTE DEL PERÚ, 2015**

**POR:**

BACH. BENDEZU BARNUEVO DANIELA  
BACH. HUAMANCHUMO MERINO JORGE MANUEL

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de  
Mogrovejo, para optar el título profesional de:

**MÉDICO CIRUJANO**

APROBADO POR:

---

Med. Luis Alan Quintana Rodríguez  
Presidente de Jurado

---

Mgtr. Mónica Ciurlizza Garnique  
Secretario de Jurado

---

Mgtr. Franco León Jiménez  
Vocal/Asesor de Jurado

**Chiclayo, 02 de Marzo de 2017.**

*Para Dios por ser el cimiento frente a cada prueba de la vida, para nuestros padres y hermanos por creer siempre en nuestra capacidad, por su apoyo y amor incondicional. Agradecemos especialmente al Dr. Franco León que tuvo la gentileza y paciencia de corregir cada detalle de esta tesis.*

## ÍNDICE

### RESUMEN Y ABSTRACT

I.	INTRODUCCIÓN.....	7
II.	MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	8av
	1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	8
	2. BASES TEÓRICO-CIENTÍFICAS.....	10
	3. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS.....	11
III.	MATERIALES Y MÉTODOS.....	13
	1. OBJETIVOS.....	13
	1.1. OBJETIVO GENERAL.....	13
	1.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
	2. TIPO DE ESTUDIO.....	13
	3. POBLACIÓN, MUESTRA DE ESTUDIO Y MUESTREO.....	13
	4. MÉTODOS. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.....	14
	5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.....	15
	6. PRINCIPIOS Y PROCEDIMIENTOS PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN.....	18
IV.	RESULTADOS.....	19
V.	DISCUSIÓN.....	20
VI.	CONCLUSIONES.....	22
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23
VIII.	ANEXOS.....	29
IX.	LISTA DE TABLAS.....	39

## RESUMEN

**Objetivo:** Describir la calidad de vida, la capacidad funcional y la presencia síntomas depresivos en pacientes con artritis reumatoide (AR) atendidos por consulta externa de un Hospital III-1 de Lambayeque-Perú durante el primer semestre del año 2015.

**Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal. La población fueron pacientes con AR atendidos por consulta externa del servicio de reumatología del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo. Se utilizaron los instrumentos Quality Of Life – Rheumatoid Arthritis, Health Assessment Questionnaire-Perú e Inventario de Depresión de Beck para medir calidad de vida, capacidad funcional y síntomas depresivos respectivamente. Se realizó análisis descriptivo y bivariado. **Resultados:** Se encuestaron 165 pacientes. La media de edad fue de 53,39 +/-12,9; 59,4% tuvieron entre 36-60 años; 90,9% fueron mujeres, la media años de diagnóstico fue: 11,91 +/- 7,25; 72,1% recibían al menos un Fármaco Antirreumático Modificador de enfermedad. La calidad de vida fue satisfactoria en 50,9%, 41,8% tenía discapacidad leve y 37,6% síntomas depresivos. La dimensión con mayor puntaje en calidad de vida fue: “Ayuda/apoyo” (7,91±1,84) y en Discapacidad la más afectada fue “actividades”: 1,45 +/-1,05. En el multivariado se halló que a mayor discapacidad, menor calidad de vida ( $p<0.001$ ) y que a mayor edad, mayor frecuencia de síntomas depresivos. ( $p=0,01$ ). **Conclusiones:** la calidad de vida fue satisfactoria en la mayoría de encuestados; la tercera parte tuvieron discapacidad moderada/severa y síntomas depresivos. A mayor discapacidad, peor calidad de vida.

**Palabras clave:** Calidad de vida, artritis reumatoide, depresión, discapacidad funcional.

**Fuente:** DeCs- BIREME

## **ABSTRACT**

**Objective:** To describe the quality of life, functional capacity and presence of depressive symptoms in patients with rheumatoid arthritis (RA) treated at a Hospital III-1 of Lambayeque-Peru in 2015. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study with exploratory analysis. The population were patients with RA attended by external consultation of rheumatology of the Base Hospital Almanzor Aguinaga Asenjo. Quality of Life - Rheumatoid Arthritis, Health Assessment Questionnaire - Peru and Beck II Depression Inventory were used to measure quality of life, functional capacity and depressive symptoms respectively. A descriptive and bivariate analysis was performed. **Results:** 165 patients were surveyed. The mean age was 53.39 +/- 12.9; 90.9% were women. Quality of life was satisfactory in 50.9%, 41.8% had mild disability and 37.6% had depressive symptoms. The dimension with the highest score in quality of life was: "Help / support" ( $7.91 \pm 1.84$ ) and in Disability the most affected was "activities":  $1.45 \pm 1.05$ . In the multivariate study it was found that the higher the disability, the lower quality of life ( $p < 0.001$ ) and the greater the frequency of depressive symptoms. ( $P = 0.01$ ). **Conclusions:** quality of life was satisfactory in most respondents; One-third had moderate / severe disability and depressive symptoms. The greater the disability, the worse quality of life.

**Keywords:** Quality of life, rheumatoid arthritis, depression, disability evaluation.

**Source:** MeSH Medline.

## I. INTRODUCCIÓN

La AR es una enfermedad inflamatoria crónica prevalente que produce deterioro de la capacidad funcional y de la calidad de vida con incremento de la mortalidad a largo plazo<sup>1-3</sup>. Por otro lado, la salud mental de éstos pacientes frecuentemente se ve alterada ya que puede dificultar el desempeño en el trabajo y la capacidad para afrontar la vida diaria. Además, todos estos factores repercuten en la adherencia y respuesta al tratamiento<sup>3</sup>.

Matcham en Londres 2014 en un metaanálisis de 31 estudios en los que utilizaron el cuestionario SF-36 (36-Item Short Form Health Survey) para medir calidad de vida en pacientes con AR concluyeron que estos pacientes tienen una reducida calidad de vida<sup>4</sup>. En un estudio descriptivo transversal realizado en Venezuela por Arroyo utilizando el cuestionario QOL-RA determinaron que 57,5% de los pacientes con AR tenían buena calidad de vida<sup>5</sup>. Sin embargo la realidad en el sistema de salud de otros países es muy distinta a la nuestra. En el Perú, en el departamento de Lambayeque en el año 2012, Castillo realizó un estudio sobre calidad de vida y depresión en pacientes con AR utilizando el cuestionario WHOQOL-BREF (World Health Organisation Quality of Life questionnaire), hallándose una calidad de vida elevada<sup>6</sup>.

Por otra parte, la afectación de la capacidad funcional influye en la morbimortalidad y en la progresión de la enfermedad. Además, la depresión es tres veces más frecuente en pacientes con AR; aproximadamente 25% de éstos pacientes tienen depresión<sup>3</sup>.

La alteración de todos estos factores dificultan el desempeño en el trabajo y la capacidad para afrontar la vida diaria<sup>7-10</sup>. Tener en cuenta estas características permitirá verificar las necesidades de estos pacientes y promover un tratamiento adecuado y oportuno.

El objetivo del estudio fue describir la calidad de vida, la capacidad funcional y la presencia de síntomas depresivos en pacientes con AR atendidos por consulta externa del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo (HBAAA) de Lambayeque- Perú durante el primer semestre del año 2015.

## II. MARCO TEÓRICO

### 1. Antecedentes del Problema

**Matcham** en Londres el 2014, en un metaanálisis de 31 estudios en los que utilizaron el cuestionario SF-36 para medir calidad de vida en pacientes con AR, se concluyó que estos pacientes tienen una reducida calidad de vida, afectando a diferentes componentes: actividad física, mental y dolor<sup>4</sup>.

**Roma** en el 2014 en Brasil un estudio transversal en 99 pacientes con AR, dividido en grupos: adultos (15-59 años) y ancianos ( $\geq 60$  años) a quienes se midió la capacidad funcional y calidad de vida, concluyendo que la calidad de vida y la capacidad funcional en la AR se vieron afectadas, sin diferencia significativa entre ambos grupos( SF-36 promedio adultos: 50,5 a 79,2 y promedio ancianos: 54,9 a 78,1; Health Assessment Questionnaire-Perú(HAQ) promedio adultos: 0,84 y promedio ancianos: 0,97,  $p=0,429$ )<sup>11</sup>.

**Chiu** en Taiwán en el año 2014, en un estudio descriptivo transversal se determinó que la actividad y la duración de la enfermedad afectan todos los dominios de la calidad de vida en los pacientes con AR. Para medir la calidad de vida se usó la versión de Taiwán de la forma corta del World Health Organisation Quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire<sup>12</sup>.

**Direskeneli** en Turquía en el año 2014, en un cuestionario de salud, se concluyó que los pacientes con AR que reciben terapia biológica reportaron mayores tasas de mejoría de los síntomas, mejor calidad de vida y parecían estar más satisfechos con su tratamiento<sup>13</sup>.

**Inotai** en Hungría en el 2012 realizó un estudio transversal en el que se aplicó el cuestionario EuroQol five dimension (EQ-5D) a 253 pacientes con diagnóstico de AR, dónde se comparó la utilidad y la calidad de vida de los pacientes con tratamiento biológico (85 pacientes) y con tratamiento antirreumático no biológico (168 pacientes). El índice EQ-5D fue de 0.608 para el tratamiento con biológicos y

de 0.483 con los no biológicos ( $P=0.012$ ), mostrando una diferencia estadísticamente significativa entre ambos <sup>14</sup>.

**Fernández** en España en durante el 2008, en un estudio descriptivo transversal en el cual se utilizó el cuestionario Calidad de vida en la artritis reumatoide(QOL-RA Scale) en la versión en español, se concluyó que la calidad de vida en pacientes con AR fue baja, determinada básicamente por el dolor y los síntomas depresivos <sup>15</sup>.

**Nas** en Turquía en el 2011, en un estudio descriptivo transversal, se aplicó, a 441 pacientes con AR, 3 cuestionarios: Rheumatoid Arthritis Quality of Life (RAQoL), Nottingham Health Profile (NHP) and The Short Form 36 (SF 36). En el que se concluye que la depresión y la ansiedad incrementan el deterioro de la calidad de vida <sup>16</sup>.

**Caprotti** en Argentina en el año 2008, en un estudio descriptivo transversal, en el que se utilizó la escala Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Scale(QOL-RA), se concluyó que la calidad de vida de la muestra aregentina es superior a las estadounidense y la anglosajona <sup>17</sup>.

**Vinaccia** en Colombia en el 2005, en un estudio descriptivo transversal, en el que se utilizó la escala QOL-RA, se concluyó que los pacientes con AR presentaron un buen nivel de calidad de vida con una media total de la escala de 7.32, siendo el rango de la escala de 1-10. Mostrando este un puntaje muy superior a las medias totales de la escala de 5.54 y 5.28 de las muestras norteamericanas, tanto de origen anglosajón como latinoamericano <sup>10</sup>.

**Arroyo** en Venezuela en el 2010, en un estudio descriptivo transversal en el que se utilizó el cuestionario QOL-RA determinó que el 57,5% respondió que su calidad de vida es muy buena <sup>5</sup>.

**Castillo** en Lambayeque, Perú en el año 2012 realizó un estudio sobre calidad de vida y depresión en pacientes con AR, a un total de 100 participantes de un centro hospitalario de la misma ciudad, utilizando el cuestionario de calidad de vida

WHOQOL-BREF, halló que pacientes captados en su etapa temprana de la enfermedad tenían una alta calidad de vida <sup>6</sup>.

## **2. Bases teórico – científicas**

La AR es la enfermedad articular inflamatoria más común que afecta a la humanidad, que, sin tratamiento oportuno y adecuado, conduce inexorablemente a incapacidad física y deformidad articular permanente; se asocia a limitación funcional importante, lo que puede generar pérdida laboral y económica de gran relevancia personal y familiar <sup>17-19</sup>.

En los últimos años, con el adelanto del conocimiento de la fisiopatología, se han logrado avances terapéuticos; y hoy en día la terapia biológica y no biológica ha sido efectiva y bien administrada. El impacto de las enfermedades reumatológicas y en especial de la AR en la calidad de vida y costos económicos de quienes la padecen es alto, y por ello es importante además de conocer la prevalencia, determinar el impacto en las personas afectadas <sup>20</sup>. Se han encontrado además, niveles elevados de estrés y depresión en los pacientes con AR, lo que afecta el estado de ánimo y la calidad de vida de estos pacientes y que la presencia de depresión deteriora su condición clínica <sup>21</sup>.

Se ha demostrado que existen muchos factores que afectan la calidad de vida, como por ejemplo, el estado civil, ya que diversos estudios proponen que el apoyo de la pareja ha demostrado ser influyente en la evolución de la enfermedad de manera benéfica <sup>22</sup>. Además, la AR tiene un impacto negativo sobre la satisfacción marital, el cual no sólo está relacionado con padecer una enfermedad crónica, sino vinculado con las características específicas de la enfermedad <sup>23</sup>.

Otro factor importante es la ocupación, ya que, a pesar que las mujeres con AR dedican más tiempo al descanso que al área de trabajo, el tipo y esfuerzo dedicados a estas actividades no deben ser mal efectuadas, dado que su realización inadecuada tiende a aumentar el dolor, fatiga, inflamación y deformidad articular <sup>24</sup>.

Además de estado civil y ocupación, la aparición temprana de la enfermedad, el estar separado o viudo, un nivel educativo menor o igual a secundaria incompleta, una evolución mayor a 5 años de su AR., podrían ser factores relacionados con un peor estado funcional <sup>24</sup>.

El impacto económico, social y psicológico asociado con la AR es cada vez más frecuente, aunque el mayor impacto para la persona es en su funcionamiento como ente biopsicosocial, donde su función articular está alterada con limitaciones para realizar sus actividades cotidianas, de manera que se afecta su estado emocional, sus relaciones familiares y sociales, trayendo como consecuencia una persona discapacitada física, psicológica y socialmente <sup>25</sup>.

El Colegio Americano de Reumatología (ACR) recomienda el uso de Fármacos Antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME), no biológicos y/o biológicos como tratamiento para el control de la enfermedad en los pacientes con AR <sup>26</sup>.

### **3. Definición de Términos Básicos:**

**Artritis reumatoide:** es una enfermedad crónica, autoinmune y sistémica de etiología desconocida; caracterizada por inflamación poliarticular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones. Es de curso lento e invariablemente progresivo, que compromete primordialmente la membrana sinovial de las articulaciones diartrodiales con remisiones y exacerbaciones, y cuyas manifestaciones clínicas (articulares y extraarticulares) varían desde formas muy leves a otras muy intensas, destructivas y mutilantes <sup>17,27</sup>.

**Estado de salud:** es el estado de adaptación al medio, el estado fisiológico de equilibrio, y la perspectiva biológica y social. Es un estado de homeostasis (o estabilidad) de un organismo. De esta forma se trata del estado de bienestar que puede ser interpretado por uno mismo, si se está conforme con el estado en el que se encuentra; o bien en forma más científica, por un profesional de la salud <sup>28</sup>.

**Calidad de vida:** es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye aspectos subjetivos como la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud percibida; y como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida <sup>29</sup>.

**FARME:** Fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad, recomendados en el tratamiento de la AR por la ACR, para reducir la actividad de la enfermedad <sup>26</sup>.

**Monoterapia:** Uso exclusivo de solo un FARME mencionado en la punto anterior, recomendado por la ACR <sup>26</sup>.

**Terapia doble:** Uso de la combinación de dos de los FARME al mismo tiempo <sup>26</sup>.

**Terapia Triple:** Uso de la combinación de tres de los FARME al mismo tiempo <sup>26</sup>.

**Terapia Biológica:** Uso de agentes biológicos asociados o no a terapia con FARMEs. Estos pueden ser, No anti- factor de necrosis tumoral (Anti-TNF) y Anti-TNF <sup>26</sup>.

**Depresión:** La depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimientos de culpa o falta de autoestima, trastornos del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración <sup>30</sup>.

**Discapacidad:** Se define como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Se entiende por discapacidad la interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad, factores personales y ambientales (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado) <sup>31</sup>.

### **III. MATERIAL Y MÉTODOS**

#### **1. Objetivos**

##### **1.1. Objetivo General**

Describir el estado de salud de los pacientes con AR atendidos por consultorio externo del servicio de reumatología del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante el primer semestre del año 2015.

##### **1.2. Objetivos Específicos**

- Describir la calidad de vida y los aspectos más afectados de la misma de los pacientes con AR atendidos por consulta externa del servicio de Reumatología del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo durante el primer semestre del año 2015.
- Describir la capacidad funcional de los pacientes con AR atendidos por consulta externa del servicio de Reumatología del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo durante el primer semestre del año 2015.
- Determinar la presencia de síntomas depresivos en pacientes con AR atendidos por consulta externa del servicio de Reumatología del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo durante el primer semestre del año 2015.

**2. Tipo y diseño de estudio:** Estudio descriptivo transversal con análisis exploratorio.

**3. Población, Muestreo y Tamaño Muestral:** Pacientes con AR atendidos por consulta externa de Reumatología del Hospital Base Almanzor Aguinaga Asenjo, situado en Lambayeque, al norte del Perú, perteneciente a la seguridad social. La duración del estudio fue de Junio 2014 a Noviembre 2015. Se incluyeron pacientes con edad mayor o igual a 18 años. Se excluyeron pacientes que no deseen participar en el estudio, gestantes o en puerperio inmediato, pacientes con trastornos psiquiátricos (de tipo psicosis, manía, trastornos orgánicos-cerebrales, demencia) precisados en historia clínica, pacientes que tienen problemas para comunicarse (por hablar otro idioma o tener problemas neurológicos, auditivos o del habla), con cirugía mayor de cabeza, cuello, tórax y abdomen realizada dentro de 30 días previos, asociación a otra enfermedad del tejido conectivo (Lupus

eritematoso sistémico, esclerodermia, dermatomiositis/polimiositis, y enfermedad mixta del tejido conjuntivo.), y pacientes con enfermedades crónicas asociadas (Insuficiencia cardiaca congestiva descompensada, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica estadio III o IV, Enfermedad renal crónica estadio 4 o en hemodiálisis, VIH y cáncer avanzado). Se realizó un muestreo por conveniencia. Según reportes de la oficina de estadística se atendieron 462 con AR en el primer semestre 2014. El tamaño muestral calculado fue de 165 pacientes. Se trabajó con un nivel de confianza de 95%, precisión de 5%, una prevalencia esperada de buena calidad de vida de 17.5%, según Arroyo <sup>5</sup>, considerándose un porcentaje de pérdidas del 10%.

#### **4. Métodos, técnica e Instrumentos para la recolección de información**

Se obtuvieron datos sociodemográficos como el vivir sólo, la ocupación y clínicos, tales como: el uso de FARMES y/o biológicos, el esquema terapéutico, y los años de diagnóstico.

Para determinar la calidad de vida, se utilizó el instrumento QOL-RA, diseñado originalmente en inglés por Johnson<sup>32</sup>, traducida por Danao<sup>32</sup>, y validada en Colombia por Vinaccia<sup>10</sup>, con un alfa de Cronbach de 0,88 y coeficientes de correlación de Spearman adecuadas para las ocho subescalas del QOL-RA. Cuenta con 8 dimensiones (Habilidades físicas, Apoyo social, Dolor artrítico, Tensión nerviosa, Salud, Artritis, Interacción, Ánimo), medidas en una escala de Likert de 1 a 10, siendo 1 muy mala y 10 excelente calidad de vida, a mayor puntaje, mejor calidad de vida. El puntaje final se obtiene del promedio de las 8 dimensiones, y puede ser de 1 a 10. Se categorizó la calidad de vida en: Satisfactoria: 7-10 puntos; Regular: 5-6 puntos; Insatisfactoria: 1-4 puntos.

Para medir la capacidad funcional se utilizó el instrumento Health Assessment Questionnaire-Perú (HAQ-P), validado en Perú por Calvo<sup>33</sup>, con un coeficiente de correlación de Pearson  $r=0,90$  y una fiabilidad  $R=0,87$ . Este instrumento cuenta con 8 dimensiones (Vestirse, Levantarse, Comer, Caminar, Higiene, Alcanzar, Coger objetos y otras actividades) evaluadas cada una con una escala de cuatro puntos, de 0 a 3. El puntaje final se obtiene con el promedio de puntos de las 8 dimensiones. Las puntuaciones mínima y máxima son 0 y 3, a mayor discapacidad, mayor

puntaje. Se clasifican a los evaluados en cuatro grupos: 0= sin discapacidad; 1= discapacidad leve; 2= discapacidad moderada; 3= discapacidad severa.

Para medir síntomas depresivos se utilizó Inventario de Depresión de Beck (BECK-II), validado en Perú en 2014 por Vega<sup>7</sup> (alfa de Cronbach = 0,889), que cuenta con 21 ítems; cada uno se responde en una escala de 4 puntos, de 0 a 3. El puntaje final será la suma de puntos de todos los ítems. Las puntuaciones mínima y máxima del test son 0 y 63. Se clasifican a los evaluados en cuatro grupos: 0-13, sin síntomas depresivos; 14-19, depresión leve; 20-28, depresión moderada; y 29-63, depresión grave.

Para validar los cuestionarios se hizo un estudio piloto con 35 pacientes con AR del mismo centro en dos tiempos diferentes. El tiempo promedio de la aplicación de los cuestionarios fue de 20 minutos. La correlación intraclase hallada para el QOL-RA fue de 0.42 y para el HAQ-P fue de 0.8. Los pacientes fueron entrevistados previa a la evaluación por el reumatólogo.

Se realizó un análisis descriptivo, calculando frecuencias, medidas de tendencia central. Se hizo un análisis exploratorio, bivariado y multivariado, con un intervalo de confianza al 95% considerando un nivel de significancia de 5%. Se utilizó el software Stata versión 12.

## 5. Operacionalización de variables

NOMBRE VARIABLE	TIPO VARIABLE	ESCALA MEDICIÓN	DIMENSIONES	VALORES
Calidad de Vida QOL –RA	Cuantitativa Continua	De razón	1. Habilidad física	1-10(muy mala a excelente)
			2. Interacción	1-10(muy mala a excelente)
			3. Dolor artrítico	1-10(muy mala a excelente)
			4. Tensión nerviosa	1-10(muy mala a excelente)
			5. Salud	1-10(muy mala a excelente)

			6. Artritis	1-10(muy mala a excelente)
			7. Apoyo social	1-10(muy mala a excelente)
			8. Ánimo	1-10(muy mala a excelente)
Sexo	Cualitativa Dicotómica	Nominal		0: Masculino 1: Femenino
Edad	Cuantitativa Continua	De razón		
Estudios	Cualitativa Politómica	Ordinal		0. Ninguno 1. Primaria 2. Secundaria 3. Superior
Estado civil	Cualitativa Politómica	Nominal		0. Soltero(a) 1. Casado(a) 2. Unión libre 3. Divorciado(a) Viudo(a)
Ocupación	Cualitativa Politómica	Nominal		0. Ama de casa 1. Comerciante 2. Estudiante 3. Oficina 4. Obrero 5. Ciencias de la Salud 6. Chofer 7. Docente 8. Jubilado 9. Técnico 10. Desocupado 11. Otros
Vive solo	Cualitativa	Nominal		0. Sí

	Dicotómica			1. No
Años de diagnóstico	Cuantitativa Discreta	De razón		
Último esquema de Tratamiento	Cualitativa Politómico	Ordinal		1. Monoterapia 2. Terapia doble 3. Terapia triple 4. Biológicos + FARME
HAQ-P Cuestionario de evaluación de salud – versión peruana	Cuantitativa Continua	De razón	1. Vestirse y arreglarse	0. sin dificultad 1. alguna dificultad 2. gran dificultad 3. imposible
			2. Levantarse	0. sin dificultad 1. alguna dificultad 2. gran dificultad 3. imposible
			3. Comer	0. sin dificultad 1. alguna dificultad 2. gran dificultad 3. imposible
			4. Caminar	0. sin dificultad 1. alguna dificultad 2. gran dificultad 3. imposible
			5. Higiene	0. sin dificultad 1. alguna dificultad 2. gran dificultad 3. imposible
			6. Alcanzar	0. sin dificultad 1. alguna dificultad 2. gran dificultad 3. imposible

			7. Coger	0. sin dificultad 1. alguna dificultad 2. gran dificultad 3. imposible
			8. Actividades	0. sin dificultad 1. alguna dificultad 2. gran dificultad 3. imposible
BDI-II Inventario de Depresión de Beck-II	Categorica politómica	Ordinal		0. 0-13: mínima depresión 1. 14-19, depresión leve 2. 20-28, depresión moderada 3. 29-63, depresión grave.

**6. Principios y procedimientos para garantizar los aspectos éticos de la investigación:**

Se obtuvo el consentimiento informado de los participantes. Los datos fueron codificados, garantizando la confidencialidad de los mismos. El trabajo de investigación fue revisado y aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo (USAT) y el Comité de Metodología y Ética de la Red Asistencial de Lambayeque EsSalud.

#### IV. RESULTADOS

Se entrevistaron 165 pacientes. Todos contestaron los cuestionarios. La media de edad fue 53,39 +/-12,9 años, 52,6 +/- 12,6 en mujeres y 61,2 +/- 13,8 en hombres; 59,4% tenían entre 36-60 años; 90,9% fueron mujeres; 98,8% vivían acompañados y 66,7% eran casados; 84,2% aún se hallaba laborando, siendo la ocupación más frecuente, ama de casa : 36,4%. La media de años de diagnóstico fue de 11,91 +/- 7,25; 52,1% tenían 10 o menos años de diagnóstico. Con respecto al tratamiento, 89,7% recibían al menos un FARME; del total, 41,2% recibían sólo un FARME y 21,8% dos FARMES simultáneamente; 72,1% recibían exclusivamente FARMES y 17,6%, FARMES más biológico, siendo el más usado Infliximab; Ver Tabla 1.

La calidad de vida fue satisfactoria en 50,9% e insatisfactoria en 9,7%. La dimensión del QOL-RA con mayor puntaje fue "Ayuda/apoyo" (7,91±1,84), seguida de "Interacción" (7,17±2,11); la dimensión "Dolor" fue la que más afectó la calidad de vida (5,13±2,18). Ver tabla 2.

En el bivariado, la calidad de vida no se asoció a la edad, sexo, esquema terapéutico, el vivir sólo, tener Depresión ni a los años de diagnóstico, pero sí tener un estado civil diferente a "conviviente" (p= 0,007) y al nivel de discapacidad (p= 0,0001).

La discapacidad fue moderada-severa en: 34,6%; 23,6% tuvieron ausencia de discapacidad Ver Tabla 3. La dimensión del HAQ-P más afectada fue "actividades" con una media de 1,45 +/- 1,05 e "higiene", la menos afectada: 0,92 +/- 0,88.

En el bivariado, al dicotomizar la variable discapacidad en: ausencia/leve y moderada/severa, no se halló asociación con el sexo (p=0,17), el vivir sólo (p= 0,42), Esquema de terapia (p=0,5), pero si se halló asociación con la edad (p=0,007), estado civil (p=0,01), los años de diagnóstico (p= 0,006) y Depresión (p=0,02).

En el multivariado, se halló que a mayor discapacidad, menor calidad de vida (p<0.001).

Tuvieron Depresión: 62 (37,5%). De éstos, en 58,1% fue leve, 24,1% moderada y severa en 17,8%. En el bivariado no se halló asociación con sexo (p= 0,11), estado

civil ( $p=0,4$ ), años de diagnóstico ( $p=0,07$ ), vivir sólo ( $p= 0,38$ ), esquema de terapia ( $p=0,43$ ). En los pacientes con depresión, la media de edad fue:  $57 \pm 12,5$  años y en los que no tuvieron Depresión:  $51,1 \pm 12,7$  ( $p=0, 004$ ). En el multivariado, a mayor edad mayor Depresión ( $p=0,01$ ).

## V. DISCUSIÓN

De acuerdo a los resultados el 90% de los participantes fueron mujeres, similar a lo descrito por Vinaccia<sup>10</sup> en Colombia; esta elevada frecuencia se explicaría por la mayor prevalencia de AR en mujeres y que estas acuden más frecuentemente a consulta externa.

Más del 50% tenían entre 36 a 60 años, a diferencia de lo visto en el estudio EPISER español en que predominó el grupo entre 20 a 40 años; esta diferencia se deba probablemente a que en aquel estudio el cribado de AR fue en población general, con detección precoz de casos<sup>8</sup>.

Existen estudios en los que el estar casado es un predictor subjetivo de salud, no hallado en este estudio<sup>9,10</sup>.

Llama la atención que 14/125 (11,2%) recibían tres FARMES simultáneamente. Probablemente, el no contar con biológicos explicaría esta situación, a pesar de ser un hospital de la seguridad social. Sin embargo, tanto en la Guía NICE<sup>34</sup> (National Institute for Health and Care Excellence) del 2016 y en la Guía del American College of Rheumatology del 2015 figura que puede utilizarse una terapia triple de FARMES<sup>35</sup>.

En la mitad de los pacientes la Calidad de vida fue satisfactoria, similar a los resultados encontrados por **Vinaccia** quien halló un buen nivel de calidad de vida y a los de **Arroyo** en Venezuela quien halló muy buena calidad de vida en el 57,5%<sup>5, 10</sup>.

98% vivían acompañados, lo que podría explicar el buen soporte social. Por otra parte, los pacientes referían dolor importante, resultado similar a lo encontrado por Fernández, Bazzichi y Rupp, quienes hallaron que la percepción del dolor era el factor predictivo más importantes de la calidad de vida<sup>15,36,37</sup>. Sin embargo, no se tienen datos de la terapia analgésica ni de adherencia al tratamiento. Prada en

Cuba en el 2015, también halló que el soporte social es un recurso de afrontamiento al estrés y a la enfermedad que puede contribuir a mejorar el bienestar del paciente<sup>38</sup>.

La mayoría de pacientes (65,4%) tuvieron ausencia de discapacidad o discapacidad leve. Se halló que a menos años de diagnóstico menor discapacidad; el promedio de años de diagnóstico fue de 12 años y sólo 31 (18,7%) tuvieron 20 a más años de diagnóstico. Esto sugiere que son pacientes con corta historia de enfermedad y ello podría explicar los datos de discapacidad.

Se halló que a mayor discapacidad peor calidad de vida, hallazgo también encontrado por Prada y en otro estudio <sup>38,39</sup>. Las limitaciones producto de la severidad de la enfermedad, la actividad de la misma e inclusive el tratamiento alteran la calidad de vida de estos pacientes.

Llama la atención que no se halló asociación entre presencia de síntomas depresivos y alteraciones en la calidad de vida. Un tamaño muestral insuficiente podría explicar este hallazgo.

En el estudio también se encontró que el 37,6% de los pacientes presentaban síntomas depresivos, sin embargo, la mayoría de estos (21,8%) tenían síntomas depresivos leves, similar al estudio de Ozcetin<sup>40</sup>; si bien al compararse con población general hay una mayor frecuencia de depresión, esta es menor si se compara con depresión en enfermedades crónicas en otros estudios realizados en Lambayeque<sup>41</sup>. Una posibilidad es que los pacientes estén recibiendo apoyo psicológico continuo. Esta variable no se ha considerada en este estudio.

Se encontró en los pacientes que, a mayor edad, mayor depresión, esto podría ser explicado a factores como menor control de salud mental, mayor actividad de enfermedad, menor adherencia al tratamiento, los cuales no se han medido en este estudio. Teniendo en cuenta que la tercera parte de pacientes tenían síntomas depresivos y que las recomendaciones de las guías mencionan la evaluación por personal de salud mental, esta recomendación es prioritaria.

Dentro de las limitaciones del estudio están el no haber medido actividad de enfermedad y adherencia al tratamiento que podrían determinar alteraciones en calidad de vida y discapacidad. Asimismo, las medidas de asociación calculadas son sólo exploratorias pues el diseño y tamaño muestral contemplan un estudio descriptivo. Hay que mencionar que la correlación intraclase de 0,4 hallada en el

piloto para el QOL-RA no es la idónea. Probablemente un aumento en el tamaño muestral en el piloto podría aumentar este coeficiente.

Se sugiere un manejo integral por un equipo multidisciplinario (salud mental, medicina interna, Reumatología, Terapia Física y Rehabilitación), para un abordaje ideal de estos pacientes.

## **VI. CONCLUSIONES**

La calidad de vida fue satisfactoria en 50,9% e insatisfactoria en 9,7%. El apoyo social mejoró la satisfacción de la calidad de vida mientras que el “Dolor” fue la que más afectó la calidad de vida.

La mayoría de pacientes tuvieron ausencia de discapacidad o discapacidad leve, presentando su mayor limitación al realizar actividades diarias en casa y la menor limitación al realizar su higiene.

Más de un tercio de los pacientes presentaban síntomas depresivos, sin embargo la mayoría de estos tenían síntomas depresivos leves.

Se halló que a mayor discapacidad, menor calidad de vida.

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pincus T, Callahan LF, Vaughn WK. Questionnaire, walking time and button test measures of functional capacity as predictive markers for mortality in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 1987;14(2):240-51.
2. Pincus T, Callahan LF. Rheumatology function test: grip strength, walking time, button test and questionnaires document and predict long term morbidity and mortality in rheumatoid arthritis. *J Rheumatol.* 1992 Julio;19(7):1051-7.
3. Schneeberger E, Marengo M, Papisidero S, Chaparro R, Citera G. Clinimetría en Artritis Reumatoide. *Rev Argent Reumatol.* 2008;19(2): 8-21.
4. Matcham F, Scott IC, Rayner L, Hotopf M, Kingsley GH, Norton S, et al. The impact of rheumatoid arthritis on quality-of-life assessed using the SF-36: A systematic review and meta-analysis. *Semin Arthritis Rheum.* 2014 Octubre;44(2):123-30
5. Arroyo Y, Vaccaro Y, Barreto J, Vasquez Y. Calidad de vida y estado de salud en pacientes con artritis reumatoide. *Arch. Ven. psiq. Neur.* 2010. [acceso 23 de febrero de 2015]; 56(115).
6. Castillo D. Calidad de vida y depresión en pacientes con artritis reumatoide de un centro hospitalario [Tesis]. Chiclayo-Perú: USAT. Escuela de Psicología;2012.
7. Vega J, Coronado O y Mazzotti G. Validez de una versión en español del Inventario de Depresión de Beck en pacientes hospitalizados de medicina general. *Rev Neuropsiquiatr.* 2014; 77(2): 95-103.
8. Carmona L, Villaverde V, Hernández-García C, Ballina J, Gabriel R, Laffón A. Grupo de estudio EPISER. The prevalence of Rheumatoid Arthritis in the general population of Spain. *Rheumatology.* 2002;41:88-95.
9. Yescas E, Ascencio L, Varga S, Barboza R, Lugo G. Depresión, ansiedad y desesperanza aprendida en pacientes con artritis reumatoide. *Psicología y Salud.* 2008;18(1):81-89.
10. Vinaccia S, Orozco L. Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas. *Diversitas.* 2005;1(2):125-137.

11. Roma I, Almeida M, Mansano N, Viani G, Assis M, Karan P, et al. Qualidade de vida de pacientes adultos e idosos com artrite reumatoide. Rev Bras Reumatol[Revista de internet] 2014[acceso 20 febrero de 2015]; 54(4):279–286. Disponible en [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S048250042014000400279&script=sci\\_artext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S048250042014000400279&script=sci_artext)
12. Chiu Y-M, Lai M-S, Lin H-Y, Lang H-C, Lee LJ-H, Wang J-D. Disease activity affects all domains of quality of life in patients with rheumatoid arthritis and is modified by disease duration. Clin Exp Rheumatol[revista en internet] 2014 Diciembre [acceso 23 febrero de 2015];32(6):898-903. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25189095>
13. Direskeneli H, Akkoç N, Bes C, Cakir N, Cefle A, Cobankara V, et al. Impact of rheumatoid arthritis in Turkey: a questionnaire study. Clin Exp Rheumatol [revista en internet] 2014 Agosto [acceso 23 de febrero de 2015];32(4):477-83. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24960289>
14. Inotai A, Rojkovich B, Fülöp A, Jászay E, Agh T, Mészáros A. Health-related quality of life and utility in patients receiving biological and non-biological treatments in rheumatoid arthritis. Rheumatol Int[revista en internet] 2012 Abril [acceso 22 marzo de 2014];32(4):963-9. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21243499>
15. Fernández L, Vázquez B, Luis J, Moreno P, Fruns I, Liso J. Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide en tratamiento ambulatorio con anti-TNF. Farm Hosp[revista en internet] 2008 Junio [acceso 22 marzo de 2014]; 32(3):178-81. Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/farmacia-hospitalaria-121/calidad-vida-pacientes-artritis-reumatoide-tratamiento-ambulatorio-13126785-original-breve-2008>
16. Nas K, Jale A, Gur A, Cevik R, Altay Z, Erdal A, et al. Psychological status is associated with health related quality of life in patients with rheumatoid arthritis. J Back Musculoskelet Rehabil[revista en internet] 2011 Mayo [acceso 22 marzo

- de 2014];24:95-100. Disponible en:  
<http://iospress.metapress.com/content/x702257784758tg7/>
17. Acevedo EM, Jara LJ, Alarcón GS. Artritis Reumatoide: Una actualización de conceptos. Perú: UPCH; 2012.
  18. Abello M. Epidemiología e impacto de la artritis reumatoide. Rev. colomb. reumatol [revista de internet] 2000 junio [acceso 20 marzo de 2014]; 7(2):82-88. Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/reumatologia/vol-722000/reuma722000-epidemiologia>
  19. Ballina FJ, Rodríguez A. Artritis reumatoide. Rev Esp Reumatol [revista en internet] 2000 Junio [acceso 22 de marzo de 2014];27(6):256-9. Disponible en: <http://www.elsevier.es/ca-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-artritis-reumatoide-11714>
  20. García B, Javier F. Medición de la calidad de vida en la artritis reumatoide. Rev Esp Reumatol. [revista en internet] 2002 Febrero [acceso 22 marzo de 2014];29(02):56-64. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-medicion-calidad-vida-artritis-reumatoide-13028242>
  21. Lozano J, Hernández B. Artritis reumatoidea y trastorno depresivo mayor. Med UNAB. [revista en internet] 2010 Junio [acceso 22 marzo de 2014]; 6:164-7. Disponible en: <http://revistas.unab.edu.co/index.php?journal=medunab&page=article&op=view&path%5B%5D=249&path%5B%5D=232>
  22. Ward MM, Leigh JP. Marital status and the progression of functional disability in patients with rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. [revista en internet] 1993 Mayo [acceso 22 marzo de 2014];36(5):581-8. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8489537>
  23. Barile, L., Casarrubias, M., Gutiérrez, C., Ariza, R., Martínez, C. y Clark Peralta, P. Satisfacción marital en pacientes con artritis reumatoide. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. [revista en internet] 2003 [acceso 22 marzo de 2014]; 42(2): 131-136.

- Disponible en:  
[http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id\\_articulo=81522&id\\_seccion=4110&id\\_ejemplar=8053&id\\_revista=250](http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=81522&id_seccion=4110&id_ejemplar=8053&id_revista=250)
24. Vaccaro Y, Arroyo Y, Barreto J, Vasquez Y. Calidad de vida y estado de salud en pacientes con artritis reumatoide. Arch. Ven. psiq. Neur [revista en internet] 2010 diciembre. [acceso 23 de febrero de 2015]; 56(115). Disponible en: <http://www.svp.org.ve/images/revistasvp115.pdf>
  25. Salazar JC; Wehbe J; Vaccaro Y. Frecuencia de ansiedad y depresión en pacientes con artritis reumatoidea: Unidad de Reumatología del Hospital Julio Criollo Rivas Ciudad Bolívar (junio a julio de 2002) Arch. venez. psiquiatr. neurol[revista en internet] 2003 [acceso 22 marzo de 2014]; 49(101): 26-32
  26. Singh J, Furst D, Bharat A, Curtis J, Kavanaugh A, Kremer J, et al. 2012 Update of the 2008 American College of Rheumatology Recommendations for the Use of Disease-Modifying Antirheumatic Drugs and Biologic Agents in the Treatment of Rheumatoid Arthritis. Arthritis Care Res(Hoboken) [revista en internet] 2012 [acceso 20 marzo de 2014];64(5):625–639. Disponible en: [http://www.rheumatology.org/practice/clinical/guidelines/Singh\\_ACR\\_RA\\_GL\\_May\\_2012\\_AC-R.pdf](http://www.rheumatology.org/practice/clinical/guidelines/Singh_ACR_RA_GL_May_2012_AC-R.pdf)
  27. Diagnóstico y tratamiento de Artritis Reumatoide del Adulto: GPC. Consejo de Salubridad general de los Estados Unidos Mexicanos: 2008. Disponible en: [http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/195\\_ARTRITIS\\_REUMATOIDE/artritis\\_reumatoide\\_RR\\_CENETEC.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/195_ARTRITIS_REUMATOIDE/artritis_reumatoide_RR_CENETEC.pdf)
  28. OMS, OPS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud. 2001. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf?ua=1)  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43360/1/9241545445_spa.pdf?ua=1)
  29. Ardila R. Calidad de vida: una definición integradora [Internet]. Revista Latinoamericana de Psicología. 2003 [citado 10 de abril de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=80535203>

30. OMS | Depresión [Internet]. WHO. [citado 16 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
31. OMS | Discapacidad y salud [Internet]. WHO. [citado 16 de mayo de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/es/>
32. Danao L, Padilla G, Johnson D. An English and Spanish quality of life measure for rheumatoid arthritis. *Arthritis Rheum.* 2001;45(2):167-73.
33. Calvo F, Vega E, Cusi R. Validación de una versión peruana de la dimensión física del Cuestionario de Evaluación de Salud (HAQ). *Revista Peruana de Reumatología.* 1996; 2(3).
34. Rheumatoid arthritis pathway. Drug treatment for rheumatoid arthritis. NICE Pathways 2016. Disponible en <http://pathways.nice.org.uk/pathways/rheumatoid-arthritis>. Fecha de acceso Enero 2017.
35. Singh J, Saag K, Bridges L, Akl E, Bannuru R, Sullivan M, et al. 2015 American College of Rheumatology Guideline for the Treatment of Rheumatoid Arthritis. *ACR* 2015. Pag 1-25
36. Bazzichi L, Maser J, Piccini A, Rucci P, Del Debbio A, Vivarelli L, et al. Quality of life in rheumatoid arthritis: impact of disability and lifetime depressive spectrum symptomatology. *Clin Exp Rheumatol.* 2005;23: 783-8.
37. Rupp I, Boshuizen HC, Dinant HJ, Jacobi CE, Van des Bos GA. Disability and health-related quality of life among patients with rheumatoid arthritis: association with radiographic joint damage, disease activity, pain, and depressive symptoms. *Scand J Rheumatol.* 2006;35:175-81.
38. Prada H, Hernández T, Gómez M, Gil A, Reyes P, Solís C, et al. Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con artritis reumatoide en el Centro de Reumatología. *Revista Cubana de Reumatología.* 2015; 17(1):48-60
39. Ábalos M, Ruiz V, Sánchez C, Ruiz V, Ramírez R, Raya A, et al. Calidad de vida relacionada con la salud tras terapia anti-factor de necrosis tumoral alfa en pacientes con artritis reumatoide. Un estudio piloto. *Reumatol Clin.* 2011;7(3):167-71.

40. Ozcetin A, Ataoglu S, Kocer E, et al. Effects of depression and anxiety on quality of life of patients with rheumatoid arthritis, knee osteoarthritis and fibromyalgia syndrome. *West Indian Med J.* 2007;56(2):122-129.
41. Constantino A, Bocanegra M. Frecuencia de depresión y ansiedad en pacientes con diabetes tipo 2 del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo durante el año 2011 [tesis]. Chiclayo-Perú: USAT; Escuela de Medicina; 2013.

## VIII. ANEXOS:

### **ANEXO 01: CONSENTIMIENTO INFORMADO**

#### **Consentimiento para participar en un estudio de investigación**

“Evaluación del estado de salud en pacientes con artritis reumatoide del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, durante el año 2015”

---

Instituciones : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo - USAT,  
HNAAA

Investigadores: Daniela Bendezú Barnuevo y Jorge Huamanchumo Merino

Título: “Evaluación del estado de salud en pacientes con artritis reumatoide del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, durante el año 2015”

---

#### **Propósito del Estudio:**

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Evaluación del estado de salud en pacientes con artritis reumatoide del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo, durante el año 2015”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y del Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo. Estamos realizando este estudio para evaluar como esta la salud de los pacientes con Artritis ya que esta enfermedad produce compromiso de la calidad de vida.

#### **Procedimientos:**

Si usted acepta participar en este estudio solo tendrá que llenar tres cuestionarios: | QoL-RA (calidad de vida en la artritis reumatoide) que consta de ocho preguntas.

#### **Riesgos:**

No se prevén riesgos por participar en este estudio.

#### **Beneficios:**

Se le informarán los resultados de los instrumentos aplicados. En el caso de observarse síntomas depresivos se le aconsejará recibir asistencia médica por un especialista en salud mental.

#### **Costos e incentivos:**

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento sobre la calidad de vida en pacientes que tienen artritis reumatoide.

**Confidencialidad:**

El estudio es confidencial. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

**Uso futuro de la información obtenida:**

La información de la base de datos una vez utilizada será eliminada.

**Derechos del paciente:**

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, teléfono 074-606200 anexo 1138

**Consentimiento:**

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

---

***Participante***  
Nombre:  
DNI:

---

***Fecha***

---

***Testigo***  
Nombre:  
DNI:

---

***Fecha***

---

***Investigador***  
Nombre:  
DNI:

---

***Fecha***

## ANEXO 02

### FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE LA HISTORIA CLÍNICA

**1. Complete los datos.**

Nombre: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_

Años de diagnóstico: \_\_\_\_\_ CIE -10: \_\_\_\_\_

Lugar de Procedencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Patologías Concomitantes:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Marque con un aspa el tipo de tratamiento que recibe y especifique.**

Tratamiento		Especificar fármacos
Monoterapia	<input type="checkbox"/>	
Terapia doble	<input type="checkbox"/>	
Terapia triple	<input type="checkbox"/>	
Terapia cuádruple	<input type="checkbox"/>	
Biológicos + FARMES	<input type="checkbox"/>	

**ANEXO 03**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS DEL PACIENTE**

**1. Complete los datos.**

Nombres: \_\_\_\_\_

Apellido paterno: \_\_\_\_\_

Apellido materno: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Sexo: \_\_\_\_\_

Años de diagnóstico: \_\_\_\_\_

Otras enfermedades:

---

---

---

**2. Marcar según corresponda.**

Estado Civil	Soltero	
	Casado(a)	
	Unión libre	
	Divorciado(a)	
	Viudo(a)	

Vive solo	Sí	
	No	

Trabajo	Tiempo completo	
	Medio tiempo	
	Ocasional	
	Buscando trabajo	
	Ama de casa	
	Jubilado	
	Discapacitado	

**ANEXO 04**

**QOL-RA**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**ANEXO 05****HAQ-P**

Señale para qué actividades necesita la ayuda de otra persona

Vestirse, asearse		Levantarse		Comer		Caminar, pasear	
Higiene personal		Alcanzar		Abrir y cerrar cosas		Recados y tareas de casa	

		Sin dificultad	Alguna dificultad	Gran dificultad	Imposible
<b>VESTIRSE Y ARREGLARSE</b>	Vestirse incluye amarrar los zapatos y abotonar la ropa.				
	Lavarse el cabello.				
<b>LEVANTARSE</b>	Levantarse de una silla sin apoyar los brazos.				
	Subir y bajar de la cama.				
<b>COMER</b>	Cortar la carne.				
	Levantar una taza o vaso lleno hasta su boca.				
<b>CAMINAR</b>	Caminar en la calle en una superficie plana.				
	Subir 5 escalones.				
<b>HIGIENE</b>	Lavar y secar todo su cuerpo.				
	Usar la ducha.				
	Sentarse y levantarse del wáter.				
<b>ALCANZAR</b>	Bajar un objeto de 2 Kg. (como una bolsa de azúcar) ubicado más alto que la cabeza.				
	Agacharse y recoger ropa del suelo				
<b>COGER</b>	Abrir puertas de carros.				
	Abrir frascos ya anteriormente abiertos.				
	Abrir y cerrar caños de agua.				
<b>ACTIVIDADES</b>	Ir de compras al mercado.				
	Entrar y salir del carro.				
	Realizar tareas de la casa (barrer, aspirar, etc).				

Señale si utiliza alguno de estos utensilios habitualmente:

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

**ANEXO 06**

**INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK**

Nombre.....Fecha.....

*Elija de cada uno de estos 21 planteamientos, el que mejor refleje su opinión.*

1.
  - a.  No me siento triste.
  - b.  Me siento triste.
  - c.  Me siento siempre triste y no puedo salir de mi tristeza.
  - d.  Estoy tan triste e infeliz que no puedo soportarlo.
  
2.
  - a.  No me siento especialmente desanimado ante el futuro.
  - b.  Me siento desanimado con respecto al futuro.
  - c.  Siento que no tengo nada que esperar.
  - d.  Siento que en el futuro no hay esperanza y que las cosas no pueden mejorar.
  
3.
  - a.  No creo que sea un fracaso.
  - b.  Creo que he fracasado más que cualquier persona normal.
  - c.  Al recordar mi vida pasada, todo lo que puedo ver es un montón de fracasos.
  - d.  Creo que soy un fracaso absoluto como persona.
  
4.
  - a.  Obtengo tanta satisfacción de las cosas como la que solía obtener antes.
  - b.  No disfruto de las cosas de la manera en que solía hacerlo.
  - c.  Ya no tengo verdadera satisfacción de nada.
  - d.  Estoy insatisfecho o aburrido de todo.
  
5.
  - a.  No me siento especialmente culpable.
  - b.  No me siento culpable una buena parte del tiempo.
  - c.  Me siento culpable casi siempre.
  - d.  Me siento culpable siempre.
  
6.
  - a.  No creo que este siendo castigado.
  - b.  Creo que puedo ser castigado.
  - c.  Espero ser castigado.
  - d.  Creo que estoy siendo castigado.
  
7.
  - a.  No me siento decepcionado de mí mismo.
  - b.  Me he decepcionado a mí mismo.
  - c.  Estoy disgustado conmigo mismo.
  - d.  Me odio.

- 8.
- a.  No creo ser peor que los demás.
  - b.  Me critico por mis debilidades o errores.
  - c.  Me culpo siempre por mis errores.
  - d.  Me culpo de todo lo malo que sucede.
- 9.
- a.  No pienso en matarme.
  - b.  Pienso en matarme, pero no lo haría.
  - c.  Me gustaría matarme.
  - d.  Me mataría si tuviera la oportunidad.
- 10.
- a.  No lloro más de lo de costumbre.
  - b.  Ahora lloro más de lo que lo solía hacer.
  - c.  Ahora lloro todo el tiempo.
  - d.  Solía poder llorar, pero ahora no puedo llorar aunque quiera.
- 11.
- a.  Las cosas no me irritan más que de costumbre.
  - b.  Las cosas me irritan más que de costumbre.
  - c.  Estoy bastante irritado o enfadado una buena parte del tiempo.
  - d.  Ahora me siento irritado todo el tiempo.
- 12.
- a.  No he perdido el interés por otras cosas.
  - b.  Estoy menos interesado en otras personas que de costumbre.
  - c.  He perdido casi todo el interés por otras personas.
  - d.  He perdido todo mi interés por otras personas.
- 13.
- a.  Tomo decisiones casi siempre.
  - b.  Postergo la adopción de decisiones más que de costumbre.
  - c.  Tengo más dificultad para tomar decisiones que antes.
  - d.  Ya no puedo tomar decisiones.
- 14.
- a.  No creo que mi aspecto sea peor que de costumbre.
  - b.  Me preocupa el hecho de parecer viejo sin atractivos.
  - c.  Tengo que obligarme seriamente con mi aspecto, y parezco poco atractivo.
  - d.  Creo que me veo feo.
- 15.
- a.  Puedo trabajar tan bien como antes.
  - b.  Me cuesta más esfuerzo empezar a hacer algo.
  - c.  Tengo que obligarme seriamente para hacer cualquier cosa.
  - d.  No puedo trabajar en absoluto.

- 16.
- a.  Puedo dormir tan bien como antes.
  - b.  No puedo dormir tan bien como solía.
  - c.  Me despierto una o dos horas más temprano que de costumbre y me cuesta mucho volver a dormir.
  - d.  Me despierto varias horas antes de lo que solía y no puedo volver a dormir.
- 17.
- a.  No me canso más que de costumbre.
  - b.  Me canso más fácilmente que de costumbre.
  - c.  Me canso sin hacer nada.
  - d.  Estoy demasiado cansado como para hacer algo.
- 18.
- a.  Mi apetito no es peor que de costumbre.
  - b.  Mi apetito no es tan bueno como solía ser.
  - c.  Mi apetito esta mucho peor ahora.
  - d.  Ya no tengo apetito.
- 19.
- a.  No he perdido mucho peso, si es que he perdido algo, últimamente.
  - b.  He rebajado más de dos kilos y medio.
  - c.  He rebajado más de cinco kilos.
  - d.  He rebajado más de siete kilos y medio.
- 20.
- a.  No me preocupo por mi salud más que de costumbre.
  - b.  Estoy preocupado por problemas físicos como, por ejemplo, dolores, molestias estomacales o estreñimiento.
  - c.  Estoy preocupado por mis problemas físicos y me resulta difícil pensar en otra cosa.
  - d.  Estoy tan preocupado por mis problemas físicos que no puedo pensar en ninguna otra cosa.
- 21.
- a.  No he notado cambio alguno reciente en mi interés por el sexo.
  - b.  Estoy menos interesado en el sexo de lo que solía estar.
  - c.  Ahora estoy mucho menos interesado en el sexo.
  - d.  He perdido por completo el interés en el sexo.

## IX. TABLAS

Tabla 1. Características Sociodemográficas		
	N	%
<b>Edad</b>		
36 – 60	98	59,4
> 60	51	30,9
18 – 35	16	9,7
<b>Sexo Femenino</b>		
<b>Estado Civil</b>		
Casado	110	66,7
Soltero	27	16,4
Unión libre	17	10,3
Viudo	7	4,2
Divorciado	4	2,4
<b>Ocupación</b>		
Ama de Casa	60	36,4
Comerciante	27	16,4
Docente	23	13,9
Jubilado	13	7,9
Desocupado	13	7,9
Oficina	10	6,1
Técnico	8	4,8
Otros	6	3,6
Estudiante	5	3
<b>Años de Diagnóstico</b>		
1 – 10 años	86	52,1
11 – 20 años	60	36,4
20 a más años	19	11,5
<b>Tipo de Terapia</b>		
FARMES	119	72,1
FARMES + Biológicos	29	17,6
Biológicos	13	7,9
Sin Terapia	4	2,4
<b>Esquema de Terapia</b>		
FARMES Monoterapia	68	41,2
FARMES Doble	36	21,8
Biológicos + FARMES	29	17,6
FARMES Triple	14	8,5
Biológicos	13	7,9
Sin Terapia	4	2,4
FARMES Cuádruple	1	0,6
Viven Acompañados	163	98,8
FARMES: Fármacos Antirreumáticos Modificadores de enfermedad, N= frecuencia; %= porcentaje.		

Tabla 2. Puntuación media por dimensiones de QOL-RA Y HAQ-P		
Dimensiones del QOL-RA	<b>X</b>	<b>DE</b>
Ayuda/apoyo	7,91	1,84
Interacción	7,17	2,11
Estado de ánimo	6,80	1,85
Salud	6,07	1,95
Habilidades físicas	6,03	1,77
Artritis	5,58	2,13
Tensión nerviosa	5,57	2,16
Dolor	5,13	2,18
Dimensiones de HAQ-P		
Higiene	0,92	0,883
Levantarse	0,97	0,933
Comer	1,01	0,988
Vestirse	1,01	0,947
Caminar	1,14	0,923
Coger	1,35	1,092
Alcanzar	1,38	1,032
Actividades	1,45	1,050
QOL-RA= Quality of Life in Rheumatoid Arthritis , HAQ-P= Health Assessment Questionnaire-Perú, X=Puntaje Promedio, DE= Desviación Estándar		

Tabla 3. Frecuencias de Calidad de Vida, Discapacidad y Depresión en pacientes con Artritis Reumatoide		
	N	%
Calidad de vida		
Satisfactoria	84	50,9
Regular	65	39,4
Insatisfactoria	16	9,7
Niveles de discapacidad		
Sin Discapacidad	39	23,6
Discapacidad Leve	69	41,8
Discapacidad Moderada	47	28,5
Discapacidad Severa	10	6,1
Niveles de depresión		
Sin síntomas depresivos	103	62,4
Depresión leve	36	21,8
Depresión moderada	15	9,1
Depresión grave	11	6,7
N= Frecuencia; %= Porcentaje		