



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR**



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
ÓRGANO DE OPERACIÓN ADMINISTRATIVO DESCONCENTRADO  
ESTATAL HIDALGO  
JEFATURA DE SERVICIOS DE PRESTACIONES MÉDICAS  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA CON MEDICINA FAMILIAR No. 1  
PACHUCA, HIDALGO  
CD. MX. 2023**

**TESIS**

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS  
REUMATOIDE DE ACUERDO AL TIEMPO DE INICIO DE TRATAMIENTO  
MÉDICO EN EL HGZ Y MF No. 1, PACHUCA HIDALGO**

**TRABAJO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**PRESENTA:**

**GUADALUPE DE JESÚS MORALES CRUZ**

**ASESOR CLÍNICO**

**YURENI URIBE VÁZQUEZ**

**ASESOR METODOLÓGICO**

**JESÚS MARTÍNEZ ÁNGELES**

**PERIODO DE LA ESPECIALIDAD 2020-2023**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS  
REUMATOIDE DE ACUERDO AL TIEMPO DE INICIO DE TRATAMIENTO  
MÉDICO EN EL HGZ Y MF No. 1, PACHUCA HIDALGO**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. GUADALUPE DE JESÚS MORALES CRUZ  
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZMF No.1**

AUTORIZACIONES:



**DRA. GRESS MARISELL GÓMEZ ARTEAGA  
COORDINADORA DE PLANEACIÓN Y ENLACE INSTITUCIONAL**



**DR. JESÚS MARTÍNEZ ÁNGELES  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**DRA. ELBA TORRES FLORES  
COORDINADORA AUXILIAR MÉDICO DE EDUCACIÓN EN SALUD**



**DRA. ESTRELLA ELIZABETH PASTÉN LÓPEZ  
COORDINADORA CLÍNICA DE EDUCACIÓN E INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**DRA. YURENI URIBE VÁZQUEZ  
PROFESORA TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA  
FAMILIAR**

**ASESORES DE TESIS:**



---

**DRA. YURENI URIBE VÁZQUEZ**

MÉDICO ESPECIALISTA MEDICINA FAMILIAR  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD MÉDICO FAMILIAR No.1



---

**DR. JESÚS MARTÍNEZ ÁNGELES**

MÉDICO ESPECIALISTA MEDICINA FAMILIAR  
COORDINADOR AUXILIAR MÉDICO DE INVESTIGACIÓN EN SALUD

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS  
REUMATOIDE DE ACUERDO AL TIEMPO DE INICIO DE TRATAMIENTO  
MÉDICO EN EL HGZ Y MF NO. 1, PACHUCA HIDALGO**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA  
FAMILIAR

PRESENTA:

**GUADALUPE DE JESÚS MORALES CRUZ**  
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZMF NO.1

AUTORIZACIONES:

**DR. JAVIER SANTACRUZ VARELA**  
JEFE DE LA SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. GEOVANI LÓPEZ ORTIZ**  
COORDINADOR DE INVESTIGACIÓN  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES**  
COORDINADOR DE DOCENCIA  
SUBDIVISIÓN DE MEDICINA FAMILIAR  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
FACULTAD DE MEDICINA  
U.N.A.M.

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS  
REUMATOIDE DE ACUERDO AL TIEMPO DE INICIO DE TRATAMIENTO  
MÉDICO EN EL HGZ Y MF No. 1, PACHUCA HIDALGO**

TRABAJO PARA OBTENER EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN  
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

**DRA. GUADALUPE DE JESÚS MORALES CRUZ**  
MÉDICO RESIDENTE DE MEDICINA FAMILIAR DEL HGZMF No.1

AUTORIZACIONES:



---

**PRESIDENTE DEL JURADO**

**DRA. YURENI URIBE VÁZQUEZ**  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD MÉDICO FAMILIAR No. 1  
PACHUCA HIDALGO



---

**SECRETARIO DEL JURADO**

**DR. BRAULIO GUILLERMO FLORES CANALES**  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD MÉDICO FAMILIAR No.1  
PACHUCA HIDALGO



---

**VOCAL DEL JURADO**

**DRA. MARÍA ISABEL ARREOLA TÉLLEZ**  
HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD MÉDICO FAMILIAR No.1  
PACHUCA HIDALGO



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
DIRECCIÓN DE PRESTACIONES MÉDICAS



**Dictamen de Aprobado**

Comité Local de Investigación en Salud **1201**.  
H GRAL ZONA -MF- NUM 1

Registro COFEPRIS **17 CI 13 048 032**  
Registro CONBIOÉTICA **CONBIOÉTICA 13 CEI 001 2018041**

FECHA **Lunes, 10 de octubre de 2022**

**M.E. YURENI URIBE VAZQUEZ**

**P R E S E N T E**

Tengo el agrado de notificarle, que el protocolo de investigación con título **PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE DE ACUERDO AL TIEMPO DE INICIO DE TRATAMIENTO MÉDICO EN EL HGZ Y MF NO. 1, PACHUCA HIDALGO** que sometió a consideración para evaluación de este Comité, de acuerdo con las recomendaciones de sus integrantes y de los revisores, cumple con la calidad metodológica y los requerimientos de ética y de investigación, por lo que el dictamen es **A P R O B A D O**:

Número de Registro Institucional  
R-2022-1201-010

De acuerdo a la normativa vigente, deberá presentar en junio de cada año un informe de seguimiento técnico acerca del desarrollo del protocolo a su cargo. Este dictamen tiene vigencia de un año, por lo que en caso de ser necesario, requerirá solicitar la reaprobación del Comité de Ética en Investigación, al término de la vigencia del mismo.

ATENTAMENTE

**Dra. CAROLINA VARGAS BARRIENTOS**  
Presidente del Comité Local de Investigación en Salud No. 1201

Impresión

**IMSS**  
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

## **TÍTULO**

**PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA EN LOS PACIENTES CON ARTRITIS  
REUMATOIDE DE ACUERDO AL TIEMPO DE INICIO DE TRATAMIENTO  
MÉDICO EN EL HGZ Y MF No. 1, PACHUCA HIDALGO**



## CONTENIDO

<b>1. RESUMEN</b>	10
<b>4. MARCO TEÓRICO</b>	13
<b>5. JUSTIFICACIÓN</b>	26
<b>6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</b>	28
<b>7. OBJETIVOS</b>	29
<b>8. HIPÓTESIS:</b>	30
<b>9. MATERIAL Y MÉTODOS</b>	31
UNIVERSO DE TRABAJO	31
SITIO DEL ESTUDIO	31
PERIODO DEL ESTUDIO.	31
DISEÑO DEL ESTUDIO	31
CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO	31
DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO	38
ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	39
REGLAMENTO DE LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACIÓN PARA LA SALUD	41
DECLARACIÓN DE HELSINKI	45
ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD (BPC)	49
ARCHIVO DE LA INFORMACIÓN	49
AUTORIZACIÓN INSTITUCIONAL	49
<b>10. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD</b>	50
<b>11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES</b>	51
<b>12. BIBLIOGRAFÍA</b>	87
<b>13. ANEXOS</b>	90

## IDENTIFICACIÓN DE LOS INVESTIGADORES

### Investigador Responsable y Asesor Clínico:

**Nombre:** Dra. Yureni Uribe Vázquez  
**Especialidad:** **Medicina Familiar**  
**Adscripción:** HGZ MF No. 1, Pachuca, Hidalgo.  
**Domicilio:** Prolongación Avenida Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.  
**Teléfono de contacto:** 771 146 5857  
**Correo electrónico:** yureuv@gmail.com

### Investigador Asociado y Asesor Metodológico:

**Nombre:** Dr. Jesús Martínez Ángeles  
**Especialidad:** **Medicina Familiar**  
**Adscripción:** Coordinador auxiliar médico de investigación en salud  
**Domicilio:** Boulevard Luis Donaldo Colosio 4604, Fraccionamiento el Palmar, 42088 Pachuca de Soto, Hidalgo.  
**Teléfono de contacto:** 771 189 5486  
**Correo electrónico:** jesus.martinezan@imss.gob.mx

### Investigador Asociado y Tesista:

**Nombre:** Guadalupe de Jesús Morales Cruz  
**Especialidad:** Residente de la especialidad en medicina familiar.  
**Adscripción:** HGZ MF No1, Pachuca, Hidalgo.  
**Domicilio:** Prolongación avenida Madero No. 405, Colonia nueva Francisco I. Madero Pachuca Hidalgo.  
**Teléfono de contacto:** 7491018969  
**Correo electrónico:** dramoralesgpe@gmail.com

## 1. RESUMEN

**TÍTULO:** Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico en el HGZ Y MF No. 1, Pachuca Hidalgo.

**ANTECEDENTES:** La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónica, que se caracteriza por la inflamación de la membrana sinovial que recubre las articulaciones. Puede producir daño duradero que ocasiona dolor crónico, pérdida de la función e incapacidad, es una patología de origen inmunológico, particularmente autoinmune, de carácter crónico, que requiere de un adecuado manejo para el óptimo control. Cursa con cambios fisiopatológicos heterogéneos y multifactoriales, de los cuales los autoinmunitarios son generados por una respuesta aumentada contra tejidos normales del cuerpo, particularmente, la membrana sinovial.

Para el año 2013 se contaba con una prevalencia de 1.6%, de los cuales 3 de cada 4 casos eran mujeres de aproximadamente 45 años. Es una patología que deteriora la calidad de vida del paciente iniciando por la discapacidad física limitando sus actividades diarias incluyendo las laborales. La EULAR/ACR (*Liga Europea contra el Reumatismo/Colegio Americano de Reumatología*) como parte de sus recomendaciones aconseja la determinación de la calidad de vida, mediante el empleo del instrumento QoL-RA-II; el Quality of life in Rheumatoid Arthritis scale II, que consiste en la evaluación de 8 aspectos a través de 8 interrogantes acerca de habilidades física, relaciones sociales (familia y amigos) y el estado de salud; la evaluación se establece a través de una escala de valores numéricos que va de 1 al 10 siendo el menos valor una peor calidad y el máximo se relaciona con una mejor calidad.

**OBJETIVO:** Identificar la percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico en el HGZ Y MF No. 1, Pachuca Hidalgo.

**MATERIAL Y MÉTODOS:** Estudio transversal, analítico. Se aplicó la Escala **QoL-RA-II** (*Quality of life in Rheumatoid Arthritis scale-II*) a pacientes con diagnóstico

de artritis reumatoide, del HGZMF No. 1 Pachuca Hidalgo, así como también una encuesta de datos generales. Se realizó descripción estadística para caracterizar a los pacientes con artritis reumatoide, se realizaron proporciones y razones para variables cualitativas y para variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión. Para la asociación estadística se ocuparon pruebas paramétricas y no paramétricas.

**RESULTADOS:** Se obtuvieron 376 encuestas de pacientes con AR donde se encontró que el 89.9% fueron mujeres, con un rango de edad que oscila de 51 a 60 años en el 24.5%; el grado académico que predominó fue bachillerato con el 27.9%, el 49.2% casados, 38.6% empleados, 39.6% refirió comorbilidades, el 13.6% admitió hábito tabáquico; posterior a aplicar el instrumento QOL-RA-II se encontró que el 88.6% presento buena calidad de vida, mientras que para la relación entre el inicio del tratamiento y la calidad de vida existe asociación con un valor de  $p= 0.01$ .

**DISCUSIÓN:** En nuestro estudio se observó buena calidad de vida a diferencia de lo reportado en la literatura, diferencia que puede ser debida a las características sociodemográficas de los pacientes encuestados.

**CONCLUSIÓN:** Los resultados finales del estudio proporcionaron información sobre la asociación entre el tiempo de inicio del tratamiento y la calidad de vida de los pacientes con AR, lo que es de impacto para la evolución de la enfermedad, teniendo una mejor calidad de vida quienes inician oportunamente su tratamiento.

**RECURSOS E INFRAESTRUCTURA:** Participaron la médico residente de medicina familiar, los asesores en metodología y el asesor clínico, se contó con material de papelería, equipo de cómputo.

**EXPERIENCIA DEL GRUPO:** El equipo que participo en esta investigación cuenta con amplia experiencia en el tema, residente de la especialidad en medicina familiar y especialistas en medicina familiar, los cuales han participado previamente en el desarrollo de protocolos de investigación.

**TIEMPO PARA DESARROLLARSE:** El presente protocolo se realizó en un periodo de tres meses, posterior a la aprobación por el Comité Local de Ética en Investigación y el Comité Local de Investigación en Salud.

## 2. LISTA DE ABREVIATURAS

Artritis Reumatoide	AR
Programa Orientado a la Comunidad para el Control de Enfermedades Reumáticas	COPCORD
Liga Europea contra el Reumatismo	EULAR
Colegio Americano de Reumatología	ACR
Cuestionario de Calidad de Vida de Artritis Reumatoide.	QoI-RA
Fármaco antirreumático modificador de la enfermedad.	FARME
Escala de Actividad del Paciente II	PASS-II
Evaluación de Rutina de índice y datos del paciente 3.	RAPID-3
Anticuerpos anti-péptido citrulinado cíclico.	ANTI-CCP

## 3. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Operacionalización de las variables.

Tabla 2. Variables clínico - epidemiológicas.

Tabla 3. Cédula de recolección de datos demográficos de pacientes encuestados.

Tabla 4. Cuestionario de calidad de vida QOL-RA-II

#### 4. MARCO TEÓRICO

La artritis reumatoide (AR) es una patología de origen inmunológico que causa dolor, deformidad y limitación de movilidad; es de carácter autoinmune y las limitaciones que causa varían de un paciente a otro.<sup>(1)</sup> Se considera una patología progresiva, inflamatoria, crónica, multifactorial, caracterizada por la presencia de inflamación en las articulaciones periféricas, y proliferación sinovial que conduce a un cuadro clínico caracterizado por dolor, inflamación, inmovilidad y a la larga discapacidad y destrucción articular. La consecuencia más común de este cuadro, lo constituye la erosión del cartílago y hueso, secundario a la proliferación sinovial, la deformidad progresiva de las articulaciones y la reducción de la movilidad articular, lo que puede llevar al paciente a una severa discapacidad sin un tratamiento oportuno.<sup>(2)</sup>

Los cambios fisiopatológicos son heterogéneos y multifactoriales, combinándose factores genéticos, ambientales, hormonales y autoinmunitarios donde el sistema inmune ataca a las propias células del individuo, es decir, existe una respuesta aumentada contra tejidos normales del cuerpo, debido a una pérdida de tolerancia inmunológica contra órganos propios.<sup>(1)</sup>

A nivel mundial se estima que afecta entre el 0,5 y el 1,0% de la población adulta, su prevalencia aumenta con la edad y afecta más a mujeres que a hombres (3). Algunos años después, un estudio de tipo COPCORD en 5 regiones de nuestro país reportó una prevalencia de 0.7% en las regiones de Monterrey, 1% en la ciudad de México, 1.8% en la ciudad de Sinaloa, y 1.9% en la ciudad de Chihuahua. De manera sorprendente, también se observó una prevalencia del 2.8% en la población de Mérida. En base a estos resultados, actualmente se considera que nuestro país tiene una prevalencia promedio de Artritis Reumatoide de 1.6%<sup>(4)</sup>

De acuerdo con *Peláez-Ballesteros* para el año 2011, el 14% de la población de su estudio cursaba con una enfermedad reumatológica del cual 1.6% correspondía al

diagnóstico de artritis reumatoide; prevalencia que se mantuvo hasta el año 2013 de los cuales 3 de cada 4 casos eran mujeres de aproximadamente 45 años. Siendo un padecimiento que representa una carga económica y moral alta para las familias, de las cuales las más afectadas son las de estrato socioeconómico bajo. Actualmente a nivel institucional no se cuenta con programas para el control de enfermedades reumáticas incluyendo la artritis reumatoide, a pesar de que en etapas avanzadas el manejo esté cubierto por estas instituciones públicas; para el IMSS representa un consumo de 1.2% del gasto total; solo el 8% de pacientes son trabajadores asegurados, de ellos el 50% presenta discapacidad temporal y el otro 50% permanente, lo cual representa un costo anual total de \$2.344 USD. <sup>(5)</sup>

En cuanto a cifras la AR en México se presenta entre 0.5 a 1.5 por cada 100 000 habitantes. Siendo una enfermedad que tiene impacto en el área económica y social, capaz de producir discapacidad funcional y una disminución en la esperanza de vida de 7 años para varones y 3 años para mujeres. La artritis reumatoide posee una prevalencia de comorbilidades como en cualquier enfermedad crónico-degenerativa de 35.5% en pacientes de 65 – 79 años llegando hasta el 70.2% a los 80 años, las comorbilidades aumentan el riesgo de discapacidad y mortalidad. <sup>(6)</sup>

Por ser una patología crónica, AR genera un elevado consumo de recursos, afectando varios aspectos de la vida de los pacientes, tanto económica como emocionalmente, deteriorando la calidad de vida de las y los pacientes, particularmente afectados por la discapacidad física, limitando sus actividades diarias y laborales.<sup>(4)</sup> Ante esos factores toma relevancia el componente psicológico que genera una respuesta tanto emocional como afectiva que ayuda a identificar la calidad de vida y satisfacción en su vida diaria. <sup>(6)</sup>

La Liga Europea contra el Reumatismo y el Colegio Americano de Reumatología (EULAR/ACR) como parte de sus recomendaciones aconseja la determinación de

la calidad de vida que aporta trascendencia en las mediciones clínicas, esto mediante el empleo del instrumento QoI-RA-II. <sup>(6)</sup>

En cuanto a Calidad de vida la Organización Mundial de la Salud lo define como “la percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”. <sup>(7)</sup>

En la actualidad el concepto de calidad de vida se ha incorporado a tres ciencias de estudio: área médica, ciencias sociales y área económica; cada área genera una visión de cómo debe ser conceptualizada la calidad de vida. Es posible agrupar las diversas definiciones bajo una categorización que contempla las condiciones de vida y la satisfacción con la vida, entendiendo como condiciones de vida al conjunto de puntos obtenidos de la medición objetiva de variables tales como salud física, condiciones de vida, relaciones sociales, actividades funcionales/ocupacionales; mientras que la satisfacción es la evaluación subjetiva del bienestar para obtener la satisfacción personal siendo una referencia del individuo. <sup>(8)</sup>

En el área de médica se habla de calidad de vida en relación con el estado de salud al evaluarla, en los últimos años ha incrementado el interés ante el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas, así como mayor sensibilidad para escuchar el punto de vista del enfermo acerca de los procesos carentes de curación. La manera para evaluar la calidad de vida es una autopercepción de su estado de salud, por medio de instrumentos que agrupan la información subjetiva del individuo. Estos instrumentos denominados “cuestionarios” de medición que agrupan interrogantes (ítems), son escalas que aportan información acerca del aspecto evaluado; por lo tanto, cada agrupación de ítems evalúa un dominio específico, como lo es en el caso de consecuencias imprescindibles de la enfermedad como es el dolor, discapacidad, ansiedad o limitación que son factores que disminuyen la calidad de vida y que modifican el



pronóstico. Un aspecto importante que se debe considerar es el hecho de evitar confundir las escalas de medición, con características psicométricas o con las pruebas de características epidemiológicas o clínicas. Los cuestionarios de calidad de vida se clasifican en 2 tipos: cuestionarios genéricos de salud y cuestionarios específicos para enfermedades o situaciones concretas. <sup>(9)</sup>

Para fines de este estudio nos enfocaremos en los cuestionarios genéricos los cuales aportan la estimación del estado de salud, psicológico y social a partir de la auto percepción del paciente a través de ítems que evalúan diferentes situaciones de la vida diaria; la información obtenida de los cuestionarios se agrupa en una puntuación nombrada "índice" que da a conocer el grado de salud; al no ser específicos para una enfermedad no incluyen síntomas a excepción de dolor. Siendo esto un motivo por el cual los cuestionarios genéricos de calidad de vida han sido aceptados para la evaluación de pacientes con AR; lo que hace posible la equiparación de múltiples grupos. <sup>(9)</sup>

Dentro del área de reumatología se han utilizado múltiples cuestionarios para la valoración de la calidad de vida de los pacientes; utilizando medidas globales como el cuestionario SF-36 o SIP por mencionar algunos ejemplos o bien cuestionarios considerados como específicos dentro de los cuales encontramos el QoL-RA del cual destaca su relevancia de aplicación en la población de habla inglesa y española. <sup>(9)</sup>

Cada uno de estos múltiples cuestionarios toman en cuenta diversas situaciones por las cuales transitan los pacientes reumatológicos, entre ellos los pacientes con artritis reumatoide, incluyen la valoración de la función física; siendo el dolor el motivo que genera mayor necesidad de consulta médica; es considerado una situación subjetiva y personal con un significado particular para cada paciente, seguido del dolor, encontramos la discapacidad la cual constituye el desenlace en el curso de la patología, con la limitante de no contar con una medición sencilla y confiable de las 3 dimensiones valorables que comprenden las funciones

corporales y estructurales, actividades individuales y la participación social. Desde el punto de vista biomédico, la discapacidad incrementa de acuerdo con el tiempo y lesión estructural, por su parte el modelo biopsicosocial resulta ser el más adecuada para la estimación de este, considerando que los pacientes con artritis reumatoide cursan alteraciones articulares que ocasionan dependencia. Otra función para valorar es la psíquica que representa una controversia, ya que la mayoría de las veces el resultado está relacionado con las alteraciones propias de dificultades físicas de la enfermedad más que con los cambios psicológicos causados por esta. Por último, otra función a valorar es la función social que demuestra el nivel de satisfacción con respecto a las relaciones familiares y sociales del paciente, a partir de la evaluación de 3 espectros: redes sociales (participación y apoyo), roles de actividad y situación económica. Entendemos como red social a las relaciones que establece el individuo con familiares, amigos o conocidos; mientras que el apoyo social se obtiene al involucrar su red social en búsqueda de ayuda. <sup>(10)</sup>

Quality of life in Rheumatoid Arthritis (QOL-RA scale), creado en inglés y adaptado al español de manera simultánea. Consiste en la evaluación de 8 aspectos a través de 8 interrogantes acerca de habilidades físicas, relaciones sociales (familia y amigos) y el estado de salud; las variables a evaluar son **capacidad física, dolor, interacción social, apoyo, estado de ánimo, tensión, artritis y estado de salud**. Las respuestas son establecidas a través de una escala numérica tipo Likert que va de 1 a 10 siendo la mínima referencia de mala calidad y la máxima una excelente calidad respectivamente, de la cual se obtiene un total a partir del promedio de los valores; otra manera de interpretar el resultado de la aplicación es que a mayor puntaje mayor calidad de vida; con la subsecuente generación de 2 subescalas basada en la respuesta fisiopatológica y sociopsicológica. Lo que le confiere la cualidad de ser un instrumento práctico y fácil de usar en pacientes con AR, a través de la cual se logra manifestar que la funcionalidad es la variable con mayor relación a la calidad de vida de los pacientes; derivado de sus cualidades y la interrelación entre cada variable se considera una escala de calificación

sumada, permite valorar el deterioro o mejora del estado de salud del paciente; la aplicación de este brinda la ventaja de ser rápido de completar por los pacientes con un tiempo estimado de 2 minutos.<sup>(11-13)</sup>

Para el 2019 se publica en la Revista Argentina de Reumatología un artículo original de la validación del cuestionario QoL-RA-II (Quality of life in Rheumatoid Arthritis Scale-II) para uso sin licencia. Contando con el trabajo previo de validación del cuestionario QoL-RA para la evaluación de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide, el cual fue creado a partir de la evaluación de estadounidense hispanohablantes, compuesto por las 8 variables previamente mencionadas; pero al existir diversidad cultural de un país latino a otro se enfrenta a la comprensión inadecuada de las interrogantes afectando su aplicación. Entre las incongruencias identificadas se encuentra el ítem número 3 que reemplaza “dolor artrítico” por “dolor en sus articulaciones” y número 6 que se cambia “solo considere su artritis” por “cansancio y agotamiento”. Para poder lograr la validación de esta nueva versión se realizó una cohorte de pacientes subsecuentes mayores de 18 años, hombres y mujeres con diagnóstico por criterios de ACR/EULAR 2010; como variable de exclusión se consideró pacientes analfabetas, comorbilidades no controladas, mientras que las de inclusión consideraron características sociodemográficas, comorbilidades controladas, evaluación de la actividad física, caracterización de la evolución de la enfermedad, presencia de reactantes de fase aguda, anticuerpos específicos para artritis reumatoide, lesión articular, grado de fatiga, presencia de rigidez matutina, características del tratamiento. Por lo que la versión QoL-RA-II queda integrado por 8 ítems que evalúan distintos aspectos de la calidad de vida; este cuestionario se valora a través de una escala numérica graduada de 1 a 10, siendo 1 muy mala calidad y 10 excelente calidad, el resultado final se calcula por la sumatoria lineal de los ítems el resultado obtenido se divide entre 8, obteniendo la interpretación 1 la peor calidad de vida posible y 10 la mejor. Para comprobar su confiabilidad de la versión QoL-RA-II se evaluó mediante la aplicación de Alpha de Cronbach, fórmula propuesta para evaluar la confiabilidad siendo el recurso numérico de mayor

utilidad en la evaluación de consistencia interna, publicado por primera vez en 1951, se describe como un coeficiente que toma valores de 0 y 1 donde mayor acercamiento al 1 mayor será la fiabilidad del instrumento, este análisis de fiabilidad aumenta la precisión de los exámenes, establece como recomendación que todas las interrogantes cuenten con la misma escala de medición y un análisis de los valores negativos; en cuanto a reproductividad se utilizó coeficiente de correlación intraclase (CCI) para la estimación de la concordancia entre 2 o más variables cuantitativas, recolectadas a partir de 2 instrumentos de medida; posterior a lo cual se aplica nuevamente a un grupo de pacientes con enfermedad controlada en un intervalo de tiempo de 7 días, obteniendo como resultado una excelente confiabilidad y muy buena reproductividad. De manera simplificada tenemos que el cuestionario QoL-RA-II, es una escala cuyo valor se obtiene de la sumatoria de los ítems que no requiere licencia de uso; su modificación se realizó a través de la reunión de la Sociedad Argentina de Reumatología con el objetivo de optimizar la aplicación del cuestionario QoL-RA original cambiando la estructura de solo 2 ítems, lo que permitió obtener una evaluación de calidad de vida asociada a la ocupación, actividad de la enfermedad, funcionalidad-discapacidad, estado de ánimo (depresión), independientemente de edad, sexo y evolución de la enfermedad por lo que demostró buena validez, reproductividad y confiabilidad, superando la versión original. <sup>(14-16)</sup>

En cuanto a su interpretación de la escala QoL-RA-II; al ser un instrumento de calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) específico para la AR, que consiste en una escala de 8 ítems que mide la CVRS de las personas con AR. Cada ítem comienza con la definición de un elemento a considerar al calificar la calidad de vida, seguido de una pregunta sobre la calificación de la calidad de vida en una escala horizontal de 10 puntos anclada con 1 (muy mala) en un extremo y 10 (excelente) en el otro extremo. Cuanto mayor sea la puntuación de la escala QoL-RA-II, mayor será la CVRS. (Layao L et. al, Arthritis care & research, 2001).<sup>(11)</sup>

No existe un punto de corte predefinido para determinar buena o mala calidad de vida, dadas las revisiones. Se considerará dada la bibliografía que al aplicar y medir esta escala con la versión en español de la herramienta Quality of Life-Rheumatoid Arthritis (QoL-RA) validada por Danao et al., para la población hispana, cada elemento se clasificará en una escala de cero a 10 y los puntajes aumentaran a medida que mejora la calidad de vida. Se menciona en el artículo de Cruz Castillo et. al: Quality of life in Ecuadorian patients with rheumatoid arthritis: A cross-sectional study, Reumatol Clin. 2019 <sup>(31)</sup>, “En la literatura no se ha establecido un punto de corte dentro de la escala para definir buena calidad de vida.”, y también tomando como referencia lo que en revisiones en poblaciones latinoamericanas se ha descrito (Cruz Castillo et. al, Quality of life in Ecuadorian patients with rheumatoid arthritis: A cross-sectional study, Reumatol Clin. 2019 (31), Marisabe et. al, Evaluation of the life collided in the relation with the salad in patients with arthritis rheumatoid in the Rheumatology Center, Rev. Cubana de Reumatología 2015. <sup>(32)</sup>

Punto de corte propuesto para las categorías de calidad de vida según QoL-RA-II

	<b>Categoría</b>	<b>Definición propuesta</b>
<b>QoL-RA-II</b>	Calidad de vida mala	<5
	Calidad de vida buena	>5

Adaptado de los resultados de Cruz Castillo et. al/ Marisabe et. al

Uno de los motivos para evaluar la calidad vida de los pacientes reumatológicos en especial de aquellos con diagnóstico de artritis reumatoide, es el hecho de ser una patología crónica, de distribución poblacional, en el que se podría observar cómo las nuevas terapias en el tratamiento contribuyen a un impacto en la calidad, el cual ha sido documentado como negativo en las diferentes dimensiones de la enfermedad. <sup>(17)</sup>

Por otro lado, tenemos como factor influyente en la calidad de vida la ocupación; la cual se entiende como toda actividad realizada por el ser humano para sí mismo,

así como para otros individuos que van desde el ocio, área laboral o actividades productivas que generen procuración del entorno. Las ocupaciones se pueden agrupar en 3 tipos: las que generan respuesta cerebral de recompensa, las que causan relajación y las que conservan los procesos de cognición en edad avanzada. Otra parte significativa es la actividad que depende de una motivación para realizarla y la cual se describe como una tarea o experiencia en la que el individuo genera una intervención activa que requiere la vinculación de las áreas física, emocional y cognitiva, con el objetivo de canalizar su atención a la conclusión de una tarea; así que la actividad posee un significado único para cada individuo. <sup>(18)</sup>

De manera general podríamos decir que el dolor posee un gran impacto en la mayoría de las áreas de la calidad de vida del paciente, siendo el factor de mayor relación con la presencia de una respuesta emocional negativa relacionándose con la presencia de cuadros depresivos, anorexia, enojo, impotencia e incluso aislamiento social. <sup>(19)</sup>

Otro factor de importancia en la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide es el tratamiento, el cual tiene diversos objetivos como es el caso de las personas mayores, a los cuales les brinda el beneficio de prolongar la función y la independencia a corto plazo; y en los pacientes jóvenes tiene la finalidad de prevenir daños. Por otro lado, encontramos los efectos generados del tratamiento médico, como son la pérdida del apetito, pérdida de peso, trastornos del sueño; síntomas gastrointestinales como son la dispepsia, úlcera gástrica, trastornos en el tránsito intestinal, constipación y diarrea. Algunas de las deficiencias más comunes son ácido fólico, vitamina D, zinc; lo cual nos indica que el estado nutricional está relacionado con la actividad de la enfermedad y la ingesta de glucocorticoides. La prevalencia de la desnutrición en los pacientes con tratamiento prolongado posee gran impacto en la morbilidad, siendo un factor que repercute en la calidad de vida de los pacientes. <sup>(20)</sup>

Para el año 2009 con el objetivo de demostrar el conocimiento científico y actualizado, para mejorar el diagnóstico oportuno; con la adecuación idónea de la terapéutica farmacológica y no farmacológica basada en las recientes actualizaciones científicas, se crea en México “La Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Artritis Reumatoide del Adulto en México” la cual cuenta con su última actualización en la que se abordan temas relacionados con el manejo farmacológico de la artritis reumatoide para uso por reumatólogos así como para especialistas involucrados en el manejo multidisciplinario del paciente. Las guías representan un punto de referencia para el médico en la elección del manejo adecuado y oportuno del paciente; con enfoque en la importancia de la remisión o disminución de la actividad de la enfermedad como objetivo específico para el reumatólogo tratante. En la guía se puede consultar los principios generales del manejo farmacológico como es el uso de los antiinflamatorios no esteroideos (AINES) cuyo objetivo es mejorar el dolor e inflamación sin modificar la enfermedad, por lo que este debe de ser asociados a un fármaco antirreumático modificador de la enfermedad (FARME) al prescribirse. El modo de empleo es en primer lugar a una dosis máxima por lo menos durante una semana antes de pensar en fracaso terapéutico, por otra parte, si se logra el control de síntomas se mantiene la dosis mínima eficaz por un periodo de tiempo mínimo para evitar los efectos adversos, ya que estos se encuentran relacionados con la dosis y el tiempo de exposición. En cuanto a los fármacos modificadores de la enfermedad la guía menciona que al realizarse el diagnóstico de la enfermedad estos deben iniciarse, sin embargo, en México el diagnóstico se realiza cuando la enfermedad se encuentra en etapas avanzadas, lo cual se contrapone con la evidencia actual de los efectos de los fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad de inicio oportuno que tiene efectos superiores en los primeros 3 meses de evolución. La primera opción es el metotrexato que brinda el beneficio de mejorar la actividad funcional y retrasar la progresión o cambios radiográficos de la enfermedad. Como indicación para la prescripción de fármaco antirreumático modificador de la enfermedad se debe tener en cuenta que la terapia combinada se encuentra justificada en todo paciente con diagnóstico temprano, actividad moderada a

grave, persistencia de sintomatología tras 3 meses de tratamiento y contar con factores de mal pronóstico. Se entiende como terapia combinada al uso de un fármaco eje en este caso el metotrexato, en asociación con leflunomida, cloroquina o sulfasalazina, que brinda el beneficio de disminuir la sintomatología y actividad de la enfermedad de los pacientes sin respuesta a la monoterapia. <sup>(21)</sup>

Para el año 2010 surge la estrategia “treat to target” que consiste en llevar al paciente a un control óptimo con el objetivo de la remisión clínica o disminución de la enfermedad. Todo a partir de la cuantificación de la actividad de la enfermedad para lo cual se considera variables como síntomas referidos por el paciente. <sup>(22,23)</sup>

El colegio americano de reumatología (ACR) recomienda para la práctica clínica la aplicación de 2 cuestionarios de auto reporte que no requiere de laboratorios ni cuantificación de articulaciones lesionadas, ambos útiles para la estadificación de la actividad de la enfermedad y ajuste del tratamiento. <sup>(22,23)</sup>

De los recomendados encontramos en primera instancia el cuestionario PASS-II (Patient Activity Scale-II) el cual consta de 3 variables, con un tiempo aproximado para su aplicación de 2-3 minutos, no valora la estabilidad con el tiempo, su sensibilidad, validez y confiabilidad son aceptables; y RAPID-3 (Routine Assessment of Patient Index Data -3) formado por 3 variables que comprenden capacidad funcional, dolor y evaluación global de la enfermedad esto a través de 10 interrogantes para la primer variable y 2 más para el resto; permite valorar el estado general de la enfermedad y la calidad de vida; con un tiempo de aplicación 3 minutos, sensibilidad, confiabilidad, validez aceptable. <sup>(22,23)</sup>

El tabaquismo es un factor a considerar dentro de la calidad de vida del paciente reumatológico en especial en el paciente con artritis reumatoide, ya que el consumo de tabaco modifica la actividad de la enfermedad, los cambios observados en los fumadores comprenden un amplio espectro que van desde aumento en el fibrinógeno sérico, actividad de las células B autorreactivas e



incremento de reactantes de fase aguda y citoquinas proinflamatorias (TNF-alfa, IL-6, polimorfonucleares circulantes), hasta los efectos inmunosupresores como disminución de inmunoglobulinas, inhibición de IL-1B IL2, interferón gamma o liberación por las células endoteliales de IL-8; es decir dicho consumo tiene repercusión sobre el sistema inmunológico generando una respuesta inflamatoria, afectando la respuesta humoral y celular con la capacidad de activar efectos pro inflamatorios; por lo que se establece una interacción entre el consumo de tabaco y la actividad de enfermedades autoinmunes en especial la artritis reumatoide. Hasta el 2014 en un estudio transversal de la relación entre el consumo de tabaco y artritis reumatoide se menciona que hasta esa fecha solo algunos estudios habían evidenciado que los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide cursan con mayor severidad si son fumadores; también se menciona que el tabaquismo en mujeres posmenopáusicas aumenta el riesgo de padecer artritis reumatoide; se demostró que el consumo de cigarrillos eleva 2-4 veces el riesgo de padecer artritis reumatoide; como factor de mal pronóstico hasta 21 veces el riesgo, y hasta 5 veces la probabilidad de presentar anticuerpos anti péptido ciclico-citrulinados (ANTI-CCP) positivos, en cuanto al cuadro clínico el tabaquismo se asocia a enfermedad erosiva, nódulos y vasculitis. Existe un elevado riesgo en los pacientes con artritis reumatoide seropositiva en fumadores en quienes se encuentra el “epitopo reumatoide” que pone en evidencia la interacción genético ambiental. Por lo tanto, entendemos que el tabaquismo representa 1/3 de los pacientes con artritis reumatoide seropositivos y potencia la probabilidad de padecer la enfermedad en pacientes con carga genética; otro punto es el hecho que los hombres poseen mayor riesgo con respecto a las mujeres, con mayor relación entre el tiempo de consumo más que con la cantidad consumida. En cuanto al tratamiento y el tabaquismo, existe una mala respuesta terapéutica en especial al metotrexato debido a las interacciones farmacodinámicas y farmacocinéticas, con respecto a la terapia biológica la mala respuesta está ligada al incremento de mediadores inflamatorios. (24–26)

Al relacionar la calidad de vida con el estado de salud se describe una situación multidimensional, entre el impacto de la patología en el paciente y la terapéutica empleada; así como la relación entre su capacidad funcional y la percepción de los roles del paciente. Considerando que las enfermedades crónicas poseen impacto en la morbimortalidad y en la calidad de vida; en relación con las enfermedades reumáticas se establece una correlación inversa con la calidad de vida; a pesar de que las enfermedades reumáticas no se reconocen como enfermedades de alto impacto para la calidad de vida de los pacientes; en la actualidad algunos estudios demostraron que los pacientes con alteraciones a nivel musculoesquelético poseen una calidad de vida peor, siendo los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide los que reportan peor calidad de vida en comparación con los pacientes con diagnóstico de osteoartritis. <sup>(27)</sup>

En los pacientes que forman parte de la población laboral, el impacto de la patología desde el punto de vista de productividad laboral se encuentra vinculada con el área formal y remunerada de esta población; para su estimación se ha permitido la utilización de instrumentos que permiten estadificar el grado de actividad de la enfermedad, funcionalidad y calidad de vida. <sup>(28)</sup>

Estimar la calidad de vida, es una manera de explicar los resultados esperados e inesperados en los programas de salud, con la finalidad de delimitar la dimensión de los efectos generados por las terapéuticas empleadas; se debe de personalizar a cada paciente en relación con su diagnóstico, evolución de la enfermedad y terapéutica empleada. <sup>(29,30)</sup>

## 5. JUSTIFICACIÓN

A través del estudio se pretende conocer la percepción que tienen los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide de su calidad de vida, con la aplicación de escalas para la medición del impacto en la calidad de vida.

La artritis reumatoide es una patología que se destaca en el sexo femenino con un promedio de edad desde los 45 años, aunque puede aparecer en pacientes jóvenes; en México se han documentado casos de pacientes con inicio a edad temprana a los 12 años, sin embargo, no existe un registro exacto de la incidencia. De manera particular las enfermedades reumáticas constituyen una carga económica y moral para el paciente, la familia y la sociedad.

De forma general los servicios de salud no cuentan con un programa específico destinado al control de patologías reumáticas en especial artritis reumatoide. Sin embargo en los últimos años (2019), instituciones gubernamentales como el Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores como Órgano Rector de las Políticas Públicas, en sus páginas oficiales ha hecho un esfuerzo a favor de este grupo poblacional, interesándose en la detección y abordaje de la Artritis Reumatoide, así como la difusión de este padecimiento para dejar al alcance de la población datos que ayuden a su prevención y diagnóstico oportuno, invitando a las y los profesionales de la salud y a la población en general interesada en este tema a acercarse al Área de Geriatría del instituto (<https://www.gob.mx/inapam/articulos/artritis-reumatoide>) intentando no limitarse a que las instituciones de salud solo otorguen el tratamiento, sino brindar un programa específico para estos pacientes desde el punto de vista educativo y preventivo. <sup>(30)</sup> Las enfermedades reumatológicas afectan a aproximadamente 10 millones de personas en México, siendo las más comunes la artritis reumatoide y la osteoartritis.

En el IMSS para el año 2008, se registraron 59,744 casos de artritis reumatoide a nivel nacional, con un costo anual de \$2,344 USD. Representando el 26.1% de los costos totales anuales por gastos de bolsillo de los pacientes.

Por otra parte, los pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide cursan con dolor y discapacidad, que produce un incremento en la desesperanza, pérdida de habilidades al realizar tareas cotidianas y participación en actividades sociales, sin hacer a un lado la actividad laboral, considerando que 10% de pacientes abandona su trabajo el primer año de inicio del cuadro, y hasta el 50% se incapacitará después de 10 años de diagnóstico.

Todos ellos son factores que influyen psicológicamente, con una amplia gama de reacciones emocionales y afectivas, por lo que la pertinencia de este estudio estriba en que la identificación de la percepción de la calidad de vida con respecto al bienestar físico, emocional y social; acciones que son recomendadas por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) y la Liga Europea Contra el Reumatismo (EULAR), esto mediante el instrumento QoL-RA-II (Rheumatoid Arthritis Quality of Life Questionnaire scale-II), aplicándola como un medio de identificación de paciente con percepción negativa o positiva en relación a su calidad de vida, podría contribuir a establecer estrategias que beneficien directamente a las personas con esta patología, así como a la institución, reduciendo, potencialmente, el costo de que genera la sobredemanda derivada de una mala evolución y calidad de vida por la artritis reumatoide.

## 6. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La artritis reumatoide (AR) es una patología reumática de origen inmunológico que condiciona cambios en el organismo del individuo a largo plazo que tiene repercusión en varios aspectos de su vida diaria, desde la limitación para la movilidad generada por el dolor hasta la discapacidad que conlleva a la dependencia de terceras personas e incluso el abandono de su vida laboral, todos estos factores generan cambios significativos en la calidad de vida de los pacientes.

Cada paciente tiene la capacidad de otorgar una denominación de característica subjetiva a su calidad de vida, es decir cada paciente percibe de diferente manera la calidad de ésta, a partir de su diagnóstico; como parte de las atenciones otorgadas al paciente está la determinación de la calidad de vida a través de instrumentos validados, tal es el caso del cuestionario QoI-RA-II. De tal manera que resulta también relevante conocer si el tiempo en el que se inicia el tratamiento influye en la calidad de vida en un futuro.

Por lo que ante esta situación surgió la siguiente pregunta de investigación:

**¿Cómo es la percepción de calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico en el HGZ Y MF No 1, Pachuca Hidalgo?**

## 7. OBJETIVOS

### OBJETIVO GENERAL.

Identificar la percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico en el HGZ Y MF No. 1, Pachuca Hidalgo

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer la percepción de calidad de vida de pacientes con artritis reumatoide del HGZ Y MF No. 1, Pachuca Hidalgo, de acuerdo a la escala Quality of life in Rheumatoid Arthritis (QOL-RA II scale), tomando en cuenta 8 ítems a evaluar (*capacidad física, dolor, interacción social, apoyo, estado de ánimo, tensión, artritis y estado de salud*)
2. Conocer la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide en relación con su edad, sexo, ocupación, actividad de la enfermedad, funcionalidad – discapacidad
3. Identificar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con artritis reumatoide (edad, sexo, escolaridad, ocupación, estado civil, edad de diagnóstico y comienzo de los síntomas, tratamiento, tabaquismo, morbilidades asociadas)
4. Conocer el tiempo de diagnóstico con el inicio de la sintomatología.
5. Conocer el tratamiento farmacológico de los pacientes con artritis reumatoide.

## **8. HIPÓTESIS:**

### **HIPÓTESIS NULA (H0):**

La percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico en el HGZ Y MF No. 1, Pachuca Hidalgo, es similar a la reportada en la literatura.

### **HIPÓTESIS ALTERNA (H1 ó Ha):**

La percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico en el HGZ Y MF No. 1, Pachuca Hidalgo, es diferente a la reportada en la literatura.

## **9. MATERIAL Y MÉTODOS**

### **UNIVERSO DE TRABAJO**

Pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide (que cumplan criterios ACR/EULAR, diagnosticados por un reumatólogo) atendidos en el HGZ Y MF No. 1 de Pachuca Hidalgo. Que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión. Los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide debieron cumplir con los criterios del Colegio Americano de Reumatología y EULAR. Todos los pacientes incluidos en el protocolo, después de invitarlos a participar y explicarles el protocolo, debieron firmar un consentimiento informado donde se estableció que aceptaban participar voluntariamente.

### **SITIO DEL ESTUDIO**

El estudio se realizó en el HGZ Y MF No. 1 de Pachuca, Hidalgo.

### **PERIODO DEL ESTUDIO.**

El presente protocolo se realizó en un periodo de tres meses posterior a su autorización.

### **DISEÑO DEL ESTUDIO**

Transversal - analítico

### **CARACTERÍSTICAS DEL DISEÑO**

- a. TRANSVERSAL:** El estudio es transversal ya que solo se realizó una sola medición. Fue una investigación observacional y se analizaron los datos de variables recopiladas en un periodo de tiempo sobre una población muestra o subconjunto predefinido.
  
- b. ANALÍTICO:** Consistió en establecer la comparación de variables entre grupos de estudio y control. Además, se refirió a la proposición de hipótesis que el investigador trata de probar.



**c) CRITERIOS DE SELECCIÓN:**

➤ **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

Pacientes mayores de 18 años

Pacientes de ambos sexos

Pacientes derechohabientes

Pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide (diagnóstico de AR por un reumatólogo certificado, de acuerdo a los criterios de ACR)

Pacientes que acepten participar en el estudio

Pacientes que hayan firmado voluntariamente el consentimiento informado.

Paciente con comorbilidades asociadas (Diabetes, Hipertensión Arterial, Enfermedad Renal Crónica, etc.)

➤ **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

Pacientes con diagnóstico de cáncer

Pacientes con diagnóstico de otra enfermedad reumatológica

Pacientes Embarazadas

➤ **CRITERIOS DE ELIMINACIÓN:**

Cédulas de recolección incompletas.

Cuestionarios con respuestas incompletas o ítems sin respuesta emitida por el paciente

**Tabla 1. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES**

**Dependiente**

<p>CALIDAD DE VIDA</p>	<p>Percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones.</p>	<p>Es la puntuación total obtenida de la aplicación del instrumento</p>	<p>Cualitativa nominal</p>	<p>&lt;5 mala calidad de vida &gt;5 buena calidad de vida</p>
------------------------	---	---	----------------------------	---

**Independiente**

<p>TIEMPO EN EL QUE SE INICIÓ TRATAMIENTO PARA LA ARTRITIS REUMATOIDE</p>	<p>Enfermedad inflamatoria crónica de origen autoinmune y etiología desconocida, caracterizada por la inflamación de la membrana que recubre las articulaciones, provocando daño articular que ocasiona dolor,</p>	<p>Periodo en el que, una vez establecido el diagnóstico, se inicia el tratamiento específico</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>1. Menos de un año 2. Más de un año</p>
---	--	---	----------------------------	--

	pérdida de funcionalidad e incapacidad.			
--	---	--	--	--

**Tabla 2. VARIABLES CLINICO-EPIDEMIOLOGICAS**

<b>Variable</b>	<b>Definición conceptual</b>	<b>Definición Operacional</b>	<b>Escala de Medición</b>	<b>Indicador</b>
Edad	Es el espacio de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Es la edad en años cumplidos, que responda el encuestado en estudio.	Cuantitativa Discreta	1. Menos de 21 años 2. 21 a 30 años 3. 31 a 40 años 4. 41 a 50 años 5. 51 a 60 años 6. 61 a 70 años 7. 71 a 80 años 8. 81 a 90 años
Sexo	Características biológicas que diferencian al ser humano en hombre y mujer.	El registrado al momento del estudio por el paciente	Cualitativa Nominal Dicotómica	1.Hombre 2.Mujer
Escolaridad	Grado académico que se ha obtenido en base al nivel de escolaridad cursado.	Es el grado máximo de estudios terminados del paciente	Cualitativa Ordinal	1.Analfabeta 2.Primaria 3.Secundaria 4.Bachillerato 5.Técnico 6.Licenciatura 7.Posgrado

Ocupación	Actividad u oficio que cotidianamente se dedica una persona y por el cual puede o no recibir remuneración económica	Actividad laboral u oficio a la que se dedica el paciente en estudio	Cualitativa Nominal	1.Desempleado 2.Empleado 3.Hogar 4.Pensionado 5.Comerciante 6.Otros
Tratamiento	Intervenciones que se usan con la expectativa de que van a lograr la remisión.	Medidas o fármacos empleados durante su atención con el objetivo de lograr una mejoría de su estado de salud.	Cualitativa Nominal	1.FARME 2.AINES 3.COX-2 4.Esteroides 5. Otros
Tabaquismo	Enfermedad adictiva crónica que evoluciona con recaídas. La nicotina es la sustancia responsable de la adicción, actuando a nivel del sistema nervioso central.	Número de tabacos que se consumen por día	Cuantitativa Nominal	1.1-5 al día 2.5-10 al día 3.10-15 al día 4.15-20 al día 5.+20 al día
Grado de dolor	Experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular real o potencial o descrita	Medición del dolor de acuerdo con el daño tisular descrito	Cualitativa Nominal Politómica	1.Leve: puede realizar actividades 2.Moderado: interfiere con actividades habituales

	en términos de tal daño			3. Severo: interfiere con el descanso
Rigidez matinal	Dificultad para mover las articulaciones afectadas tras el reposo nocturno	Limitación de la movilidad articular posterior al reposo reportado por el/la paciente	Cuantitativa Continua	1. 30 min 2. >30 min, pero <90 min 3. >90 min
Deformidad articular	Alteración en la forma normal de las articulaciones del cuerpo	Cambios en la forma natural de las articulaciones corporales reportada por el/la paciente al momento de la encuesta	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2. No
Fatiga	Sensación de mucho cansancio, con poca energía y un fuerte deseo de dormir que interfiere con las actividades cotidianas normales	Disminución de la energía e intenso deseo de dormir que interfiere con actividades diarias manifestada por el/la paciente al momento del estudio	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2. No
Adinamia	Ausencia total de fuerza física que es síntoma de algunas enfermedades graves	Falta de fuerza física relacionada con enfermedades graves manifestada por el/la paciente al momento del estudio	Cualitativa Nominal Dicotómica	1. Si 2. No

Comorbilidad	Cualquier entidad (enfermedad o condición de salud) adicional que ha existido o puede durante el curso clínico de un paciente con una enfermedad base	Cualquier enfermedad adicional a una enfermedad de base manifestada por el/la paciente al momento del estudio	Cualitativa Nominal Politómica	1.Diabetes mellitus 2.Hipertensión arterial 3.Enfermedad renal crónica 4. Cáncer 5.Otras enfermedades no reumatológicas 6.Otras enfermedades reumatológicas
Edad al momento del diagnóstico	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser humano	Tiempo transcurrido desde el nacimiento manifestada por el/la paciente al momento del estudio	Cuantitativa Discreta	1. Menos de 21 años 2. 21 a 30 años 3. 31 a 40 años 4. 41 a 50 años 5. 51 a 60 años 6. 61 a 70 años 7. 71 a 80 años 8. 81 a 90 años
Edad de inicio de síntomas	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser humano	Tiempo transcurrido desde el nacimiento manifestada por el/la paciente al momento del estudio	Cuantitativa Discreta	1. Menos de 21 años 2. 21 a 30 años 3. 31 a 40 años 4. 41 a 50 años 5. 51 a 60 años 6. 61 a 70 años 7. 71 a 80 años 8. 81 a 90 años

Edad de inicio de tratamiento	Tiempo transcurrido desde el nacimiento de un ser humano	Tiempo transcurrido desde el nacimiento manifestada por el/la paciente al momento del estudio	Cuantitativa Discreta	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Menos de 21 años</li> <li>2. 21 a 30 años</li> <li>3. 31 a 40 años</li> <li>4. 41 a 50 años</li> <li>5. 51 a 60 años</li> <li>6. 61 a 70 años</li> <li>7. 71 a 80 años</li> <li>8. 81 a 90 años</li> </ol>
-------------------------------	--	---	-----------------------	--

## DESCRIPCIÓN GENERAL DEL ESTUDIO

1. El protocolo fue sometido a valoración por los Comités Locales de Ética e Investigación para su autorización.
2. Una vez autorizado, se procedió a la selección de los participantes de acuerdo con los criterios de selección establecidos y se les invito a participar en el estudio mediante la lectura del Consentimiento Informado (CI), documento legal que en caso de aceptar participar fue firmado por los pacientes.
3. Posteriormente, se procedió a llenar una cédula de datos generales, con la finalidad de caracterizar a los pacientes, posteriormente se aplicó el instrumento (cuestionario QOL-RA-II) para la recolección de los datos.
4. Una vez llenado el instrumento, se capturó la información en una base de datos creada en Microsoft Excel ®, información que fue exportada al paquete SPSS Statics versión 23 para su análisis estadístico.

## ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

Se realizó descripción estadística para obtener frecuencias simples de las variables obtenidas, posteriormente se realizó proporciones y razones para variables cualitativas y para variables cuantitativas medidas de tendencia central y de dispersión. Se buscó asociación del tiempo en el que se inició el tratamiento médico desde el inicio de los síntomas, con la calidad de vida por medio de pruebas paramétricas y no paramétricas.

### g) TAMAÑO DE LA MUESTRA

En el HGZMF1 del IMSS Pachuca Hidalgo, hasta el mes de julio de 2021 se encontró con una población de 1964 paciente con el diagnóstico de artritis reumatoide. Se utilizó la fórmula para cálculo de muestra de poblaciones finitas para conocer el tamaño de la muestra a estudiar.

$$n = \frac{n_o}{1 + \frac{n_o}{N}}$$

$$\text{Donde: } n_o = p^*(1-p)^* \left( \frac{Z(1-\alpha)}{2} \right)^2 \frac{1}{d}$$

Por lo que al aplicar la fórmula obtuvieron los siguientes datos

$$n_o = 0.5^*(1-0.5)^* \left( \frac{1.96}{0.05} \right)^2$$

$$n_o = 0.5^*(0.5)^* 1,536.64$$

$$n_o = 0.25^* 1,536.64$$

$$n_o = 384.16$$



N: total de la población

z (1-alfa/2): 1.96 (nivel de confianza desde 95%)

p: 0.50 (probabilidad de ocurrencia)

d: error máximo de estimación 5%

$n_o=384.16$

$n= 384.16$

$$1 + \left( \frac{384.16}{1964} \right)$$

$n= 384.16$

$1 + 0.1956$

$n= 384.16$

$1.1956$

**n= 321**

## **ASPECTOS ÉTICOS**

### **Reglamento de la Ley General de Salud en materia de Investigación para la Salud**

Los procedimientos de esta investigación se apegan al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud y a la Declaración de Helsinki y sus enmiendas, siendo la última enmienda en Brasil 2013.

#### **Consentimiento informado**

Con base en el Art. 14 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud sobre consentimiento informado, la Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;

III.- Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo;

IV.- Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predecibles;

V.- Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala;

VI.- Deberá ser realizada por profesionales de la salud, con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación

VII. Contará con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación, Ética y

la de Bioseguridad, en su caso, y

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud.

Con base en el Art. 20 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna.

Con base en el Art. 21 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, refiere que para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

I. La justificación y los objetivos de la investigación;

III. Las molestias o los riesgos esperados;

IV. Los beneficios que puedan observarse;

VI. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto;

VII. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento;

VIII. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;

IX. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando;

Con base en el Art. 22 del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, el consentimiento informado deberá formularse por escrito y deberá reunir los siguientes requisitos:

I. Será elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría;

II.- Será revisado y, en su caso, aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud;

III.- Indicará los nombres y direcciones de dos testigos y la relación que éstos tengan con el sujeto de investigación;

IV. Deberá ser firmado por dos testigos y por el sujeto de investigación o su representante legal, en su caso. Si el sujeto de investigación no supiere firmar, imprimirá su huella digital y a su nombre firmará otra persona que él designe, y

V. Se extenderá por duplicado, quedando un ejemplar en poder del sujeto de investigación o de su representante legal.

## **PRIVACIDAD.**

Con base en el Art 16 del Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud, toda investigación en seres humanos protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

### **Clasificación de riesgo de la investigación:**

Con base al Art. 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. Para efectos de este Reglamento, una de las categorías de investigación es la siguiente:

**II. Investigación con riesgo mínimo:** Estudios prospectivos que emplean el riesgo de datos a través de procedimientos comunes en exámenes físicos o psicológicos de diagnósticos o tratamiento rutinarios, entre los que se consideran: pesar al sujeto, pruebas de agudeza auditiva; electrocardiograma, termografía, colección de excretas y secreciones externas, obtención de placenta durante el parto, colección de líquido amniótico al romperse las membranas, obtención de saliva, dientes deciduales y dientes permanentes extraídos por indicación terapéutica, placa dental y cálculos removidos por procedimiento profilácticos no invasores, corte de pelo y uñas sin causar desfiguración, extracción de sangre por punción venosa en adultos en buen estado de salud, con frecuencia máxima de dos veces a la semana y volumen máximo de 450 ml. en dos meses, excepto durante el embarazo, ejercicio moderado en voluntarios sanos, pruebas psicológicas a individuos o grupos en los que no se manipulará la conducta del sujeto, investigación con medicamentos de uso común, amplio margen terapéutico, autorizados para su venta, empleando las indicaciones, dosis y vías de administración establecidas y que no sean los medicamentos de investigación que se definen en el artículo 65 de este Reglamento, entre otros.

Por lo cual la presente investigación y de acuerdo con lo estipulado en el Art. 17 Fracción II del reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud sobre valoración de riesgo es considerada:

### **INVESTIGACIÓN CON RIESGO MINIMO**

## **Declaración de Helsinki**

Los principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos están normados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial, en su última actualización Brasil 2013. La Asociación Médica Mundial (AMM) ha desarrollado la Declaración de Helsinki como una declaración de principios éticos para la investigación médica con seres humanos, incluida la investigación sobre material y datos humanos identificables.

Dicho documento ha sido considerado como uno de los más importantes en materia de protección y ética de la investigación en seres humanos, por lo que esta investigación se adhiere a dichos principios, mencionando a continuación aquellos que se asocian a este estudio.

4.- El deber del médico es promover y velar por la salud, bienestar y derechos de los pacientes, incluidos los que participan en investigación médica. Los conocimientos y la conciencia del médico han de subordinarse al cumplimiento de ese deber.

6.- El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos).

7.- La investigación médica está sujeta a normas éticas que sirven para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

8.- Aunque el objetivo principal de la investigación médica es generar nuevos conocimientos, este objetivo nunca debe tener primacía sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación.

9.- En la investigación médica, es deber del médico proteger la vida, la salud, la dignidad, la integridad, el derecho a la autodeterminación, la intimidad y la confidencialidad de la información personal de las personas que participan en la investigación. La responsabilidad de la protección de las personas que toman parte en la investigación debe recaer siempre en un médico u otro profesional de la salud y nunca en los participantes en la investigación, aunque hayan otorgado su consentimiento.

10.- Los médicos deben considerar las normas y estándares éticos, legales y jurídicos para la investigación en seres humanos en sus propios países, al igual que las normas y estándares internacionales vigentes. No se debe permitir que un requisito ético, legal o jurídico nacional o internacional disminuya o elimine cualquiera medida de protección para las personas que participan en la investigación establecida en esta Declaración.

12.- La investigación médica en seres humanos debe ser llevada a cabo sólo por personas con la educación, formación y calificaciones científicas y éticas apropiadas.

La investigación en pacientes o voluntarios sanos necesita la supervisión de un médico u otro profesional de la salud competente y calificado apropiadamente.

13.- Los grupos que están subrepresentados en la investigación médica deben tener un acceso apropiado a la participación en la investigación.

14.- El médico que combina la investigación médica con la atención médica debe involucrar a sus pacientes en la investigación sólo en la medida en que esto acredite un justificado valor potencial preventivo, diagnóstico o terapéutico y si el médico tiene buenas razones para creer que la participación en el estudio no afectará de manera adversa la salud de los pacientes que toman parte en la investigación.

21.- La investigación médica en seres humanos debe conformarse con los principios científicos generalmente aceptados y debe apoyarse en un profundo conocimiento de la bibliografía científica, en otras fuentes de información pertinentes, así como en experimentos de laboratorio correctamente realizados y en animales, cuando sea oportuno. Se debe cuidar también del bienestar de los animales utilizados en los experimentos.

22.- El proyecto y el método de todo estudio en seres humanos deben describirse claramente y ser justificados en un protocolo de investigación. El protocolo debe hacer referencia siempre a las consideraciones éticas que fueran del caso y debe indicar cómo se han considerado los principios enunciados en esta Declaración.

25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.

26. En la investigación médica en seres humanos capaces de dar su consentimiento informado, cada participante potencial debe recibir información adecuada acerca de los objetivos, métodos, fuentes de financiamiento, posibles conflictos de intereses, afiliaciones institucionales del investigador, beneficios calculados, riesgos previsibles e incomodidades derivadas del experimento, estipulaciones post estudio y todo otro aspecto pertinente de la investigación. El participante potencial debe ser informado del derecho de participar o no en la investigación y de retirar su consentimiento en cualquier momento, sin exponerse a represalias. Se debe prestar especial atención a las necesidades específicas de información de cada participante potencial, como también a los métodos utilizados para entregar la información. Después de asegurarse de que el individuo ha comprendido la información, el médico u otra persona calificada apropiadamente debe pedir entonces, preferiblemente por escrito, el consentimiento informado y



voluntario de la persona. Si el consentimiento no se puede otorgar por escrito, el proceso para lograrlo debe ser documentado y atestiguado formalmente. Todas las personas que participan en la investigación médica deben tener la opción de ser informadas sobre los resultados generales del estudio.

27. Al pedir el consentimiento informado para la participación en la investigación, el médico debe poner especial cuidado cuando el participante potencial está vinculado con él por una relación de dependencia o si consiente bajo presión. En una situación así, el consentimiento informado debe ser pedido por una persona calificada adecuadamente y que nada tenga que ver con aquella relación.

28. Cuando el participante potencial sea incapaz de dar su consentimiento informado, el médico debe pedir el consentimiento informado del representante legal. Estas personas no deben ser incluidas en la investigación que no tenga posibilidades de beneficio para ellas, a menos que ésta tenga como objetivo promover la salud del grupo representado por el participante potencial y esta investigación no puede realizarse en personas capaces de dar su consentimiento informado y la investigación implica sólo un riesgo y costo mínimos.

29. Si un participante potencial que toma parte en la investigación considerado incapaz de dar su consentimiento informado es capaz de dar su asentimiento a participar o no en la investigación, el médico debe pedirlo, además del consentimiento del representante legal. El desacuerdo del participante potencial debe ser respetado.

30. La investigación en individuos que no son capaces física o mentalmente de otorgar consentimiento, por ejemplo, los pacientes inconscientes, se puede realizar sólo si la condición física/mental que impide otorgar el consentimiento informado es una característica necesaria del grupo investigado. En estas circunstancias, el médico debe pedir el consentimiento informado al representante legal. Si dicho representante no está disponible y si no se puede retrasar la investigación, el estudio puede llevarse a cabo sin consentimiento informado, siempre que las razones específicas para incluir a individuos con una enfermedad

que no les permite otorgar consentimiento informado hayan sido estipuladas en el protocolo de la investigación y el estudio haya sido aprobado por un comité de ética de investigación. El consentimiento para mantenerse en la investigación debe obtenerse a la brevedad posible del individuo o de un representante legal.

31. El médico debe informar cabalmente al paciente los aspectos de la atención que tienen relación con la investigación. La negativa del paciente a participar en una investigación o su decisión de retirarse nunca debe afectar de manera adversa la relación médico-paciente.

32. Para la investigación médica en que se utilice material o datos humanos identificables, como la investigación sobre material o datos contenidos en biobancos o depósitos similares, el médico debe pedir el consentimiento informado para la recolección, almacenamiento y reutilización. Podrá haber situaciones excepcionales en las que será imposible o impracticable obtener el consentimiento para dicha investigación. En esta situación, la investigación sólo puede ser realizada después de ser considerada y aprobada por un comité de ética de investigación.

### **Aseguramiento de la calidad (BPC)**

Para la recolección de datos se aplicarán las Buenas Prácticas Clínicas (BPC) las cuales permiten la estandarización y validación de resultados.

### **Archivo de la Información**

La información recabada en los documentos fuente es de carácter confidencial y para uso exclusivo de los investigadores, será ordenada, clasificada y archivada bajo la responsabilidad del investigador principal, durante un periodo de cinco años una vez capturada en una base de datos.

### **Autorización Institucional**

Con base en el Artículo 102 del Reglamento de la ley General de Salud en materia de investigación para la salud, el Titular de la institución de salud, con el dictamen favorable de los Comités de Investigación y de Ética en Investigación tendrá la

facultad de decidir si autoriza la ejecución de la investigación propuesta, por lo que mediante un oficio emitido por los comités de la institución se obtendrá la autorización correspondiente para proceder a la recolección de la información.

## **10. RECURSOS, FINANCIAMIENTO Y FACTIBILIDAD**

### **RECURSOS Y FINANCIAMIENTO:**

- a. Recursos Humanos:** Se contó con un asesor clínico especialista en Medicina Familiar y un asesor metodológico especialista en Medicina Familiar, ambos con experiencia en el tema y que han participado en otros estudios de investigación, así como un tesista médico residente en medicina familiar, con experiencia en el tema.
- b. Recursos Físicos:** Se contó con infraestructura e instalaciones del HGZMF No. 1
- c. Recursos Materiales:** Se contó con equipo de cómputo, impresora, material de oficina, hojas, encuestas, bolígrafos, gomas, encuestas, paquete estadístico, etc.
- d. Recursos Financieros:** Los gastos generados por la presente investigación fueron cubiertos por los investigadores que participan en la misma

**FACTIBILIDAD:** Se contó con recursos humanos, materiales y financieros adecuados, para la ejecución de la investigación

## 11. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

TIEMPO		2021			2022						2023		
		JUL AGO	SEP OCT	NOV DIC	ENE FEB	MAR ABR	MAY JUN	JUL AGO	SEP OCT	NOV DIC	ENERO	FEBRERO	
CONCEPTO													
ELECCIÓN TEMA INVESTIGACIÓN.	P												
	R												
REVISIÓN DE LA BIBLIOGRAFÍA.	P												
	R												
ELABORACIÓN DEL PROTOCOLO.	P												
	R												
INGRESO SIRELCIS	P												
	R												
APLICACIÓN DEL INSTRUMENTO.	P												
	R												
CAPTURA EN BASE DE DATOS.	P												
	R												
ANÁLISIS DE RESULTADOS.	P												
	R												
DISCUSIÓN DE RESULTADOS.	P												
	R												
CONCLUSIONES.	P												
	R												
PRESENTACIÓN DE TESIS	P												
	R												

**P: Programado**

**R: Realizado**

***Sujeto a modificaciones***

## Resultados

Se obtuvieron 376 encuestas de los pacientes con AR que acudieron a consulta al servicio de Reumatología del HGZ y MF No. 1 de Pachuca Hidalgo, que aceptaron participar en el estudio; obteniéndose los siguientes resultados.

De los 376 pacientes con respecto al sexo fueron de predominio mujeres en el 89.9% (338 pacientes) y, el 10.1% hombres (38 pacientes). (Tabla 1 Gráfica 1)

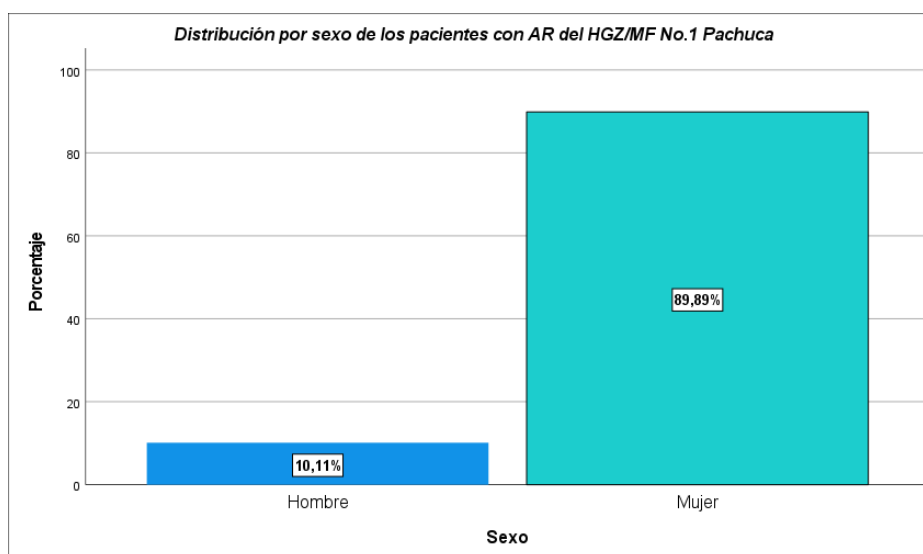
Tabla 1

**Distribución por sexo de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1 Pachuca**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Hombre	38	10,1	10,1	10,1
	Mujer	338	89,9	89,9	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Angeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 1



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Angeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

El análisis del rango de edad se encontró el rango de 21 a 30 años en el 8.8% (33 pacientes), el rango de 31 a 40 años en el 20.2% (76 pacientes), de 41 a 50 años en el 20.2% (76 pacientes), 51 a 60 años con 24.5% (92 pacientes), de 61 a 70 años (18.9% (71 pacientes), de 71 a 80 años en el 5.3% (20 años) y, para el rango 81 a 90 años 2.1% (8 pacientes). Siendo el rango de predominio el de 51 a 60 años. (Tabla 2 - Gráfica 2)

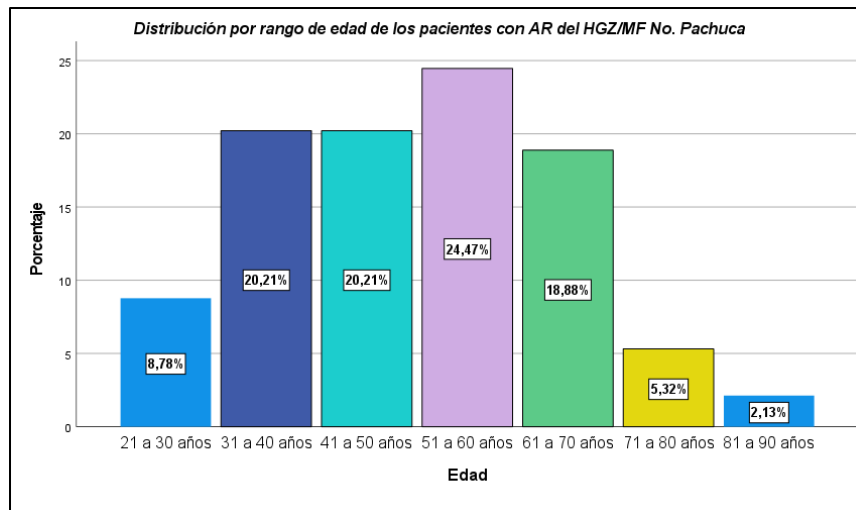
Tabla 2

**Distribución por rango de edad de los pacientes con AR del HGZ/MF1 Pachuca**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	21 a 30 años	33	8,8	8,8
	31 a 40 años	76	20,2	29,0
	41 a 50 años	76	20,2	49,2
	51 a 60 años	92	24,5	73,7
	61 a 70 años	71	18,9	92,6
	71 a 80 años	20	5,3	97,9
	81 a 90 años	8	2,1	100,0
	Total	376	100,0	100,0

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 2



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

En cuanto a la escolaridad de los pacientes se observó pacientes analfabetas en el 0.5% (2 pacientes), con el grado académico primaria el 12.5% (47 pacientes), secundaria 24.5% (92 pacientes), para bachillerato el 27.9% (105 pacientes), técnico en el 6.1% (23 pacientes), con licenciatura el 27.4% (103 pacientes) y, para posgrado el 1.1% (4 pacientes). (Tabla3 - Gráfica 3)

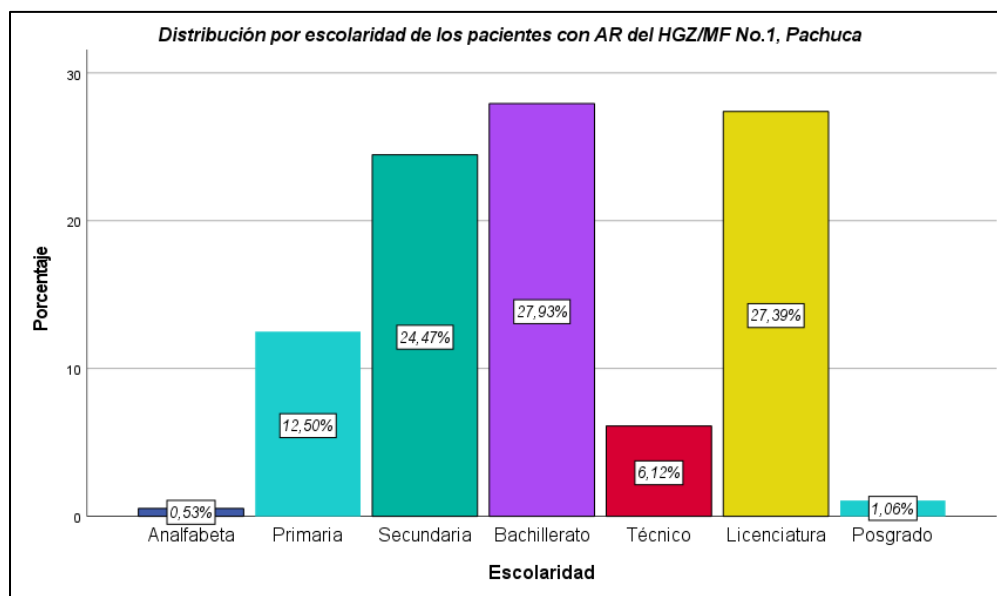
Tabla 3

**Distribución por escolaridad de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Analfabeta	2	,5	,5
	Primaria	47	12,5	13,0
	Secundaria	92	24,5	37,5
	Bachillerato	105	27,9	65,4
	Técnico	23	6,1	71,5
	Licenciatura	103	27,4	98,9
	Posgrado	4	1,1	100,0
	Total	376	100,0	100,0

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 3



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Angeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

El análisis del estado civil se observó que el 27.7 % (104 pacientes) eran solteros, casados 49.2% (185 pacientes), en unión libre el 6.6% (25 pacientes), divorciados el 2.9% (11 pacientes), separados 3.2% (12 pacientes) y, viudos en el 10.4% (39 pacientes); observándose predominio en la categoría de casados. (Tabla 4 - Gráfica 4)

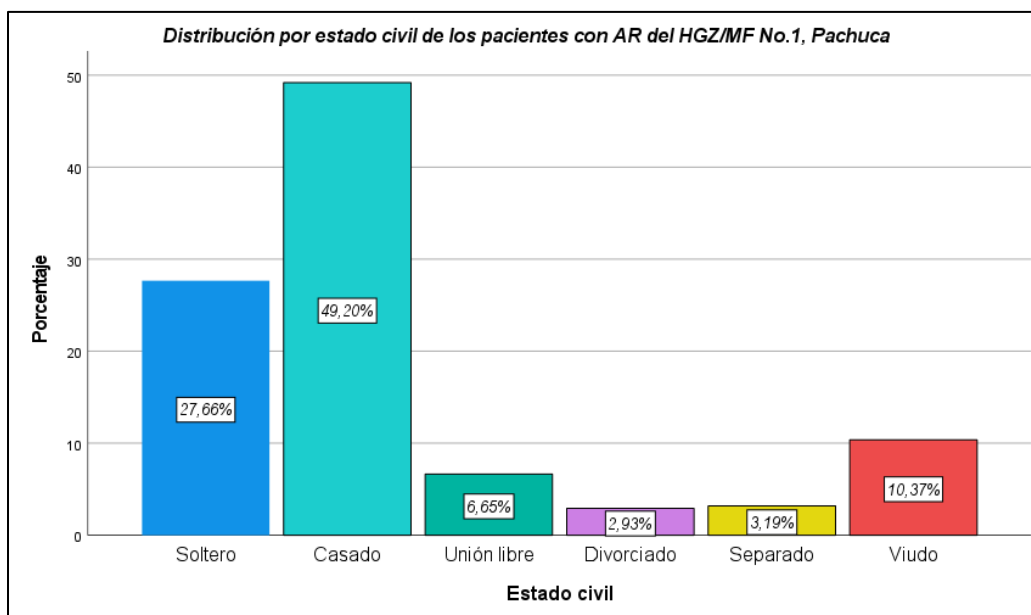
Tabla 4

Distribución por estado civil de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltero	104	27,7	27,7
	Casado	185	49,2	76,9
	Unión libre	25	6,6	83,5
	Divorciado	11	2,9	86,4
	Separado	12	3,2	89,6
	Viudo	39	10,4	100,0
	Total	376	100,0	100,0

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Angeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 4



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Con respecto a la ocupación se encontró que 145 participantes son empleados y 141 se dedican a labores del hogar, lo que representa el 38.6% y 37.5% respectivamente y, solo el 6.4% son pensionados al momento del estudio. (Tabla5 - Gráfica 5)

Tabla 5

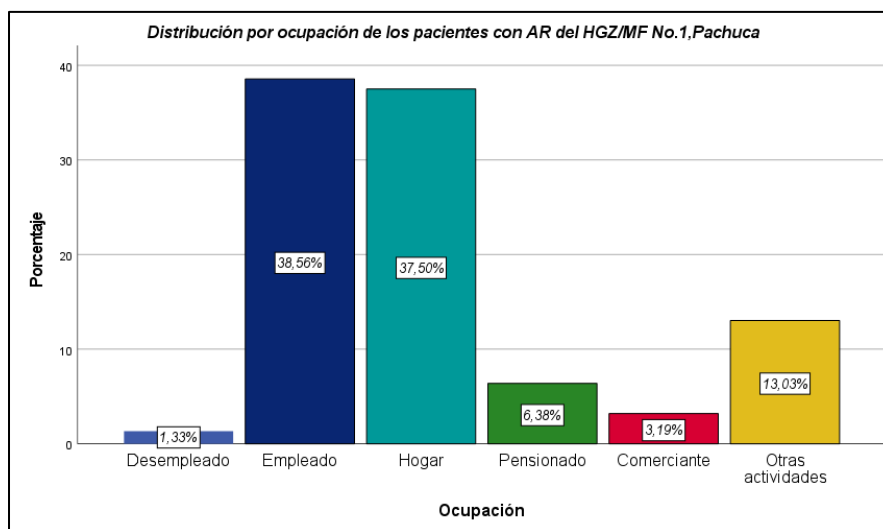
Distribución por ocupación de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Desempleado	5	1,3	1,3
	Empleado	145	38,6	39,9
	Hogar	141	37,5	77,4
	Pensionado	24	6,4	83,8
	Comerciante	12	3,2	87,0
	Otras actividades	49	13,0	100,0
	Total	376	100,0	100,0

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.



Gráfica 5



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

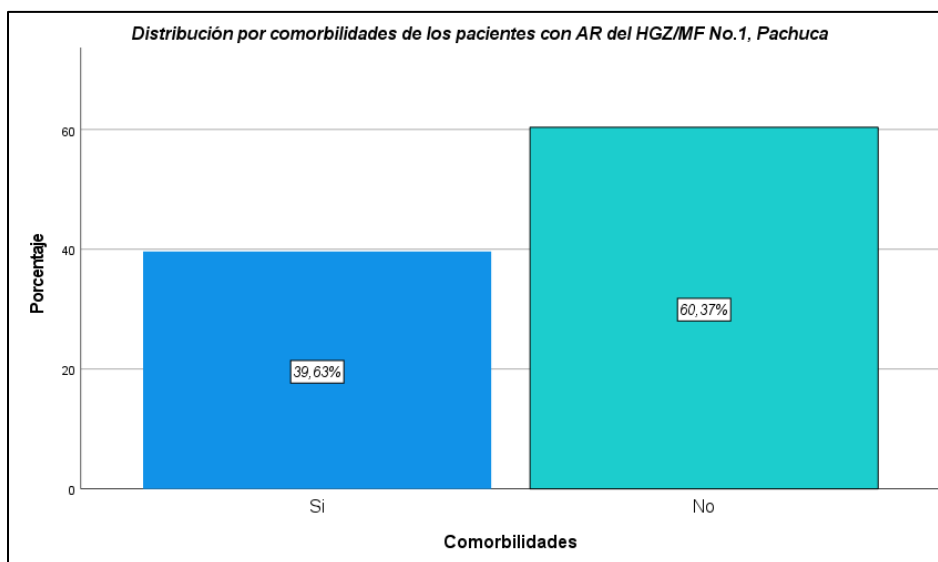
Al analizar las comorbilidades de los pacientes se encontró que el 39.6% (149 pacientes) padecen más de dos enfermedades en conjunto con la AR y, el 60.4% (227 pacientes) no padecen comorbilidades. Del análisis de las comorbilidades se observó hipertensión arterial sistémica en el 37.8% (142 pacientes), diabetes tipo 2 en el 17.6% (66 pacientes), hipotiroidismo en el 16% (60 pacientes), otras enfermedades en el 17.3% (65 pacientes), gastritis en el 9.8% (37 pacientes) y, enfermedad renal crónica en el 0.8% (3 pacientes). (Tabla 6,7 – Gráfica 6)

Tabla 6

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	149	39,6	39,6	39,6
	No	227	60,4	60,4	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 6



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Tabla 7

Distribución de comorbilidades de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca

Comorbilidad	Frecuencia	%
Diabetes tipo 2	66	17.6
Hipertensión arterial sistémica	142	37.8
Enfermedad renal crónica	3	0.8
Hipotiroidismo	60	16.0
Gastritis	37	9.8
Otras enfermedades	65	17.3

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

En cuanto al tabaquismo se encontró que el 86.4% (325 pacientes) negaron consumo de tabaco, para el consumo de 1 a 5 cigarrillos/ día el 6.9% (26 paciente), para consumo de 5 a 10 cigarrillos/día el 4.5% (17 pacientes), consumo de 10 a 15 cigarrillos/día el 1.6% (6 pacientes) y, para >20 cigarrillos/día el 0.5% (2 pacientes). (Tabla 8 – Gráfica 7)

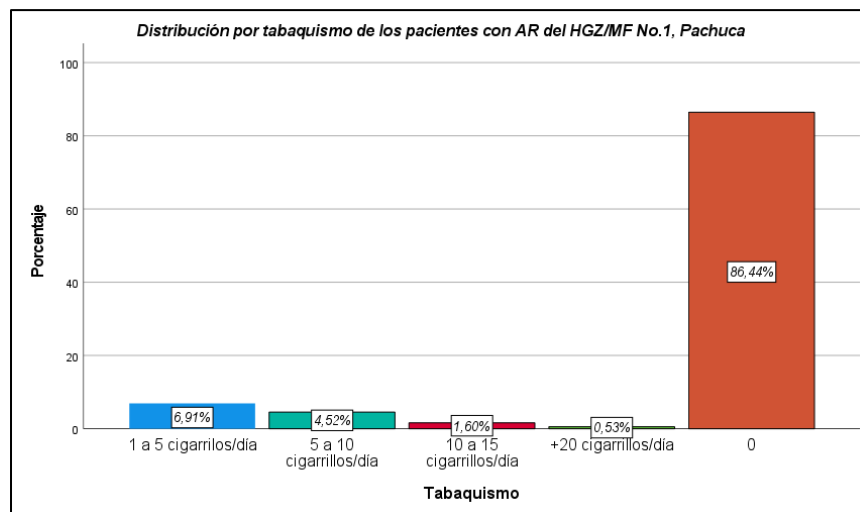
Tabla 8

**Distribución por tabaquismo de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 a 5 cigarrillo/día	26	6,9	6,9	6,9
	5 a 10 cigarrillo/día	17	4,5	4,5	11,4
	10 a 15 cigarrillo/día	6	1,6	1,6	13,0
	+20 cigarrillo/día	2	,5	,5	13,6
	0	325	86,4	86,4	100,0
	<b>Total</b>	<b>376</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 7



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

En el análisis de la edad al momento del inicio de los síntomas se encontró el rango <21 años en el 11.7% (44 pacientes), de 21 a 30 años en el 25.5% (96 pacientes), de 31 a 40 años el 23.4% (88 años), para 41 a 50 años el 21.5% (81 pacientes), de 51 a 60 años en el 10.6% (40 pacientes), para 61 a 70 años el 6.6% (25 pacientes) y, 71 a 80 años el 0.5% (2 pacientes). (Tabla 9 - Gráfica 8)

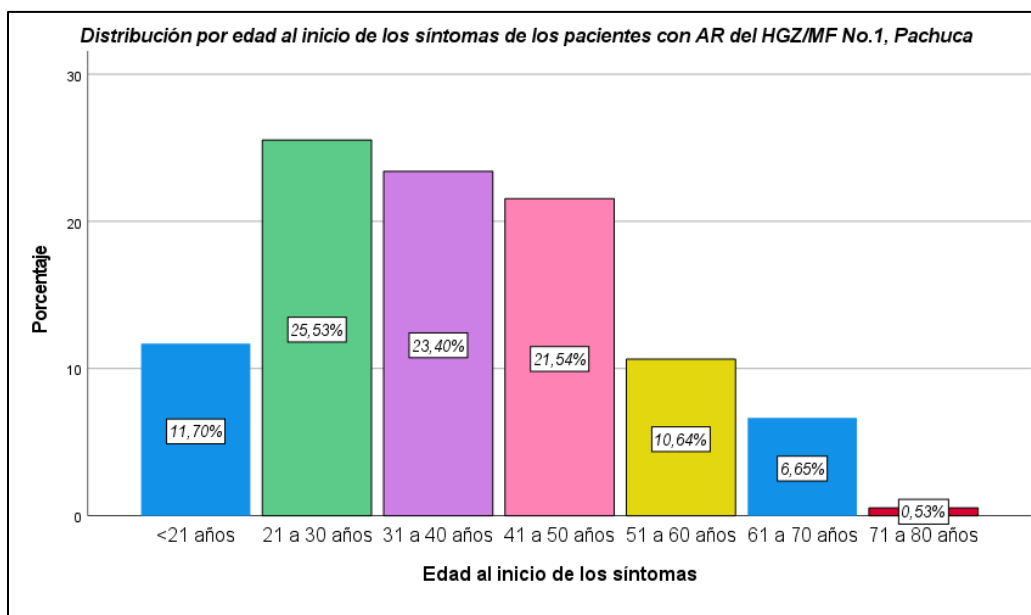
Tabla 9

**Distribución por edad al inicio de los síntomas de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<21 años	44	11,7	11,7	11,7
	21 a 30 años	96	25,5	25,5	37,2
	31 a 40 años	88	23,4	23,4	60,6
	41 a 50 años	81	21,5	21,5	82,2
	51 a 60 años	40	10,6	10,6	92,8
	61 a 70 años	25	6,6	6,6	99,5
	71 a 80 años	2	,5	,5	100,0
<b>Total</b>	<b>376</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>		

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 8



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

En cuanto al análisis de la edad al momento de diagnóstico se observó en el rango de <21 años el 9.6% (36 pacientes), de 21 a 30 años el 22.6% (85 pacientes), de 31 a 40 años el 22.9% (86 pacientes), 41 a 50 años el 23.9% (90 pacientes), de 51 a 60 años en el 11.4% (43 pacientes), de 61 a 70 años el 8.5% (32 pacientes) y, de 71 a 80 años el 1.1% (4 pacientes). (Tabla 10 - Gráfica 9)

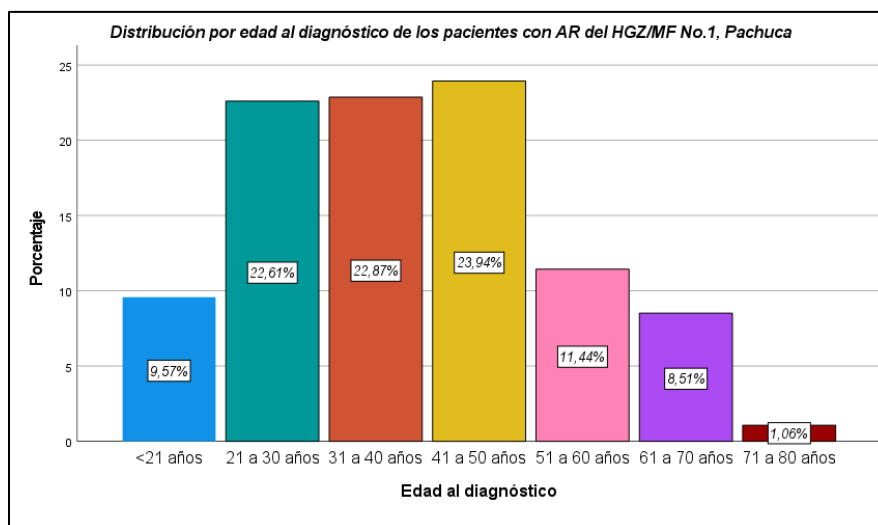
Tabla 10

Distribución por edad al diagnóstico de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<21 años	36	9,6	9,6
	21 a 30 años	85	22,6	32,2
	31 a 40 años	86	22,9	55,1
	41 a 50 años	90	23,9	79,0
	51 a 60 años	43	11,4	90,4
	61 a 70 años	32	8,5	98,9
	71 a 80 años	4	1,1	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 9



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

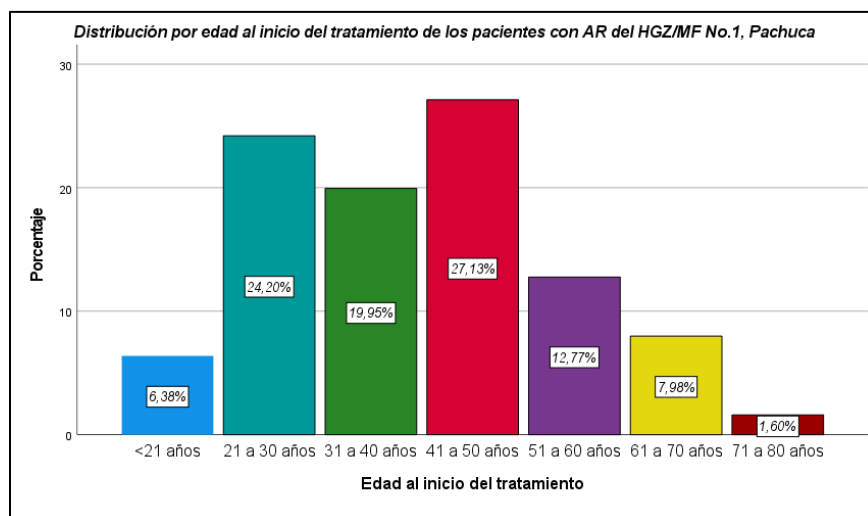
Se observó en el análisis de la edad al inicio del tratamiento el rango de <21 años en el 6.4% (24 pacientes), de 21 a 30 años el 24.2% (91 pacientes), 31 a 40 años en el 19.9% (75 pacientes), de 41 a 50 años el 27.1% (102 pacientes), de 51 a 60 años el 12.8% (48 pacientes), de 61 a 70 años el 8% (30 pacientes) y, de 71 a 80 años el 1.6% (6 pacientes). (Tabla 11 - Gráfica 10)

Tabla 11

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	< 21 años	24	6,4	6,4
	21 a 30 años	91	24,2	30,6
	31 a 40 años	75	19,9	50,5
	41 a 50 años	102	27,1	77,7
	51 a 60 años	48	12,8	90,4
	61 a 70 años	30	8,0	98,4
	71 a 80 años	6	1,6	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 10



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

El análisis del tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y establecimiento del diagnóstico se encontró un periodo de tiempo transcurrido de 1 a 5 años en el 87.5 % (329 pacientes), de 5 a 10 años en el 6.1% (23 pacientes) y, >10 años el 6.4% (24 pacientes). (Tabla 12 - Gráfica 11)

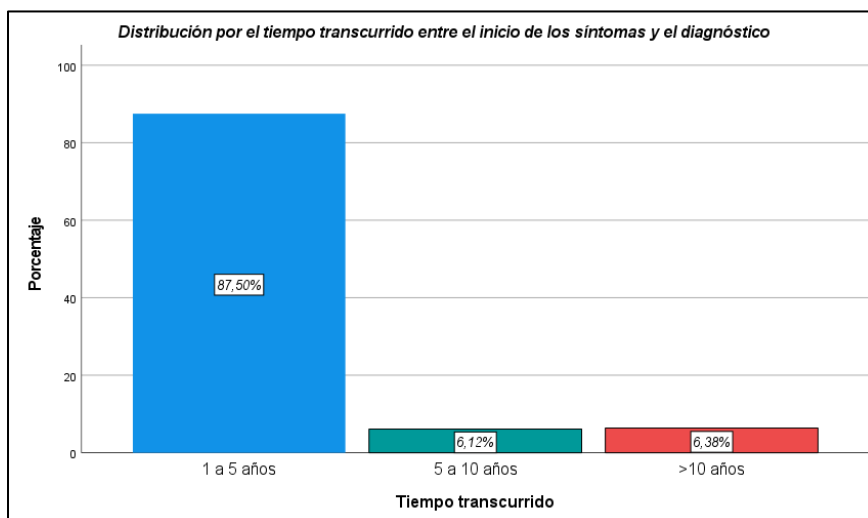
Tabla 12

Distribución por el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el diagnóstico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 a 5 años	329	87,5	87,5
	5 a 10 años	23	6,1	93,6
	>10 años	24	6,4	100,0
Total	376	100,0	100,0	

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 11



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

En cuanto al tiempo transcurrido desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento, se observó el periodo de tiempo <1 año en el 84.8% (319 pacientes) y, >1 año el 15.2% (57 pacientes). (Tabla 13 - Gráfica 12)

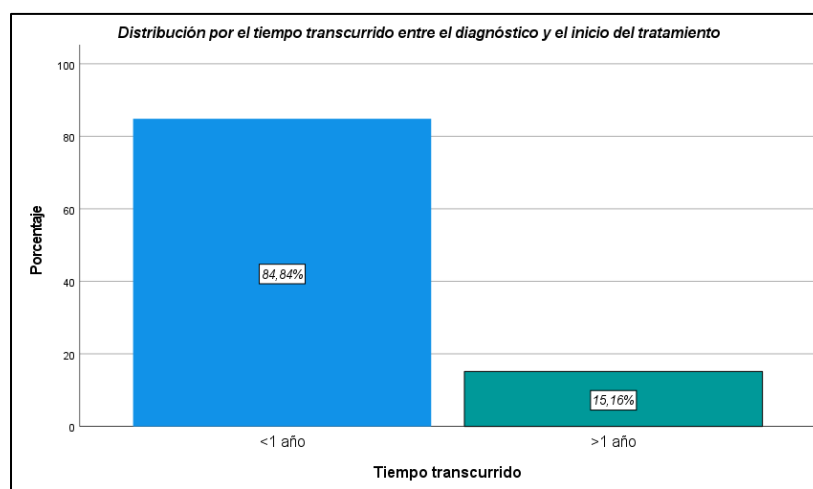
Tabla 13

**Distribución por el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<1 año	319	84,8	84,8	84,8
	>1 año	57	15,2	15,2	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 12



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Por otra parte, en el análisis del tiempo entre el inicio de síntomas y el inicio del tratamiento se encontró el periodo de 1 a 5 años en el 84% (316 pacientes), de 5 a 10 años el 7.2% (27 pacientes) y, para >10 años el 8.8% (33 pacientes). (Tabla 14 - Gráfica

13)

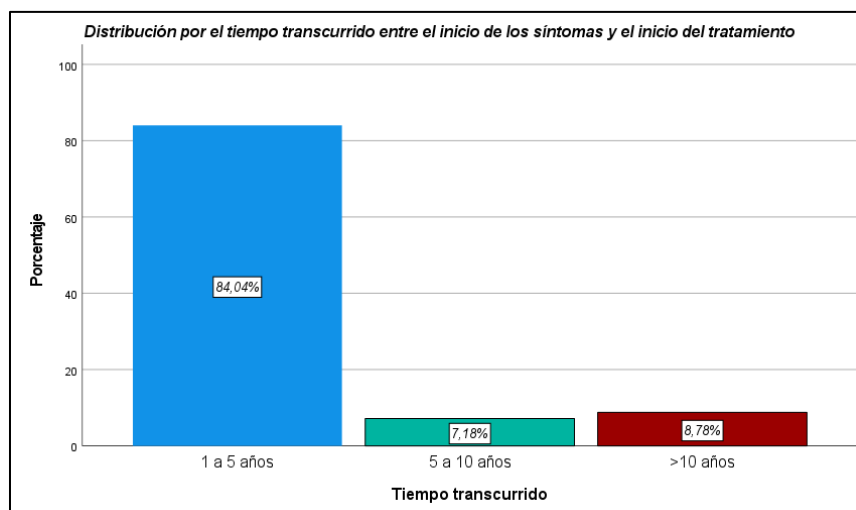
Tabla 14

**Distribución por el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y el inicio del tratamiento**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	1 a 5 años	316	84,0	84,0	84,0
	5 a 10 años	27	7,2	7,2	91,2
	>10 años	33	8,8	8,8	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 13



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Al analizar las características clínicas de la enfermedad se encontró el grado de dolor el leve en el 43.1% (162 pacientes), para moderado el 37.8% (142 pacientes) y, severo en el 19.1% (72 pacientes). (Tabla 15 - Gráfica 14)

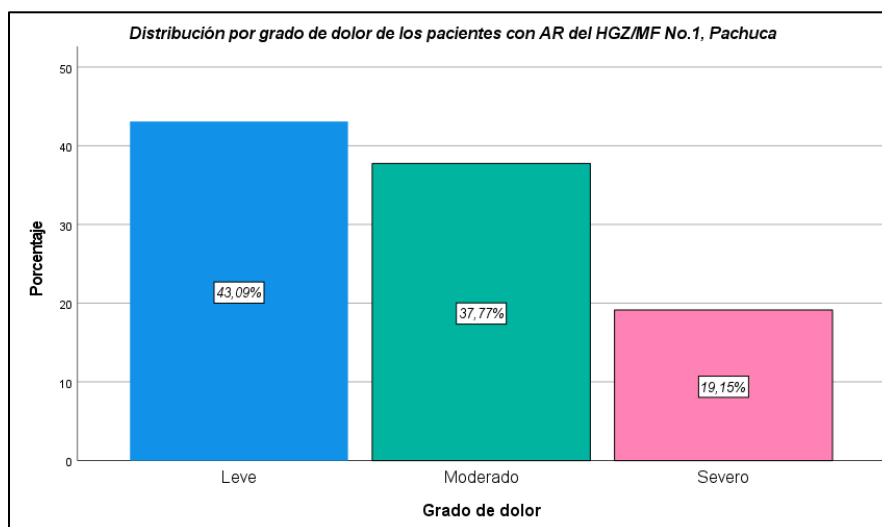
Tabla 15

Distribución por el grado de dolor de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	162	43,1	43,1
	Moderado	142	37,8	80,9
	Severo	72	19,1	100,0
	Total	376	100,0	100,0

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 14



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.



En cuanto a la rigidez matutina, se observó que la duración es menor a 30 minutos en el 76.6% (288 pacientes), para la duración mayor a 30 pero menor de 90 minutos el 16.2% (61 pacientes) y, con una duración mayor a 90 minutos el 7.2% (27 pacientes). (Tabla 16 - Gráfica 15)

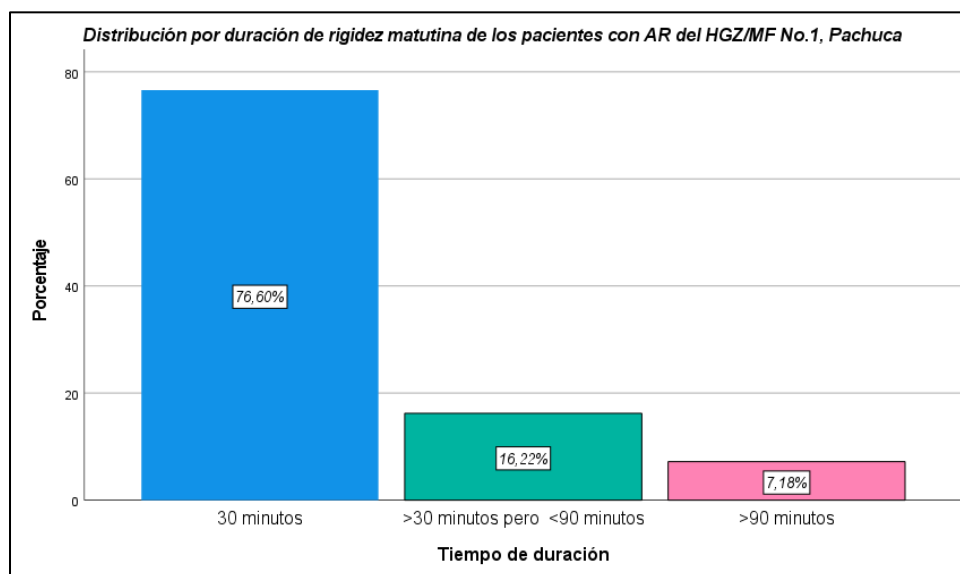
Tabla 16

**Distribución por duración de rigidez matutina de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	30 minutos	288	76,6	76,6	76,6
	>30 minutos, pero <90 minutos	61	16,2	16,2	92,8
	>90 minutos	27	7,2	7,2	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 15



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

El análisis de la presencia de deformidad articular se encontró que el 45.2% (170 pacientes) presenta deformidad y, el 54.8% (206 pacientes) no presentar deformidad. (Tabla 17 - Grafica 16)

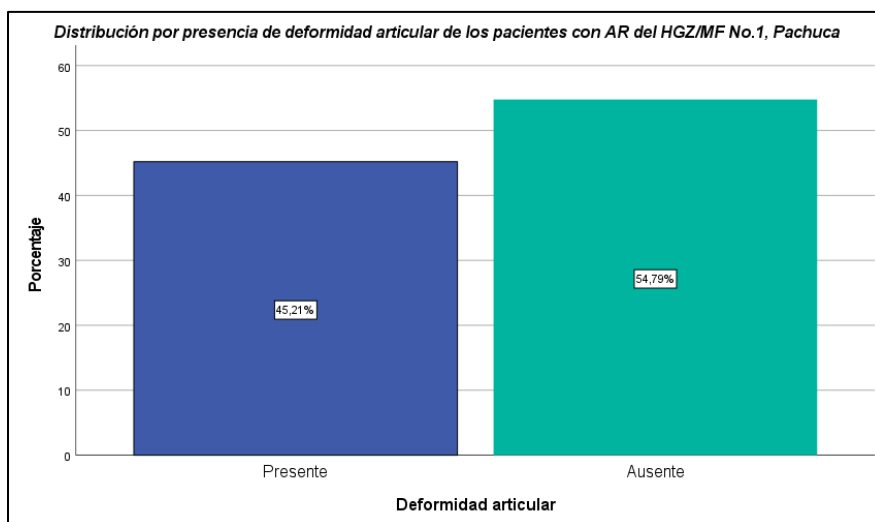
Tabla 17

**Distribución por presencia de deformidad articular de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Presente	170	45,2	45,2	45,2
	Ausente	206	54,8	54,8	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 16



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

En el análisis de la presencia de fatiga se observó que el 68.4% (257 pacientes) presentó fatiga y, el 31.6% (119 pacientes) no presentó fatiga. (Tabla 18 - Gráfica 17)

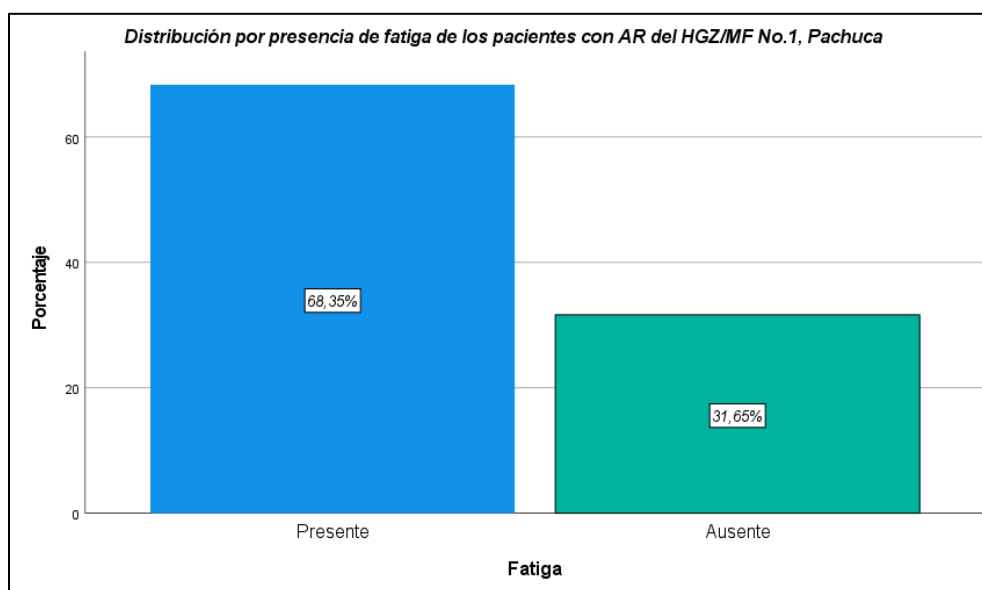
Tabla 18

Distribución por presencia de fatiga de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Presente	257	68,4	68,4	68,4
	Ausente	119	31,6	31,6	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 17



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

En análisis de la presencia de adinamia demostró que el 49.5% (185 pacientes) presentó adinamia y, 50.8% (191 pacientes) no presentó adinamia. (Tabla 19 - Gráfica 18)

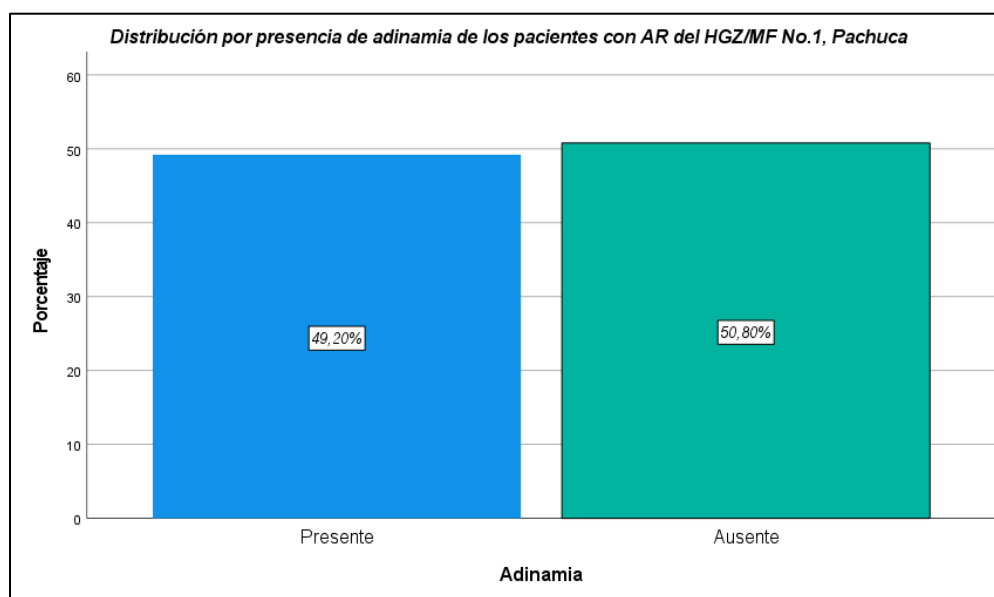
Tabla 19

**Distribución por presencia de adinamia de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Presente	185	49,2	49,2	49,2
	Ausente	191	50,8	50,8	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 18



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Al analizar el tratamiento se observó que el 93.1% (350 pacientes) con uso de FARME y, el 6.9% (26 pacientes) no uso FARME; de los 350 pacientes el 61.71% (216 pacientes) con metotrexato, el 34% (119 pacientes) con leflunomida, sulfasalazina en el 26% (91 pacientes), hidroxicloroquina en el 14.57% (51 pacientes) y, el 8.2% (29 pacientes) con cloroquina. (Tabla 20 - Gráfica 19)

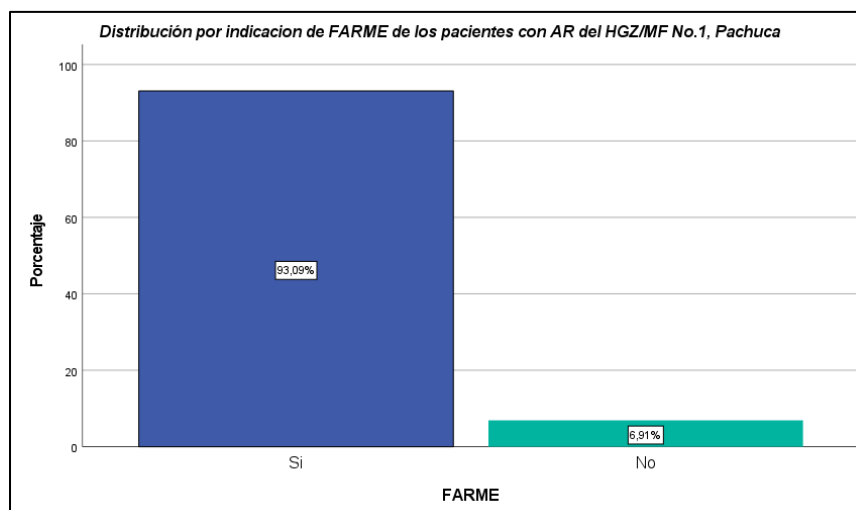
Tabla 20

**Distribución por indicación de FARME de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	350	93,1	93,1	93,1
	No	26	6,9	6,9	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 19



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

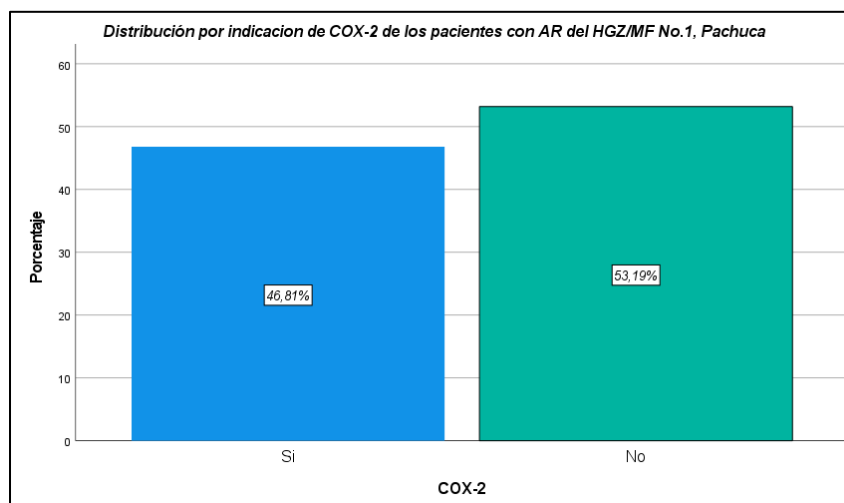
En cuanto al uso de inhibidores de la ciclooxigenasa-2 se encontró que el 46.8% (176 pacientes) usan COX-2 y, el 53.2% (200 pacientes) no lo usan. (Tabla 21 - Gráfica 20)

Tabla 21

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	176	46,8	46,8	46,8
	No	200	53,2	53,2	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 20



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

El análisis del uso de antiinflamatorios no esteroideos demostró que el 34.8% (131 pacientes) usa AINE y, el 65.2% (245 pacientes) no usa AINE. (Tabla 22 - Gráfica 21)

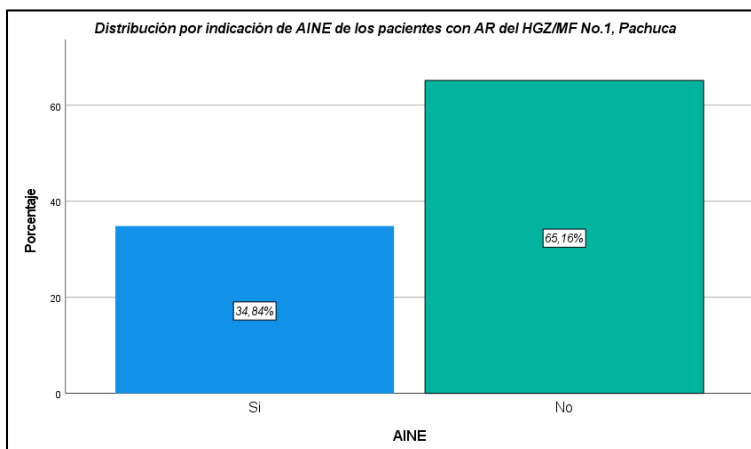
Tabla 22

**Distribución por indicación de AINE de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	131	34,8	34,8	34,8
	no	245	65,2	65,2	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 21



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

El análisis del uso de antiinflamatorios esteroideos demostró que el 23.1% (87 pacientes) usa esteroides y, el 76.9% (289 pacientes) no usa esteroide. (Tabla 23 - Gráfica 22)

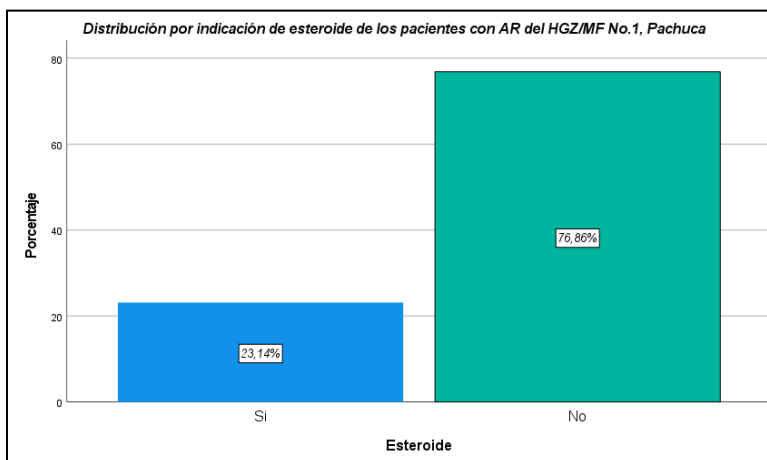
Tabla 23

**Distribución por indicación de esteroide de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	87	23,1	23,1	23,1
	No	289	76,9	76,9	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 22



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

En cuanto al uso de terapia biológica se encontró que en el 17.6% (66 pacientes) está indicada y, en el 82.4% (310 pacientes) no está indicada; de los 66 pacientes con indicación de terapia biológica el 39.39% (26 pacientes) refirió utilizar adalimumab, el 24.24% (16 pacientes) con rituximab, el 9.09% (6 pacientes) con tocilizumab, el 9.09% (6 pacientes) con golimumab, el 7.5% (5 pacientes) con etanercept, el 6.06% (4 pacientes) certolizumab y, el 4.5% (3 pacientes) con abatacept. (Tabla 24 - Gráfica 23)

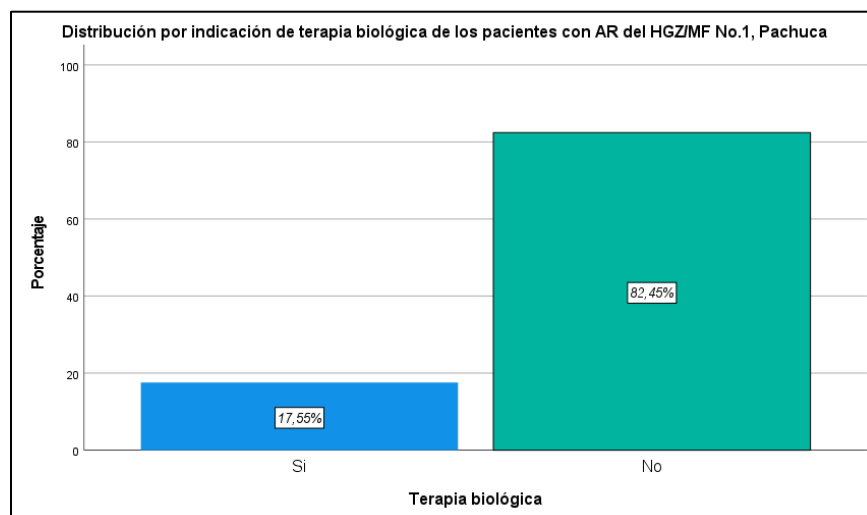
Tabla 24

**Distribución por indicación de terapia biológica de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	si	66	17,6	17,6	17,6
	no	310	82,4	82,4	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 23



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

El análisis del uso de otros medicamentos demostró que el 67.3%% (253 pacientes) los usan y, el 32.7% (123 pacientes) no usan otros medicamentos. (Tabla

25 - Gráfica 24)

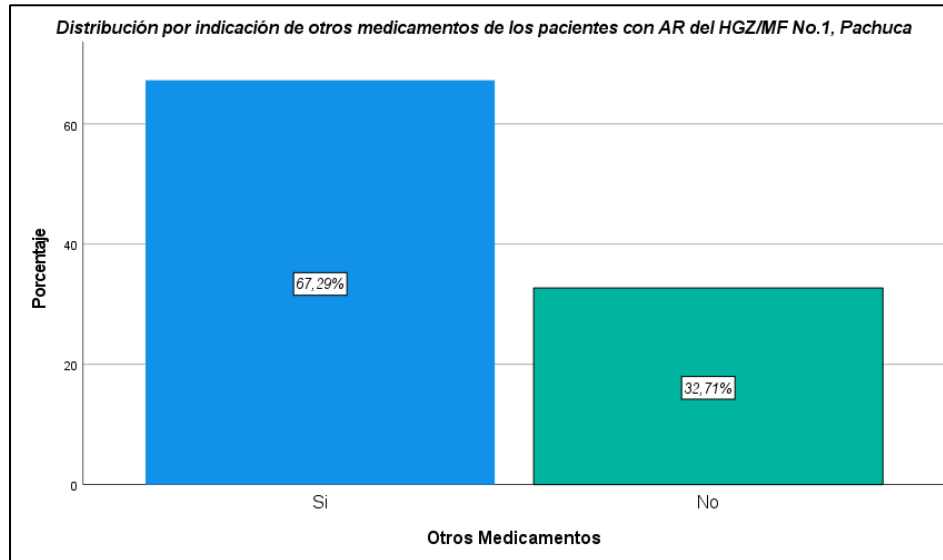
Tabla 25

**Distribución por indicación de otros medicamentos de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Si	253	67,3	67,3	67,3
	No	123	32,7	32,7	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 24



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

En el análisis de las encuestas para la calidad de vida medida a través del instrumento Qol-RA-II, se encontró que el 11.4% (43 pacientes) refirió una mala calidad de vida y, el 88.6% (333 pacientes) con buena calidad de vida. (Tabla 26 - Gráfica 25)

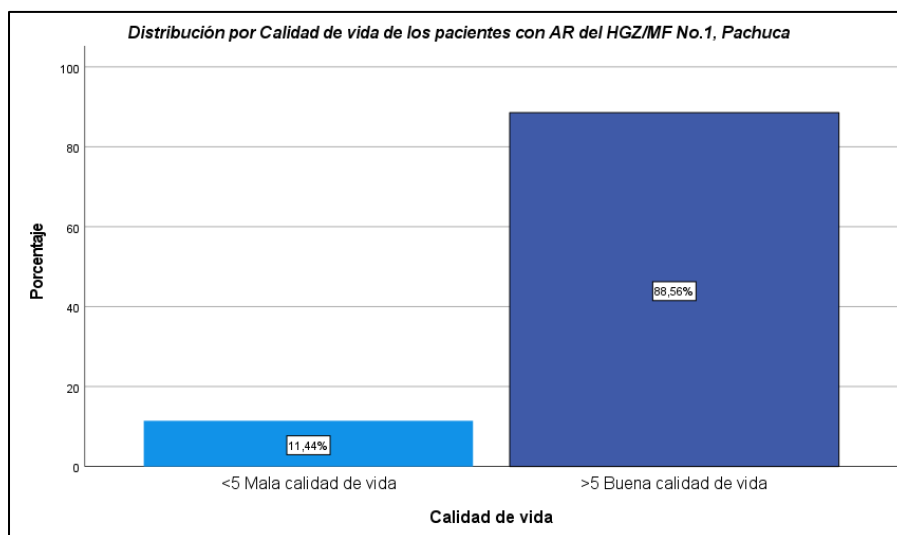
Tabla 26

**Distribución por Calidad de vida de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	<5 Mala calidad de vida	43	11,4	11,4	11,4
	>5 Buena calidad de vida	333	88,6	88,6	100,0
	Total	376	100,0	100,0	

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 25



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

En relación con el rango de edad y la calidad de vida en los pacientes con AR se observó para el rango de edad de 21 a 30 años 33 pacientes con buena calidad de vida. En tanto que en el rango de 31 a 40 años 71 con buena calidad de vida, 5 con mala calidad de vida; para el rango de 41 a 50 años 65 pacientes buena calidad de vida y 11 con mala calidad de vida; mientras que el rango 51 a 60 años 84 pacientes con buena calidad de vida, 8 con mala calidad; el rango de 61 a 70 años 60 pacientes y 11 con mala calidad de vida; en el rango de 71 a 80 años 18 con buena calidad de vida y 2 pacientes con mala calidad y; en el rango de 81 a 90 años 2 pacientes con buena calidad de vida y 6 con mala calidad de vida. (Tabla 27 – Gráfica 26)

Mediante la prueba Chi-cuadrada de Pearson se encontró un valor para  $p= 0.00$  por lo que existe asociación entre la edad y la calidad de vida. (Tabla 28)



Tabla 27

**Distribución por relación entre Edad y Calidad de vida de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca**

		Recuento Calidad de vida		Total
		<5 mala calidad	>5 buena calidad	
Edad	21 a 30 años	0	33	33
	31 a 40 años	5	71	76
	41 a 50 años	11	65	76
	51 a 60 años	8	84	92
	61 a 70 años	11	60	71
	71 a 80 años	2	18	20
	81 a 90 años	6	2	8
Total		43	333	376

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Tabla 28

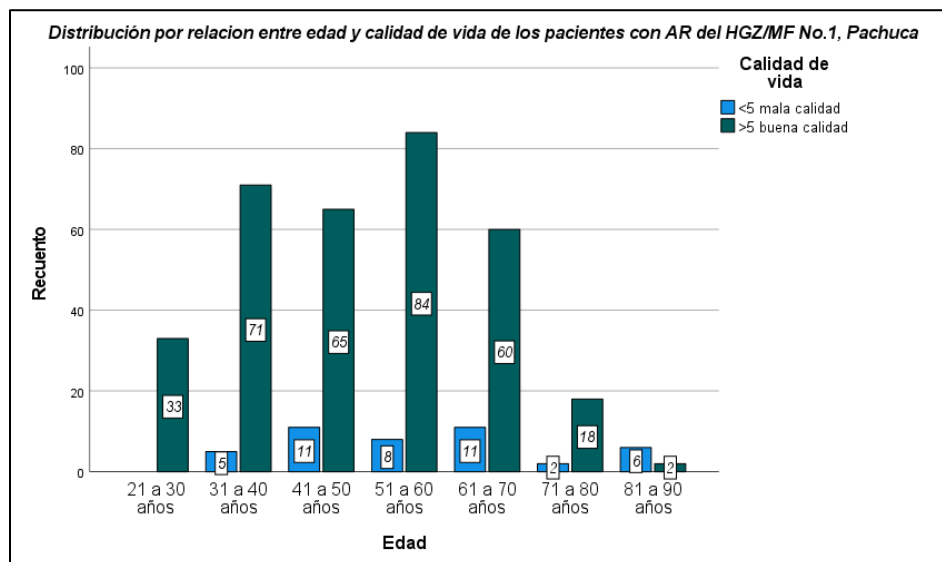
**Pruebas de Chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	40,514 <sup>a</sup>	6	,000
Razón de verosimilitud	30,054	6	,000
Asociación lineal por lineal	14,159	1	,000
N de casos válidos	376		

a. 3 casillas (21,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,91.

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 26



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Respecto a la asociación de sexo y calidad de vida en pacientes con AR se encontró en el sexo femenino 302 con buena calidad de vida y 36 con mala

calidad de vida. Así mismo para el sexo masculino 31 con buena calidad de vida y 7 mala calidad de vida. (Tabla 29 – Gráfica 27)

Mediante la prueba Chi-cuadrada de Pearson se encontró un valor para  $p= 0.15$  por lo que no existe asociación entre el sexo y calidad de vida. (Tabla 30)

Tabla 29

**Distribución por relación entre Sexo y Calidad de vida de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca**

		Calidad de vida		Total
		<5 mala calidad	>5 buena calidad	
Sexo	Hombre	7	31	38
	Mujer	36	302	338
Total		43	333	376

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángele J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Tabla 30

**Pruebas de Chi-cuadrado**

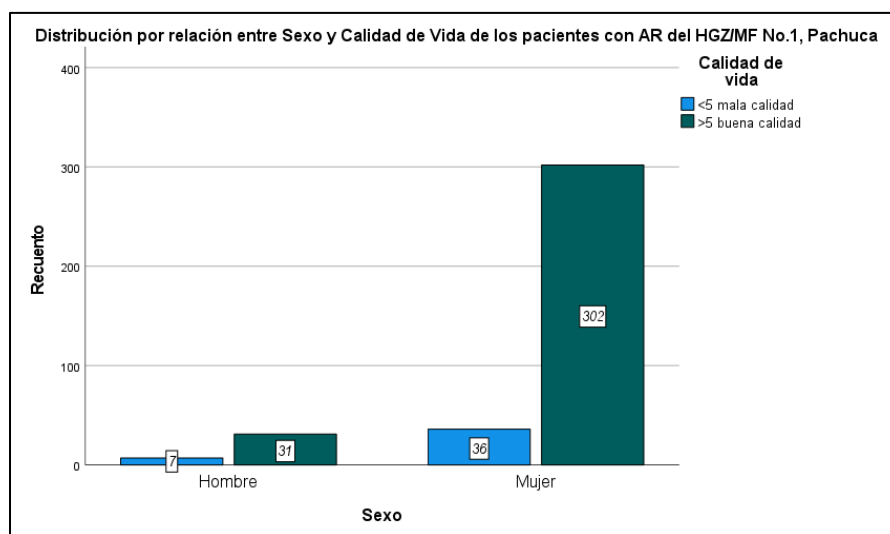
	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,036 <sup>a</sup>	1	,154		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	1,341	1	,247		
Razón de verosimilitud	1,791	1	,181		
Prueba exacta de Fisher				,175	,126
Asociación lineal por lineal	2,031	1	,154		
N de casos válidos	376				

a. 1 casillas (25,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 4,35.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángele J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 27



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángele J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

En lo referente al estado civil y calidad vida en pacientes con AR se encontró en solteros 99 con buena calidad de vida y 5 con mala calidad; en casados 164 con buena calidad y 21 con mala calidad de vida, en unión libre 21 con buena calidad de vida y 4 con mala calidad de vida; divorciados 11 con buena calidad de vida; separados 12 con buena calidad de vida y; en viudos 26 con buena calidad de vida y 13 con mala calidad. (Tabla 31 – Gráfica 28)

Mediante la prueba Chi-cuadrada de Pearson se encontró un valor para  $p= 0.00$  por lo que existe relación entre el estado civil y calidad de vida. (Tabla 32)

Tabla 31

**Distribución por relación entre Estado civil y Calidad de vida de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca**

		Calidad de vida		Total
		<5 mala calidad	>5 buena calidad	
Estado civil	Soltero	5	99	104
	Casado	21	164	185
	Unión libre	4	21	25
	Divorciado	0	11	11
	Separado	0	12	12
	Viudo	13	26	39
Total		43	333	376

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Tabla 32

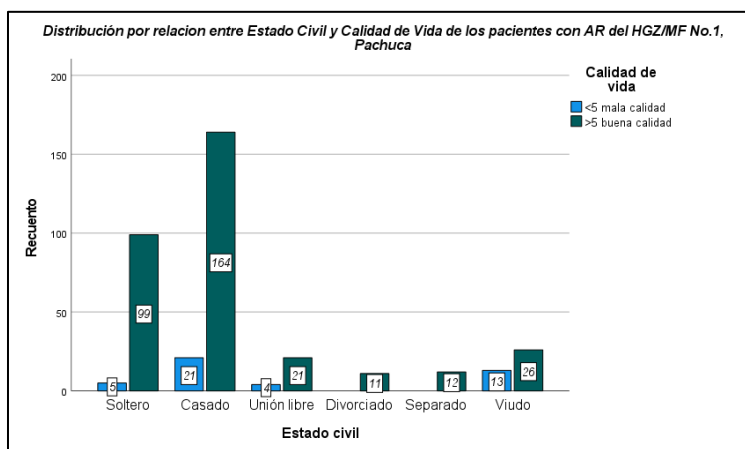
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,460 <sup>a</sup>	5	,000
Razón de verosimilitud	24,723	5	,000
Asociación lineal por lineal	14,538	1	,000
N de casos válidos	376		

a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,26.

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 28



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

De acuerdo a la asociación de escolaridad y calidad de vida en pacientes con AR, se observó en los pacientes analfabetas, 2 con mala calidad de vida; para primaria 39 con buena calidad de vida y 8 con mala calidad; en secundaria 75 con buena calidad de vida y 17 con mala calidad de vida; bachillerato 96 buena calidad de vida y 9 mala calidad de vida; técnico 18 buena calidad de vida y 5 mala calidad de vida; licenciatura 101 con buena calidad de vida y 2 con mala calidad de vida y; posgrado 4 buena calidad de vida. (Tabla 33 – Gráfica 29)

Mediante la prueba Chi-cuadrada de Pearson se encontró un valor para  $p= 0.00$  que por lo que existe asociación entre la escolaridad y la calidad de vida. (Tabla 34)

Tabla 33

**Distribución por relación entre Escolaridad y Calidad de vida de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca**  
Recuento

Escolaridad		Calidad de vida		Total
		<5 mala calidad	>5 buena calidad	
	Analfabeta	2	0	2
	Primaria	8	39	47
	Secundaria	17	75	92
	Bachillerato	9	96	105
	Técnico	5	18	23
	Licenciatura	2	101	103
	Posgrado	0	4	4
	<b>Total</b>	<b>43</b>	<b>333</b>	<b>376</b>

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Tabla 34

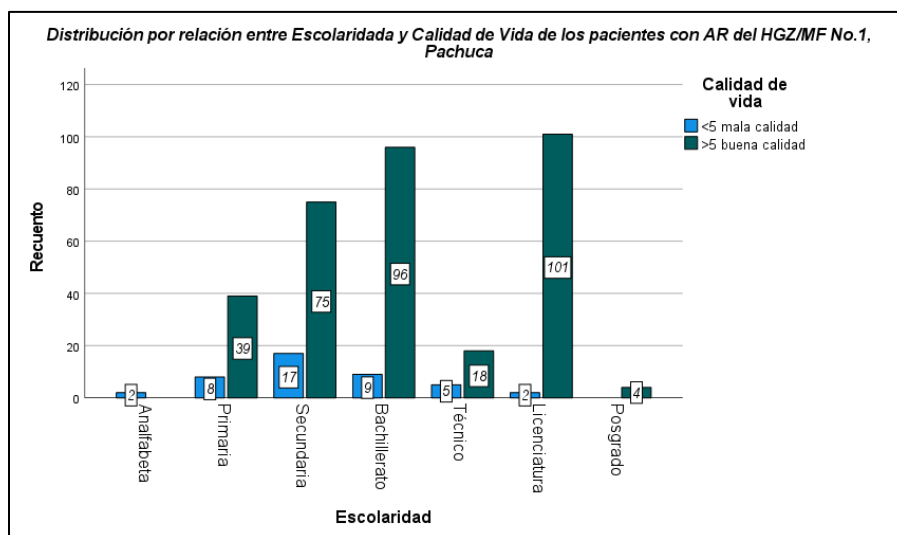
**Pruebas de Chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,386 <sup>a</sup>	6	,000
Razón de verosimilitud	31,184	6	,000
Asociación lineal por lineal	16,368	1	,000
N de casos válidos	376		

a. 5 casillas (35,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,23.

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 29



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Respecto a la ocupación y calidad de vida en los pacientes con AR se encontró que en desempleados 5 con mala calidad de vida; empleados 133 con buena calidad de vida y 12 con mala calidad de vida; labores del hogar 125 con buena calidad de vida y 16 con mala calidad de vida; comerciantes 8 con buena calidad de vida y 4 con mala calidad de vida y; otras actividades 45 con buena calidad de vida y 4 con mala calidad de vida y; pensionados 22 con buena calidad de vida y 2 con mala calidad de vida. (Tabla 35 – Gráfica 30)

Mediante la prueba Chi-cuadrada de Pearson se encontró un valor para  $p= 0.00$  por lo que se encuentra asociación entre la ocupación y la calidad de vida. (Tabla 36)

Tabla 35

Distribución por relación entre Ocupación y Calidad de vida de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca

Ocupación		Calidad de vida		Total
		<5 mala calidad	>5 buena calidad	
Desempleado		5	0	5
Empleado		12	133	145
Hogar		16	125	141
Pensionado		2	22	24
Comerciante		4	8	12
Otras actividades		4	45	49
Total		43	333	376

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

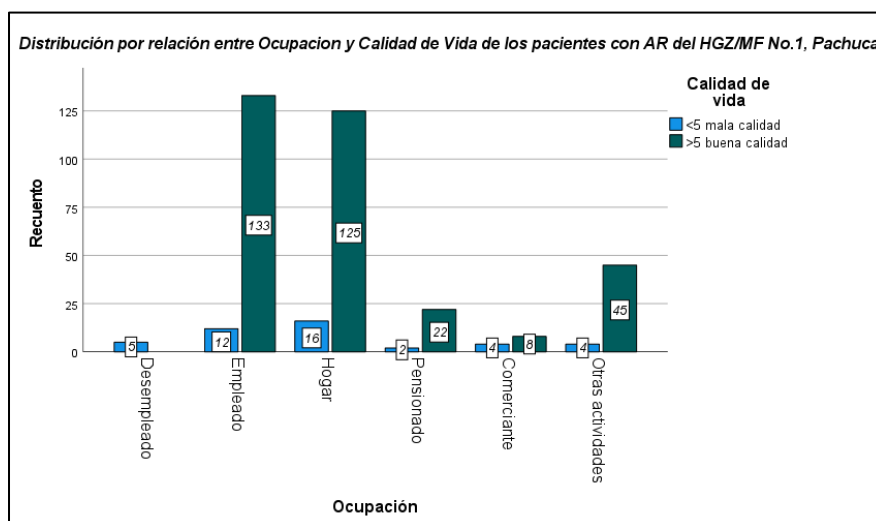
Tabla 36

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	46,579 <sup>a</sup>	5	,000
Razón de verosimilitud	28,081	5	,000
Asociación lineal por lineal	,306	1	,580
N de casos válidos	376		

a. 4 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,57.

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 30



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

De acuerdo con el tabaquismo y la calidad de vida en los pacientes con AR se observó para el consumo de 1 a 5 cigarrillos/día 20 con buena calidad y 6 con mala calidad de vida; consumo de 5 a 10 cigarrillos/día 12 buena calidad y 5 mala calidad de vida; para consumo de 10 a 15 cigarrillos/día 6 con buena calidad de vida; para consumo mayor a 20 cigarrillos/día 2 buena calidad de vida y; para nulo consumo 293 con buena calidad y 32 con mala calidad de vida. (Tabla 37 - Gráfica 31)

Mediante la prueba Chi-cuadrada de Pearson se encontró un valor para  $p= 0.03$  por lo que existe relación entre el tabaquismo y la calidad de vida. (Tabla 38)

Tabla 37

**Distribución por relación entre Tabaquismo y Calidad de vida de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca**

Recuento		Calidad de vida		Total
		<5 mala calidad	>5 buena calidad	
Tabaquismo	1 a 5 cigarrillos/día	6	20	26
	5 a 10 cigarrillos/día	5	12	17
	10 a 15 cigarrillos/día	0	6	6
	+20 cigarrillos/día	0	2	2
	0	32	293	325
Total		43	333	376

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Tabla 38

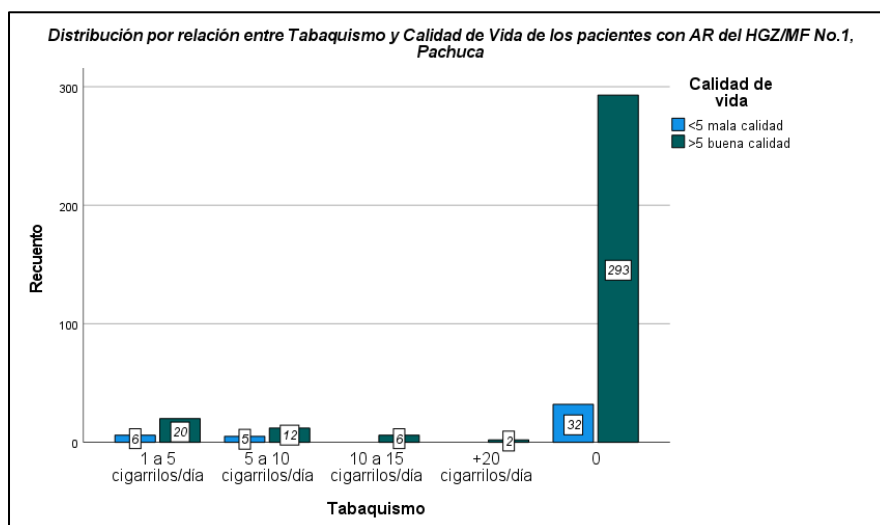
**Pruebas de Chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,746 <sup>a</sup>	4	,030
Razón de verosimilitud	9,579	4	,048
Asociación lineal por lineal	7,267	1	,007
N de casos válidos	376		

a. 5 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,23.

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 31



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

En cuanto a las comorbilidades y la calidad de vida en pacientes con AR se observó en presencia de comorbilidades 127 con buena calidad de vida y 22 con mala calidad de vida y, en ausencia de comorbilidades 206 con buena calidad de vida y 21 con mala calidad de vida. (Tabla 39 – Gráfica 32)

Mediante la prueba Chi-cuadrada de Pearson se encontró un valor para  $p= 0.10$  por lo que no existe relación entre las comorbilidades y la calidad de vida. (Tabla 40)

Tabla 39

**Distribución por relación entre Comorbilidades y Calidad de vida de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca**

Comorbilidades	Recuento	Calidad de vida		Total
		<5 mala calidad	>5 buena calidad	
Si		22	127	149
No		21	206	227
Total		43	333	376

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Tabla 40

**Pruebas de Chi-cuadrado**

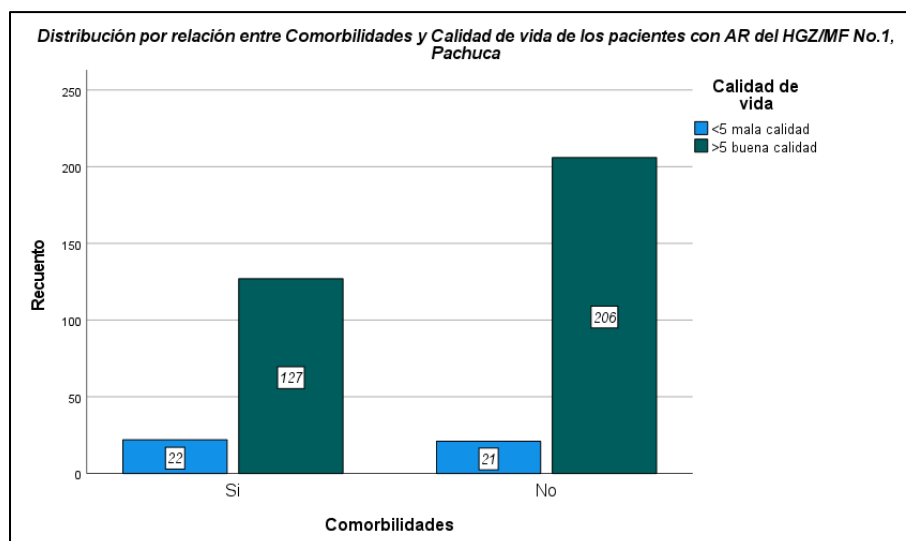
	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,700 <sup>a</sup>	1	,100		
Corrección de continuidad <sup>b</sup>	2,183	1	,140		
Razón de verosimilitud	2,646	1	,104		
Prueba exacta de Fisher				,135	,071
Asociación lineal por lineal	2,693	1	,101		
N de casos válidos	376				

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 17,04.

b. Sólo se ha calculado para una tabla 2x2

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 32



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.



Con respecto a la edad de inicio del tratamiento y la calidad de vida se observó en menores de 21 años 23 con buena calidad y 1 con mala calidad de vida; de 21 a 30 años 87 con buena calidad de vida y 4 con mala calidad; de 31 a 40 años 59 con buena calidad y 16 con mala calidad de vida; de 41 a 50 años 90 con buena calidad y 12 con mala calidad de vida; de 51 a 60 años 42 con buena calidad y 6 con mala calidad de vida; de 61 a 70 años 28 con buena calidad de vida y 2 con mala calidad y; 71 a 80 años 4 con buena calidad de vida y 2 con mala calidad de vida. (Tabla 41 – Gráfica 33)

Mediante la prueba Chi-cuadrada de Pearson se encontró un valor para  $p= 0.01$  por lo que existe asociación entre la edad al inicio del tratamiento y la calidad de vida. (Tabla 42)

Tabla 41

**Distribución por relación entre Edad al inicio del tratamiento y Calidad de vida de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca**

		Calidad de vida		Total
		<5 mala calidad	>5 buena calidad	
Edad al inicio de tratamiento	< 21 años	1	23	24
	21 a 30 años	4	87	91
	31 a 40 años	16	59	75
	41 a 50 años	12	90	102
	51 a 60 años	6	42	48
	61 a 70 años	2	28	30
	71 a 80 años	2	4	6
Total		43	333	376

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Tabla 42

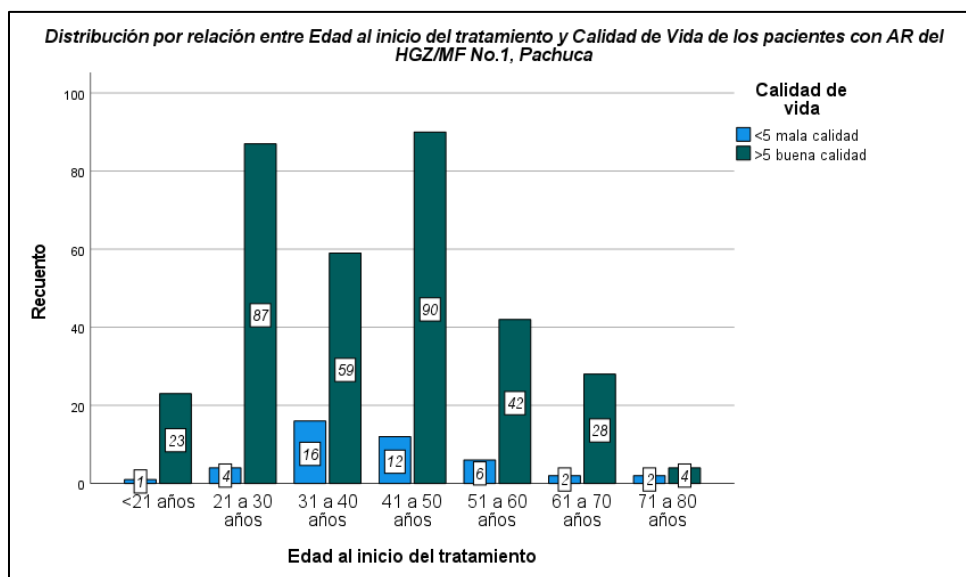
**Pruebas de chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,538 <sup>a</sup>	6	,011
Razón de verosimilitud	16,087	6	,013
Asociación lineal por lineal	1,915	1	,166
N de casos válidos	376		

a. 3 casillas (21,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,69.

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 33



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

En cuanto al grado de dolor y la calidad de vida se observó para el grado de dolor leve 154 con buena calidad de vida y 8 con mala calidad de vida; grado de dolor moderado con 126 para buena calidad de vida y 16 para mala calidad de vida y; grado de dolor severo con 53 con buena calidad de vida y 19 con mala calidad de vida. (Tabla 43 – Gráfica 34)

Mediante la prueba Chi-cuadrada de Pearson se encontró un valor para  $p= 0.00$  por lo que existe asociación entre el grado de dolor y la calidad de vida. (Tabla 44)

Tabla 43

**Distribución por relación entre Grado de dolor y Calidad de vida de los pacientes con AR del HGZ/MF No.1, Pachuca**

Recuento		Calidad de vida		Total
		<5 mala calidad	>5 buena calidad	
Grado de dolor	Leve	8	154	162
	Moderado	16	126	142
	Severo	19	53	72
<b>Total</b>		<b>43</b>	<b>333</b>	<b>376</b>

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Tabla 44

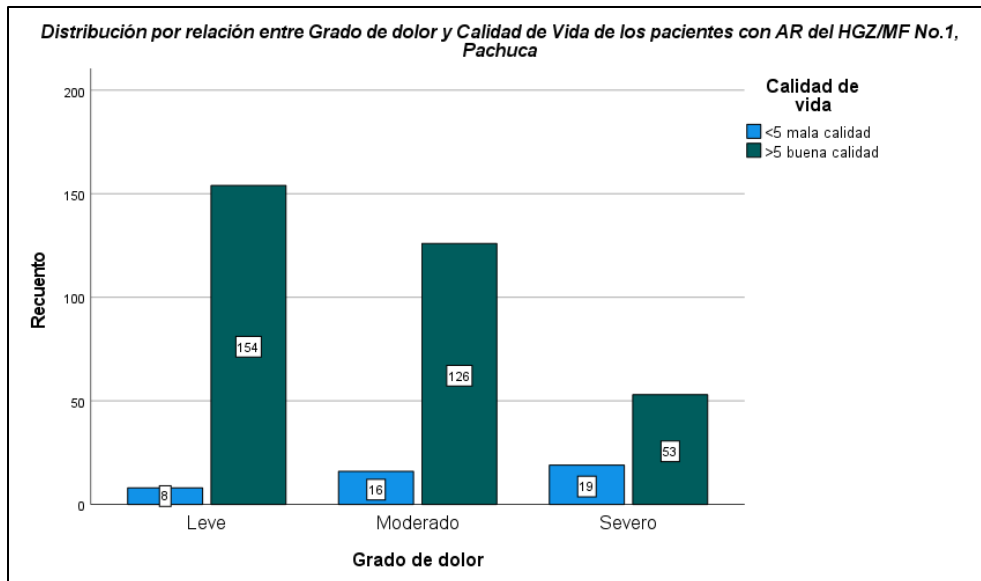
**Pruebas de Chi-cuadrado**

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,652 <sup>a</sup>	2	,000
Razón de verosimilitud	20,547	2	,000
Asociación lineal por lineal	21,013	1	,000
N de casos válidos	376		

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,23.

Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

Gráfica 34



Fuente: n= 376 Morales Cruz Gdj, Uribe Vázquez Y, Martínez Ángeles J. Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico del HGZ/MF No. 1; 2022.

## Discusión

La calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide se encuentra determinada por una serie de características sociodemográficas, actividad de la enfermedad, tiempo de la evolución, presencia de comorbilidades y tratamiento.

En el estudio de Ambriz Murillo Y, Menor Almagro R, Campos-González ID, Cardiel MH, “Calidad de vida relacionada con la salud en artritis reumatoide, osteoartritis, diabetes mellitus, insuficiencia renal terminal y población geriátrica. Experiencia de un Hospital General en México”, México (2015), se mencionó que los pacientes con alteraciones musculoesqueléticas tienen una pobre calidad de vida relacionada con la salud; la peor calidad entre las enfermedades reumáticas se ha detectado en AR, en nuestro estudio se observó buena calidad de vida, no encontrándose similitud con la literatura, esta diferencia puede ser debida a las características sociodemográficas de los pacientes tales como la edad, ocupación, estado civil y escolaridad, así como las características clínicas de cada paciente.

Para Peláez Ballestas I, Sanin L, Moreno J, et al, en su estudio “Epidemiología de las enfermedades reumáticas en México. Un estudio de 5 regiones basado en la metodología COPCORD”, México (2011), mencionó que 3 de cada 4 casos eran mujeres de aproximadamente 45 años; en el estudio que realizamos se encontró que es más frecuente en mujeres que en hombres, en cuanto a la edad se observó que predomina en el rango de 51 a 60 años y, la edad al diagnóstico predominó en el rango de 41 a 50 años; encontrándose similitud con la literatura si se considera el sexo predominante y la edad al diagnóstico; caso contrario si se toma como parámetro el sexo predominante y la edad actual de los pacientes.

En el estudio realizado por C. Ayelen I. et al.; “Una herramienta para validar la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide que no requiere licencia: el cuestionario QOL-RA-II”, Argentina (2019), evidencia que la calidad de vida por QOL-RA-II se asoció significativamente a la ocupación, actividad de la

enfermedad, discapacidad funcional, independientemente de la edad, sexo y tiempo de evolución de la enfermedad, en nuestro estudio se encontró que la calidad de vida está asociada a la ocupación siendo mala la calidad de vida en los desempleados y buena calidad de vida en aquellos que desempeñan alguna ocupación, con respecto a la actividad de la enfermedad se observó asociación entre la calidad de vida y el grado de dolor como indicador de actividad clínica; estas similitudes pueden deberse a las condiciones socioeconómicas de cada paciente en relación a su ocupación la cual puede verse afectada por la presencia de actividad clínica de la enfermedad es decir, por la presencia de dolor que de acuerdo al grado de intensidad de este puede limitar el desempeño del paciente.

En cuanto a las comorbilidades como menciona Barile-Fabris en el artículo “Síndrome de fragilidad en pacientes con artritis reumatoide”, México (2016), mencionó en lo referente a comorbilidades que las más frecuentes fueron la hipertensión arterial sistémica y obesidad, seguida de dislipidemia y enfermedad ácido péptica; en nuestro estudio se observó que la hipertensión arterial sistémica es la más frecuente, obesidad y dislipidemia se englobaron en la categoría de otras enfermedades, y la enfermedad ácido péptica o gastritis se encontró en el quinto lugar de frecuencia, por lo que se observó similitud con la literatura, esta puede ser derivada del empleo de fármacos que favorecen alteraciones en las cifras tensionales como es el caso de antiinflamatorio esteroideos.

En el estudio de M.H. Cardiel et al.; “Actualización de la guía mexicana para el tratamiento farmacológico de la artritis reumatoide del Colegio Mexicano de Reumatología”, México (2014), enfatizó la importancia del diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno; una vez establecido el diagnóstico de AR debe iniciarse un FARME en los primeros 3 a 12 meses de evolución de la enfermedad. En México generalmente el diagnóstico no se hace de manera temprana, en nuestro estudio se encontró que el tiempo transcurrido entre el inicio de los síntomas y diagnóstico osciló entre 1 a 5 años en la mayoría de los pacientes, mientras que el tiempo transcurrido entre el diagnóstico y el inicio del tratamiento fue en un

periodo menor de un año para la mayor porción de los pacientes, por lo que se encuentra similitud con la literatura con respecto a las recomendaciones de diagnóstico y tratamiento oportuna para los pacientes con artritis reumatoide en México.

Para Horta-Bass G et al.; en su estudio “Evaluación de la actividad de la artritis reumatoide en la atención clínica habitual. Concordancia entre la autoclinimetría y la evaluación clínica con los índices: DAS28, CDAI y SDAI”, México (2017), mencionó la posibilidad de obtener una remisión completa o, por lo menos una baja actividad en lo sujetos con AR como realidad y objetivo fundamental de la atención, en nuestro estudio se encontró que el grado de dolor referido por los pacientes es de leve a moderado en la mayoría, en relación con la calidad de vida con respecto al dolor observamos que existe asociación entre el grado de dolor y la calidad de vida; por lo que existe similitud con la literatura debido a que el grado de dolor se podría traducir como la actividad clínica de la enfermedad, por lo que a menor grado de dolor mayor probabilidad de baja actividad y mejor calidad de vida.

Dentro del estudio de Barrera Castro SM et al.; “Aproximación de discapacidad en artritis reumatoide. Resultados de un programa de atención integral”, Colombia (2017), mencionó que al estimar el impacto de la enfermedad en la productividad laboral, al utilizar instrumentos que permitan cuantificar objetivamente el grado de la enfermedad y la calidad de vida, en nuestro estudio se utilizó el cuestionario QOL-RA-II como instrumento para determinar la calidad de vida de los pacientes con AR lo cual es posible a través de la evaluación de 8 aspectos de la vida diaria y la presencia de dolor, lo que permitió encontrar similitudes con la literatura en la correlación de actividad de la enfermedad y la calidad de vida.

## **Conclusiones**

Los resultados finales del estudio proporcionaron información sobre la asociación de las características sociodemográficas, clínicas y del tratamiento con la percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide en el HGZ/MF No.1 Pachuca Hidalgo.

Se cumplió con el objetivo de identificar la percepción de la calidad de vida de los pacientes con AR de acuerdo al tiempo de inicio del tratamiento, encontrándose que de acuerdo con el cuestionario QOL-RA-II existe asociación entre el tiempo de inicio del tratamiento y la calidad de vida, lo que es de impacto para la evolución de la enfermedad. Con base en los resultados observados en el estudio, de acuerdo con las hipótesis planteadas, se acepta la hipótesis nula (H0) y se rechaza la hipótesis alterna (H1), con lo que se concluyó que la percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio del tratamiento médico en el HGZ y MF No.1, Pachuca Hidalgo es buena.

Para el área de medicina familiar nuestro estudio podría ser de relevancia, al permitir conocer la importancia de determinar la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide como lo establece en sus recomendaciones la EULAR/ACR; por otra parte permite conocer la utilidad del cuestionario QOL-RA-II como instrumento genérico para evaluación de la actividad clínica al ser de fácil aplicación en el primer nivel de atención, de tal manera que se lleven a cabo intervenciones oportunas y objetivas con la finalidad de promover mejor conocimiento de la enfermedad por el paciente y su red de apoyo y, por último nos permitió conocer el impacto del diagnóstico oportuno e inicio temprano del tratamiento en la calidad de vida de los pacientes.

## 12. BIBLIOGRAFÍA

1. Gamero García D. ARTÍCULO DE REVISIÓN Artritis reumatoide, epidemiología, fisiopatología, criterios diagnósticos y tratamiento Rheumatoid arthritis, epidemiology, physiopathology, diagnosis criteria and treatment. Vol. 6. 2018.
2. McInnes IB, Schett G. cytokines in the pathogenesis of rheumatoid arthritis. Nat Rev Immunol. 2007 Jun; 7(6): 429-42.
3. Kvien TK, Epidemiology and burden of illness of rheumatoid arthritis. Pharmacoeconomics 2004 ;22(2 Suppl 1): 1-12.
4. Pelaez Ballestas, I, Sanin L Moreno J, et Al, Epidemiology of the rheumatic Disease. J Rheumatol Suppl. 2011 Jan;86:9-14. 3
5. Molina JT, Jesús M, de Yébenes G, Loza E. Volumen 14, Número 2 Sociedad Española de Reumatología Sarilumab y artritis reumatoide Artritis reumatoide: epidemiología e impacto sociosanitario [Internet]. Vol. 14, Reumatol Clin Supl. 2018. Available from: [www.reumatologiaclinica.org](http://www.reumatologiaclinica.org)
6. Espinosa-Balderas D, del Carmen Hernández-Sosa M, Cerdán-Galán M. Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide. 2017.
7. Urzúa A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto Quality of life: A theoretical review. TERAPIA PSICOLÓGICA. 2012;30:61–71.
8. Battle-Gualda Concepción Chalmeta Verdejo E, Battle-Gualda E. Calidad de vida relacionada con la salud.
9. Tobón S, Vinaccia S, Cadena J, Anaya JM. Life quality in people suffering rheumatoid arthritis, detected by the Quality of Life Questionnaire (QoL-RA).
10. Ballina G, Medición de la calidad de vida en la artritis reumatoide, Rev. Esp Reumatol, 2002;29 (2):56-64.
11. Layo, L, et. al, An English and Spanish Quality of life Measure for Rheumatoid Arthritis, Arthritis Care and Research 45:167-173, 2001.
12. Danao LL, Padilla G v, Johnson DA. An English and Spanish Quality of Life Measure for Rheumatoid Arthritis. 2001.



13. Silvio M, Cárdenas FS, Lisbet I, Pons S. The usage of the Cronbach Coefficient alpha in the Analysis of the Written Instruments.
14. Coeficiente de correlación intraclass [Internet]. Available from: [www.metodo.uab.cat](http://www.metodo.uab.cat)
15. Ortega-Valín L, Mayorga-Bajo I, Prieto-Fernández C, del Pozo-Ruiz J, Gutiérrez-Gutiérrez E, Pérez-Sandoval T. Long-term changes in the quality of life of patients with rheumatoid arthritis treated with biological therapies. *Reumatología Clínica*. 2018 Jul 1;14(4):191–5.
16. Moreno Rodríguez R, García De Vicuña R, Goicoechea García C, Molina JT. Efectos de la intervención desde terapia ocupacional sobre la percepción del dolor crónico y la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide [Internet]. Available from: <http://www.imim.es/ofertadeserveis/>
17. Martinec R, Pinjatela R, Balen D. Quality of life in patients with rheumatoid arthritis – A preliminary study. *Acta Clinica Croatica*. 2019;58(1):157–66.
18. Tá Nski W, Wójciga J, Jankowska-Polá Nska B, Arjmandi H. Association between Malnutrition and Quality of Life in Elderly Patients with Rheumatoid Arthritis. 2021; Available from: <https://doi.org/10.3390/nu13041259>
19. Cardiel MH, Díaz-Borjón A, Vázquez del Mercado Espinosa M, Gámez-Nava JI, Barile Fabris LA, Pacheco Tena C, et al. Actualización de la Guía Mexicana para el Tratamiento Farmacológico de la Artritis Reumatoide del Colegio Mexicano de Reumatología. *Reumatología Clínica*. 2014;10(4):227–40.
20. Horta-Baas G, Pérez Bolde-Hernández A, Hernández-Cabrera MF, Vergara-Sánchez I, Romero-Figueroa M del S. Evaluación de la actividad de la artritis reumatoide en la atención clínica habitual. Concordancia entre la auto clinimetría y la evaluación clínica con los índices de actividad: DAS28, CDAI y SDAI. *Medicina Clínica*. 2017 Oct 11;149(7):293–9.
21. Orozco MC, Schneeberger EE, Zamora N, Sommerfleck FA, Cayetti LA, Citera G. Validación del cuestionario RAPID3 en la cohorte argentina ESPAXIA de pacientes con espondiloartritis axial. Vol. 27, *Rev Arg Reumatol*. 2016.

24. Benhaim M, et.al, Estudio transversal bioquímico clínico en pacientes con artritis reumatoidea y su relación con el tabaquismo\*, Acta bioquím Clín Lationam 2014; 48(3): 349-62.
25. Lühning S, Buljubasich D. Prevención del Tabaquismo Tabaco y artritis reumatoidea: un área donde es imprescindible intervenir.
26. Ruiz-Esquide V, Sanmartí R. Tabaco y otros factores ambientales en la artritis reumatoide. Vol. 8, Reumatología Clínica. 2012. p. 342–50.
27. Ambriz Murillo Y, Menor Almagro R, Campos-González ID, Cardiel MH. Calidad de vida relacionada con la salud en artritis reumatoide, osteoartritis, diabetes mellitus, insuficiencia renal terminal y población geriátrica. Experiencia de un Hospital General en México. Reumatología Clínica. 2015 Mar 1;11(2):68–72.
28. Barrera Castro SM, Suárez Moya ÁMG, Mora LM, Cardona C, Jáuregui Cuartas EA, Muñoz Urrego YA. Aproximación de discapacidad en artritis reumatoide. Resultados de un programa de atención integral. Revista Colombiana de Reumatología. 2017 Jul 1;24(3):138–44.
29. Isabel Robles-Espinoza A, Rubio-Jurado B, Vanessa De la Rosa-Galván E, Hernán Nava-Zavala A. REVISIÓN-OPINIÓN [Internet]. Available from: [www.medigraphic.org.mx/Generalidadesyconceptosdecalidaddevidaenrelaciónconloscuidadosdesalud](http://www.medigraphic.org.mx/Generalidadesyconceptosdecalidaddevidaenrelaciónconloscuidadosdesalud)
30. Instituto nacional de las personas adultas, blog, gobiernos de México, <https://www.gob.mx/inapam/articulos/artritis-reumatoide>.
31. Cruz Castillo et. al: Quality of life in Ecuadorian patients with rheumatoid arthritis: A cross-sectional study, Reumatol Clin. 2019, 15(5):296–300.
32. Marisabe et. al, Evaluation of the life collided in the relation with the salad in patients with arthritis rheumatoid in the Rheumatology Center, Rev. Revista Cubana de Reumatología 2015:48-60.

### 13.ANEXOS

**Tabla 3. Cédula de recolección de datos demográficos de pacientes encuestados.**

		UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO FACULTAD DE MEDICINA DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO SUBDIVISION DE MEDICINA FAMILIAR  INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y MEDICINA FAMILIAR No. 1							
Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo con el tiempo de inicio de tratamiento médico en el HGZ Y MF No. 1, Pachuca Hidalgo									
<b>INSTRUCCIONES:</b>		Lea con atención cada una de las siguientes preguntas y marque con un X la respuesta que corresponda.							
<b>No. Registro:</b> _____		<b>Folio:</b> _____							
<b>Fecha:</b> _____									
<b>Edad:</b>		Usted padece: Marque con una X				Especifique otras enfermedades			
<b>Sexo:</b>		Diabetes mellitus							
Masculino      Femenino		Hipertensión arterial							
<b>Escolaridad:</b>		Enfermedad renal crónica							
		Cáncer							
<b>Estado civil:</b>		Otras enfermedades no reumatológicas							
<b>Ocupación:</b>		Otras enfermedades reumatológicas							
<b>Tabaquismo</b>		Edad al momento de diagnóstico							
Si                  No		Edad de inicio de síntomas							
<b>Cantidad de cigarrillos al día</b>		Edad de inicio de tratamiento							
1-5	5-10	10-15	15-20	+20	Tratamiento actualmente:	Si	No		
		Tipo de medicamento:				Otros medicamentos			
		FARME	COX-2	AINE	Glucocorticoides				
<b>Síntomas:</b>		Dolor		Leve	Moderado			Severo	
		Rigidez matinal		30 min	>30 pero <90 min			>90min	
		Fatiga		Si				No	
		Adinamia		Si		No			
		Deformidad articular		Si		No			

**Tabla 4.**

<b>Cuestionario de calidad de vida QoL-RA-II</b>												
1.Si usted considera solo sus habilidades físicas, ¿diría que su “Calidad de vida” es?	Muy Mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
2.Si usted solo considera la ayuda que le ha 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
3.si Usted solo considera el dolor en sus articulaciones, ¿diría que su “Calidad de vida” es?	Muy Mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
4.Si usted solo 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
5.Si usted solo considera su salud, ¿diría que su “Calidad de vida” es?	Muy Mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
6.Si usted solo considera su cansancio/agotamiento, ¿diría que su “Calidad de vida” es?	Muy Mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
7.Si usted solo considera su nivel de interacción entre usted y su familia y amigos, ¿diría que su “Calidad de vida” es?	Muy Mala	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Excelente
<b>&lt;5 mala calidad de vida</b> <b>&gt;5 buena calidad de vida</b>												

## Anexo 1.



**INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL  
UNIDAD DE EDUCACIÓN, INVESTIGACIÓN  
Y POLÍTICAS DE SALUD  
COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN EN SALUD**



**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO  
(ADULTOS)**

**CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN**

Nombre del estudio:	<b>Percepción de la calidad de vida en los pacientes con artritis reumatoide de acuerdo al tiempo de inicio de tratamiento médico en el HGZ Y MF No. 1, Pachuca Hidalgo</b>
Patrocinador externo (si aplica):	No aplica.
Lugar y fecha:	Pachuca Hidalgo
Número de registro:	Número de Registro del Protocolo.
Justificación y objetivo del estudio:	Justificación: Objetivo: Le estamos invitando a participar en esta investigación que consiste en responder un cuestionario que valora la calidad de vida, llamado (QOL-RA-II) consiste en 8 preguntas, que nos permitirá conocer cómo se siente usted en relación a su enfermedad, el cual se responde en un tiempo estimado de 3 a 5 minutos.
Procedimientos:	Si usted acepta participar en el estudio, se le aplicará el cuestionario que evalúa algunos datos de su enfermedad y vida diaria, el cual le tomará de 3 a 5 minutos de su tiempo.
Posibles riesgos y molestias:	La aplicación del cuestionario podría generarle o no cierta molestia al responder las preguntas.
Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio:	La participación en este estudio no generará un beneficio directo a usted, sin embargo, será de utilidad para tener conocimiento y comprensión de cómo influye la enfermedad en su vida, de ahí la importancia de su participación. Al participar en este estudio, no recibirá remuneración económica.
Información sobre resultados y alternativas de tratamiento:	Usted puede tener acceso a los resultados finales de su evaluación y de los globales de forma anónima.
Participación o retiro:	Entiendo que mi participación es voluntaria y conservo el derecho de retirarme del estudio en cualquier momento que considere conveniente aun habiendo otorgado mi consentimiento de participar, sin necesidad de expresar las razones de mi decisión, sin que ello afecte mi atención médica en esta institución.
Privacidad y confidencialidad:	El investigador me ha garantizado que no se me identificará en la presentación o publicación que derive de este estudio

**Declaración de consentimiento:**

Después de haber leído y habiéndome explicado todas mis dudas acerca de este estudio:


No acepto que mi familiar o representado participe en el estudio.

Si acepto que mi familiar o representado participe y que se le aplique el cuestionario.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Yureni Uribe Vázquez, Matrícula 99134573, HGZMF 1 Pachuca; tel.: 771 146 5857  
 Colaboradores: Jesús Martínez Ángeles, Matrícula 99132128, UMF 32 Pachuca; tel.:771 189 5486  
Guadalupe de Jesús Morales Cruz, Matrícula 98132404, HGZMF 1 Pachuca; tel.:7491018969

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Prolongación Avenida Madero No. 405 Colonia Nueva Francisco I. Madero Pachuca de Soto, Hidalgo CP 42088 Teléfono: 771 3 78 33 ó comunicarse al correo: [comite.etica.investigacion12018@gmail.com](mailto:comite.etica.investigacion12018@gmail.com)

Nombre y firma del participante

Testigo 1

Nombre, dirección, relación y firma

Nombre y firma de quien obtiene el consentimiento

Testigo 2

Nombre, dirección, relación y firma

Este formato constituye una guía que deberá completarse de acuerdo con las características propias de cada protocolo de investigación, sin omitir información relevante del estudio.

