Revista Habanera de Ciencias Médicas
Al servicio de la ciencia
AÑO 2024
Vol. 23 PUBLICACIÓN CONTINUA
ISSN 1729-519X
ecimed

CIENCIAS CLÍNICAS Y PATOLÓGICAS

ARTÍCULO ORIGINAL

Capacidad funcional y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide

Functional capacity and quality of life in patients with rheumatoid arthritis

Enrique Rodríguez Reyes[1*], Evelyn Betancourt Rubio [2]

[1] Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ambato, Ecuador.
[2] Universidad Regional Autónoma de los Andes. Santo Domingo, Ecuador.

***Autor para la correspondencia:** ua.enriquerodriguez@uniandes.edu.ec

Cómo citar este artículo
Rodríguez Reyes E, Betancourt Rubio E: Capacidad funcional y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. Rev haban cienc méd [Internet]. 2024 [citado]; 23. Disponible en: http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/5775

Recibido: 13 de mayo de 2024
Aprobado: 21 de agosto de 2024

RESUMEN

Introducción: La artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune crónica e inflamatoria que afecta principalmente a las articulaciones, aunque su impacto puede extenderse a otros sistemas y órganos. En Ecuador, aunque la información epidemiológica continúa siendo limitada, los servicios de Reumatología registran un incremento sostenido de pacientes con compromiso funcional avanzado, dolor crónico y afectaciones importantes en su calidad de vida, situación que evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de atención integral, rehabilitación y seguimiento clínico en esta población.

Objetivo: Analizar la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes con Artritis Reumatoide que acudieron al Servicio de Reumatología del Hospital "Carlos Andrade Marín".

Material y Métodos: Se realizó un estudio analítico, descriptivo y transversal en el period de September 2023-February 2024, con una muestra no probabilística ya que fueron seleccionados 73 pacientes diagnosticados previamente con artritis reumatoide. Para levantar la información se empleó la encuesta.

Resultados: La mayoría de los pacientes evaluados con AR presentan una discapacidad ligera y una buena calidad de vida, ciertos factores como el dolor, la tensión nerviosa, y el tiempo con la enfermedad afectan notablemente tanto la capacidad funcional como la calidad de vida.

Conclusiones: El estudio subraya la importancia de una atención integral que aborde los múltiples aspectos que afectan a los pacientes con AR, incluyendo el control de los síntomas físicos, la rehabilitación funcional y el fortalecimiento de los recursos sociales y emocionales.

Palabras Claves:
Artritis reumatoide, calidad de vida, capacidad funcional.

ABSTRACT

Introduction: Rheumatoid arthritis is a chronic and inflammatory autoimmune disease that primarily affects the joints, although its impact can extend to other systems and organs. In Ecuador, although epidemiological information remains limited, Rheumatology services are registering a sustained increase in patients with advanced functional impairment, chronic pain, and significant impacts on their quality of life. This situation highlights the need to strengthen comprehensive care, rehabilitation, and clinical follow-up strategies in this population.

Objective: To analyze the functional capacity and quality of life in patients with RA who attended the Rheumatology Service of the "Carlos Andrade Marín" Hospital.

Material and Methods: An analytical, descriptive and cross-sectional study was carried out in the period September 2023-February 2024, using a non-probabilistic sample which was composed of 73 patients who were previously diagnosed with rheumatoid arthritis. A survey was used to collect information.

Results: Most of the patients evaluated with RA have a mild disability and a good quality of life. Certain factors such as pain, nervous tension, and time with the disease significantly affect both functional capacity and quality of life.

Conclusions: The study emphasizes the importance of a comprehensive care that addresses multiple aspects that affect patients with RA, including the control of physical symptoms, functional rehabilitation, and the strengthening of social and emotional resources.

Keywords:
Rheumatoid arthritis, quality of life, functional capacity.

Este es un artículo de Acceso Abierto distribuído según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial 4.0 que permite el uso, distribución y reproducción no comerciales y sin restricciones en cualquier medio, siempre que sea deidamente citada la fuente primaria de publicación.

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune crónica e inflamatoria que afecta principalmente a las articulaciones, aunque su impacto puede extenderse a otros sistemas y órganos. La artritis reumatoide (AR) se caracteriza por una inflamación crónica de la membrana sinovial, que provoca la destrucción progresiva del cartílago y el hueso, lo que resulta en deformidades articulares y pérdida de funcionalidad. A nivel global, la prevalencia de esta enfermedad se sitúa entre 0,5 % y 1 %,[1] afectando de manera desproporcionada a las mujeres, y suele manifestarse en la edad adulta, con un pico de incidencia entre los 40 y 60 años.[2,3,4]

Los estudios muestran que la prevalencia de la AR no varía significativamente entre las diferentes regiones del mundo.[5] En Colombia, un estudio sobre la carga de las enfermedades reumáticas estimó que la artritis reumatoide genera un costo de 192,46 Años de Vida Ajustados por Discapacidad (AVAD) por cada 100 000 habitantes, ubicándola como la tercera enfermedad reumática con mayor carga en el país.[6,7]

La AR suele iniciar de manera insidiosa, con un desarrollo gradual de signos y síntomas que pueden variar en intensidad durante varias semanas. Los síntomas incluyen rigidez articular, más notable por la mañana, acompañada de dolor y molestias al moverse. Con el tiempo, el cuadro clínico puede volverse más persistente, afectando de forma simétrica múltiples articulaciones (cinco o más).[8] Producto del cuadro clínico que presentan estos pacientes, la capacidad funcional se compromete y aparecen dificultades para realizar actividades de la vida diaria y mantener la independencia física. En pacientes con AR, la capacidad funcional disminuye considerablemente debido al dolor articular crónico, la rigidez, la pérdida de movilidad y la fatiga. A medida que la enfermedad progresa, las limitaciones físicas pueden volverse más pronunciadas, afectando actividades como caminar, trabajar o realizar tareas domésticas. (9) Esta reducción en la capacidad funcional tiene un impacto significativo en la calidad de vida, ya que limita la autonomía del paciente y afecta tanto su bienestar físico como emocional.

La calidad de vida en pacientes con AR está influenciada por una serie de factores, entre los que destacan el dolor, el estado funcional, el nivel de fatiga y el estado emocional. El deterioro en la capacidad funcional está fuertemente relacionado con una peor calidad de vida, dado que limita la participación en actividades cotidianas y sociales, incrementa la dependencia de los demás, y afecta la autoestima y el estado psicológico del paciente.[10,11,12] Este impacto multidimensional subraya la importancia de evaluar no solo el estado clínico de la enfermedad, sino también la calidad de vida del paciente como un marcador clave en el manejo de la AR.

La capacidad funcional es uno de los principales determinantes del bienestar físico y emocional de los pacientes con AR. La pérdida de la funcionalidad en las articulaciones afecta directamente la capacidad de los pacientes para realizar actividades básicas y complejas, lo que resulta en una disminución progresiva de la independencia. En pacientes con AR, la función física generalmente se observa que es 24–34 % menor que la observada en controles sanos.[13] Con el tiempo, la incapacidad funcional puede llevar a la pérdida de empleo, a la necesidad de asistencia constante para actividades cotidianas y al aislamiento social, factores que están directamente asociados con una peor calidad de vida. La función física es la capacidad de realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.

A nivel clínico, la evaluación de la capacidad funcional es crucial para monitorizar la evolución de la enfermedad, así como para ajustar los tratamientos y planificar intervenciones terapéuticas que busquen mantener o mejorar las habilidades físicas del paciente.[14] Instrumentos como el *Health Assessment Questionnaire* (HAQ)[15] son ampliamente utilizados para evaluar el impacto de la AR en la capacidad funcional. Estas herramientas permiten a los clínicos medir la limitación en la realización de actividades cotidianas y proporcionar una base para la toma de decisiones terapéuticas. Por otra parte, la evaluación de la calidad de vida en pacientes con AR suele realizarse a través de cuestionarios estandarizados como el *Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Scale* (QoL-RA),[16] los cuales proporcionan información valiosa sobre cómo los pacientes perciben el impacto de la enfermedad en diferentes aspectos de su vida. La relación entre la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes con AR es directa y significativa.[17] A medida que la capacidad funcional disminuye, se observa una caída correspondiente en la calidad de vida, especialmente en las áreas relacionadas con la función física, la independencia y la interacción social.[18,19] El dolor crónico, la rigidez y las deformidades articulares limitan la capacidad del paciente para participar activamente en su vida diaria, lo que genera sentimientos de frustración, ansiedad y depresión. Por otra parte, la disminución en la movilidad y el aumento de la dependencia en los demás no solo afectan el bienestar físico, sino también la autoestima y la sensación de control sobre la propia vida.

En América Latina, las dificultades en el acceso al diagnóstico oportuno, la continuidad terapéutica y los programas de rehabilitación contribuyen a una mayor progresión de la discapacidad funcional. Países como Colombia, México y Brasil han reportado una elevada carga económica y social asociada a esta enfermedad, reflejada en ausentismo laboral, jubilación temprana y elevados costos sanitarios.[3,4,5,6,7,8,9,10]

En Ecuador, aunque la información epidemiológica continúa siendo limitada, los Servicios de Reumatología registran un incremento sostenido de pacientes con compromiso funcional avanzado, dolor crónico y afectaciones importantes en su calidad de vida, situación que evidencia la necesidad de fortalecer las estrategias de atención integral, rehabilitación y seguimiento clínico en esta población.[11,12,13,14,15,16]

Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0

El presente trabajo tiene como **objetivo** analizar la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes con AR que acudieron en el periodo septiembre 2023–febrero 2024 al Servicio de Reumatología del Hospital "Carlos Andrade Marín" en Ecuador.

Realizar esta investigación en el contexto ecuatoriano resulta pertinente debido a la limitada evidencia científica nacional relacionada con la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide.

La mayoría de las investigaciones disponibles proceden de países desarrollados o de otros contextos latinoamericanos con características demográficas, económicas y sanitarias diferentes a las de Ecuador. Evaluar estas variables en pacientes atendidos en el Servicio de Reumatología del Hospital "Carlos Andrade Marín" permitirá disponer de información contextualizada sobre las repercusiones físicas, emocionales y sociales de la enfermedad en la población ecuatoriana.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional de corte transversal con alcance analítico en una muestra no probabilística ya que fueron seleccionados 73 pacientes diagnosticados previamente con artritis reumatoide (AR) y que acudieron en el período septiembre 202 -febrero 2024 al Servicio de Reumatología del Hospital "Carlos Andrade Marín".

Se empleó como criterio de inclusión que fueran pacientes mayores de edad; con diagnóstico de artritis reumatoide documentada en su historia clínica y que acudieran regularmente al Servicio de Reumatología del Hospital "Carlos Andrade Marín". Debían estar clínicamente estables en el momento de la evaluación para tener la capacidad de responder los cuestionarios que se aplicarían.

Fueron excluidos aquellos pacientes con registros clínicos incompletos; diagnóstico principal distinto a la artritis reumatoide; con deterioro cognitivo o discapacidad que le impidiera comprender y responder de forma fiable los instrumentos. También se excluyeron los pacientes con cirugía articular mayor o inmovilización reciente (<3 meses) que provocara algún tipo de alteración temporal en la capacidad funcional.

A todos se les solicitó su consentimiento de participación voluntaria por escrito, previa explicación de los objetivos de la investigación y procedimientos a emplear. Aquellos que no estuvieron de acuerdo con participar fueron excluidos de la investigación.

Los datos primarios se obtuvieron directamente de los participantes mediante la aplicación presencial de cuestionarios estandarizados y revisión de historias clínicas para corroborar información diagnóstica y antecedentes médicos. La información recopilada incluyó variables sociodemográficas, clínicas, capacidad funcional y calidad de vida relacionada con la salud.

Para la recolección de datos se utilizaron tres instrumentos. La encuesta QoL-RA (del inglés *Quality of Life in Rheumatoid Arthritis Scale*)[20,21] que evalúa la "calidad de vida" mediante ocho (8) ítems con los alcances siguientes: actividad física, ayuda de familiares y amigos, dolor artrítico, tensión nerviosa, salud, interacción con familiares y amigos, nivel de artritis y estado de ánimo, medidos mediante una escala de tipo Likert con 10 posibles indicadores que van desde 1 ("muy mala calidad de vida") hasta 10 ("excelente calidad de vida"). La evaluación de la "capacidad funcional" se realizó mediante otro instrumento, la encuesta HAQ (del inglés *Health Assesment Questionnaire*),[22,23] que evalúa el grado de dificultad con que se realizan actividades específicas: a) vestirse y asearse, b) levantarse, c) comer, d) caminar/pasear, e) higiene personal, f) alcanzar, g) prensión y h) otras actividades. Para esta evaluación se empleó una escala puntuada de 0 a 3 con la siguiente progresión: 0 - sin dificultad, 1 - con alguna dificultad, 2 - con mucha dificultad, 3 – dificultad severa. Luego se determinó el índice o grado de discapacidad para entonces clasificar a los individuos de la muestra en las siguientes categorías: discapacidad ligera si está entre 0,1 y 0,92, discapacidad moderada si se encuentra de 0,93 a 1,80 y discapacidad funcional severa si es mayor a 1,80.

También fue necesario recolectar datos sociodemográficos y clínicos de la muestra como: sexo (masculino o femenino), edad (distribuida en grupos etarios: 18 - 40 años; 41 - 60 años; 61 - 80 años; > 80 años; antecedentes familiares de AR (existencia o no de familiares con diagnóstico previo de artritis reumatoide), tiempo con diagnóstico clínico de AR (agrupados en < 5 años; 6 - 10 años; >10 años), si viven solos o acompañados, si realizan actividades físicas frecuentemente (considerando una frecuencia mínima 3 veces por semana) y si presentan comorbilidades asociadas (si o no).

El procesamiento de datos se realizó con el programa estadístico SPSS v.27. La relación estadística entre las variables se determinó mediante las pruebas U Mann Whitney y Rho de Spearman fijando un intervalo de confianza de 95 % y una significación estadística de p-Valor < 0,05. Se usaron estadígrafos como promedio, desviación estándar, frecuencias y relaciones porcentuales, atendiendo a las variables, ya fueran cualitativas o cuantitativas.

La investigación respetó los principios bioéticos establecidos por las regulaciones nacionales e internacionales para investigaciones con estas características, incluyendo autonomía, beneficencia, no maleficencia y confidencialidad. Previo a la participación, los pacientes recibieron información sobre los objetivos, procedimientos, beneficios y posibles riesgos asociados al estudio, firmando posteriormente el consentimiento informado de manera voluntaria. Se garantizó anonimato, confidencialidad y uso exclusivo de la información con fines científicos.

Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0

Asimismo, el protocolo de investigación fue revisado, evaluado y aprobado por el Comité de Ética para las Investigaciones Biomédicas del Hospital "Carlos Andrade Marín".

RESULTADOS

De acuerdo con las características sociodemográficas y clínicas de la muestra (Figura 1), la edad promedio fue de 62,4 años, con predominio del sexo femenino (69,9 %) y mayor concentración de pacientes en el grupo etario de 61 a 80 años (46,6 %). El tiempo medio con diagnóstico de AR fue de 16,3 ± 9,3 años, predominando los que tenían más de 10 años con la enfermedad (72,6 %). El sexo femenino prevaleció en todos los grupos etarios y períodos de evolución de la enfermedad. Solo 12,3 % vivían solos, condición más frecuente en hombres. Únicamente 32,9 % realizaba actividad física habitual, con mayor representación masculina. Se identificaron comorbilidades en 46,6% de los pacientes, predominando nuevamente el sexo femenino (61,8 %).

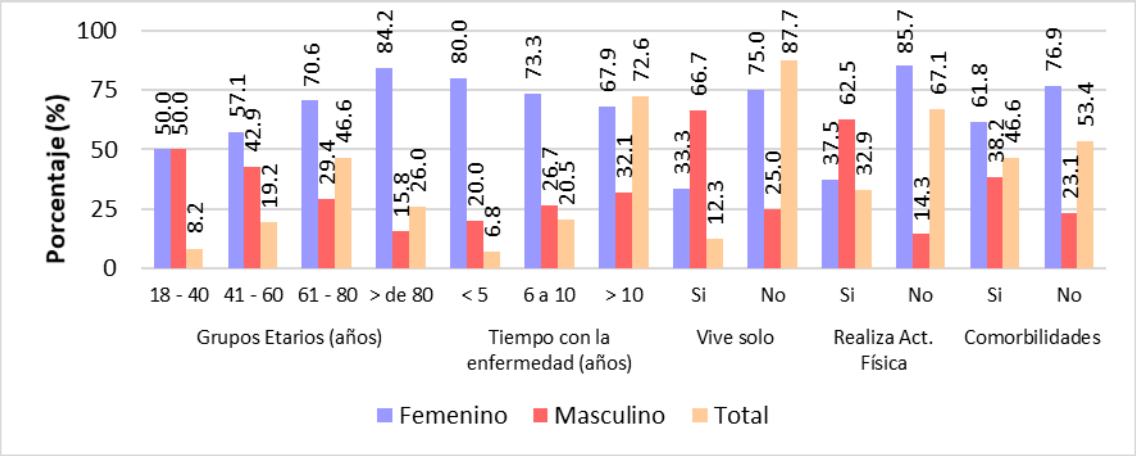


Figura 1. Información sociodemográfica y clínica de los pacientes clasificada por sexo

Los puntajes promediosobtenidos para cada uno de los ítems evaluados en el cuestionario QoL-RA (Figura 2) permiten interpretar que, en general, la calidad de vida de los pacientes está en el umbral de buena, ya que en todos los indicadores el valor promedio está por encima de 6 puntos. Como es frecuente, la tensión nerviosa (6,1 punto) y el dolor artrítico (6,5 puntos), por ese orden, fueron identificados como los que más afectan esta calidad de vida. La mejor valoración promedio por parte de los encuestados es para la ayuda que reciben de familiares y amigos (8,4 puntos) y el nivel de interacción con ellos (8,1 puntos); es decir, que pueden identificarse como que estos son los que más favorecen una mejora en la calidad de vida. Para evaluar la confiabilidad y consistencia del cuestionario QoL-RA se empleó el estadígrafo Alfa de Cronbach, con el que se obtuvo un coeficiente de 0,9607, significando que la consistencia entre los elementos es buena con índices de error aleatorio bajos.

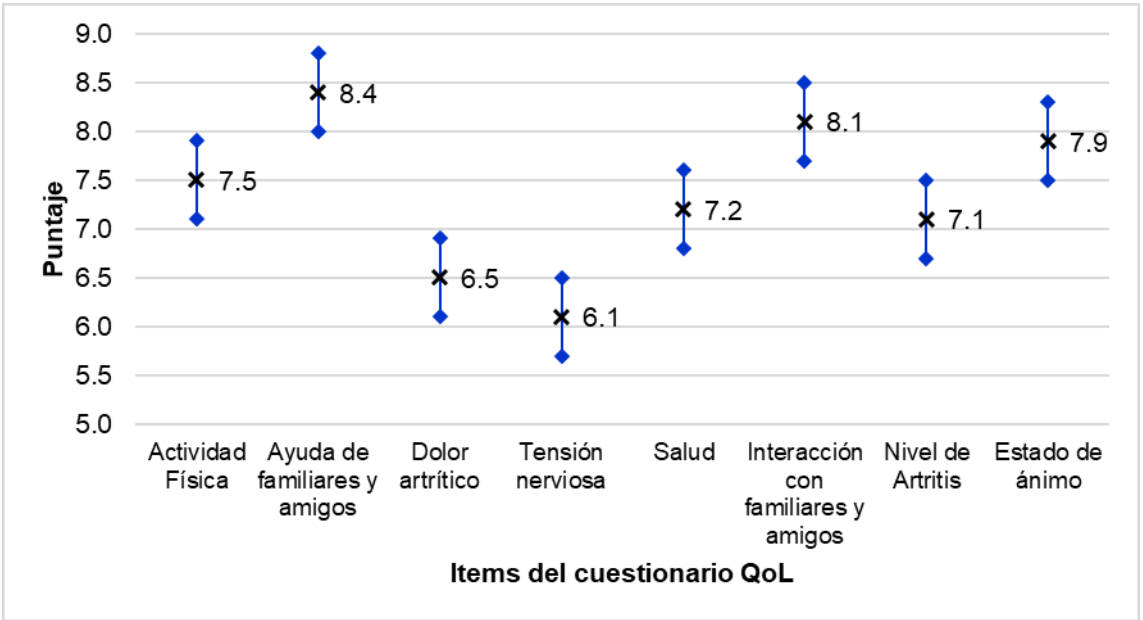


Figura 2: Puntaje promedio e intervalos de confianza para una probabilidad de 95 % de los ítems del cuestionario QoL-RA

Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0

Los resultados del análisis de correlación de Pearson entre los ítems del cuestionario QoL-RA (Tabla 1) describen una estrecha relación entre ellos ya que en todos los casos se obtuvo un coeficiente superior a 0,60. Las relaciones más estrechas son las que se establecen entre la actividad física y dolor (α = 0,91) y entre el dolor y la artritis (α = 0,90). Las asociaciones de menor índice, que no significan necesariamente que sean débiles, casualmente son dependientes del subitems ayuda y de su relación con la tensión (α < 0,61), con la Artritis (α < 0,62) y con el dolor (α < 0,63).

Tabla 1: Coeficientes de correlación de Pearson entre los ítems del cuestionario QoL-RA

Ítems del QoL-RA	Act. Física	Ayuda	Dolor	Tensión	Salud	Interacción	Artritis	Ánimo
Act. Física	-	-	-	-	-	-	-	-
Ayuda	0,64	-	-	-	-	-	-	-
Dolor	0,91	0,63	-	-	-	-	-	-
Tensión	0,75	0,61	0,82	-	-	-	-	-
Salud	0,85	0,67	0,88	0,83	-	-	-	-
Interacción	0,67	0,85	0,65	0,71	0,76	-	-	-
Artritis	0,82	0,62	0,90	0,85	0,87	0,71	-	-
Ánimo	0,77	0,69	0,71	0,82	0,83	0,80	0,74	-

Según el promedio de la puntuación a las respuestas dadas por los pacientes a cada uno de los ítems del cuestionario HAQ (Figura 3), recibieron la puntuación más elevada (por encima a 1,50), el alcanzar (1,71), la fuerza de prensión manual (1,62) y el comer (1,53), lo que indica que los pacientes tienen de "moderada a severa dificultad" para realizar estas acciones. También están en esta categoría realizar otras actividades (1,45), caminar y/o pasear (1,34) y levantarse (1,13). Mientras que la higiene personal (0,66) y vestirse o asearse (0,92) son las que con menor dificultad realizan, pues fueron evaluadas en la escala de "leve a moderada dificultad".

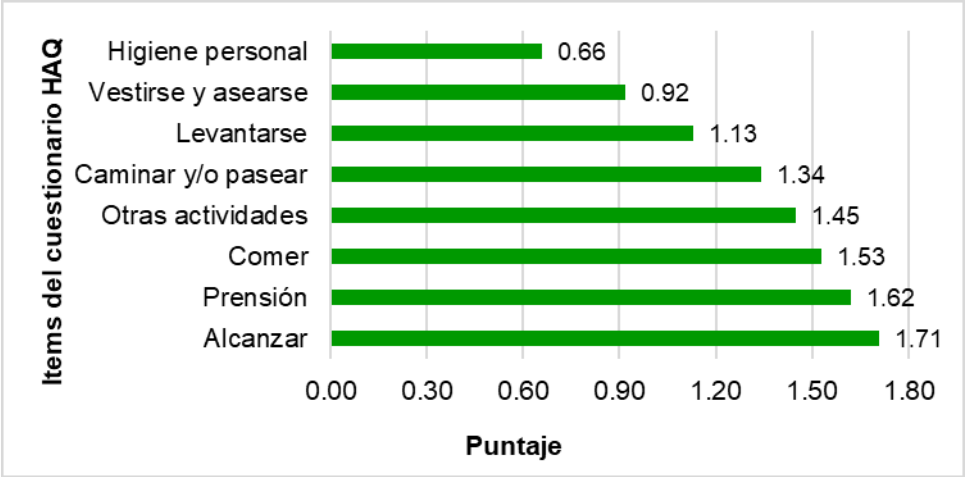


Figura 3: Puntuación promedio por ítems de cuestionario de HAQ ordenados de menor a mayor dificultad

Con las puntuaciones dadas en el cuestionario HAQ por los individuos participantes en el estudio, se calculó el índice de discapacidad de cada uno (Tabla 2). De acuerdo con los resultados, ningún individuo entró en la categoría "sin discapacidad". Respecto al tamaño de la muestra, predominan los que poseen "discapacidad ligera" que representan 60,3 %, mientras que la categoría menos representativa son los que clasifican con "discapacidad severa", 16,4 % respecto al total. Por sexo y categoría de discapacidad, las mujeres son la mayor proporción en "discapacidad ligera" y en "moderada", mientras que en la "severa" son los del sexo masculino los que predominan.

Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0

Tabla 2. Nivel de discapacidad según los resultados de la encuesta de HAQ

Sexo	Discapacidad					
	Ligera		Moderada		Severa	
	No.	%	No.	%	No.	%
Femenino	32	72,7	15	88,2	4	33,3
Masculino	12	27,3	2	11,8	8	66,7
Total	**44**	**100,0**	**17**	**100,0**	**12**	**100,0**

Al analizar los resultados del estudio de correlación que aparece en la Tabla 3 puede afirmarse que la calidad de vida tiene una correlación positiva débil con la edad y el tiempo de la enfermedad. Para los otros factores, que se estudiaron mediante la prueba U-Mann Whitney, se determinó que solamente la calidad de vida tiene relación estadísticamente significativa con la realización de actividad física. Respecto a la relación entre el nivel de discapacidad y los factores estudiados, se observa una correlación positiva muy fuerte con el tiempo de padecimiento de la enfermedad ($0,76 < \alpha < 0,90$) y estadísticamente significativa, mientras que, con la edad, esa relación se considera media ($0,11 < \alpha < 0,50$) pero también es estadísticamente significativa (p - Valor < 0,050). El resto de los factores, dígase sexo, la condición de si vive solo o no el paciente, si realiza actividad física y si tiene comorbilidades, no tienen relación estadísticamente significativa con el nivel de discapacidad.

Tabla 3. Análisis estadístico de relación entre la calidad de vida (QoL) y el nivel de discapacidad (HAQ) con los factores sociodemográficos y clínicos

Factores	QoL		HAQ	
	Alfa	p - Valor	Alfa	p - Valor
Sexo	196**	0,487	139**	0,702
Edad	0,056*	0,425	0,294*	0,026
Tiempo con la enfermedad	0,038*	0,628	0,783*	0,001
Vive solo	147**	0,673	336**	0,195
Realiza Actividad Física	375**	0,024	309**	0,053
Comorbilidades	292**	0,316	244**	0,321

Leyenda: * Prueba Rho de Spearman; ** Prueba de U-Mann Whitney

DISCUSIÓN

El tiempo promedio de diagnóstico es de 16,3 años, con 72,6 % de los pacientes padeciendo la enfermedad durante más de 10 años. Esto indica que la mayoría de los pacientes tiene una enfermedad establecida de larga duración. Un dato destacable es que 12,3 % de los pacientes viven solos, lo que puede influir en la percepción de su calidad de vida y su capacidad para afrontar la enfermedad. El 46,6 % de los pacientes tienen comorbilidades, lo que es común en pacientes con AR, debido al riesgo aumentado de enfermedades asociadas, como las cardiovasculares.

Al compararlo con un estudio en Turquía,[24] se evaluó una muestra de pacientes ancianos con AR, que, aunque su funcionalidad física estaba más deteriorada en comparación con pacientes más jóvenes, su calidad de vida era similar. Esto contrasta con el estudio en Ecuador, donde la discapacidad aumentaba con el tiempo de la enfermedad, afectando la percepción de calidad de vida en general.

Por su parte, un estudio en Colombia[25] destacó que los pacientes con AR presentaban fatiga moderada y alto riesgo de discapacidad laboral, similar al estudio ecuatoriano, que también mostró una asociación entre la duración de la enfermedad y el aumento de la discapacidad. Un estudio de Ecuador[26] también muestra una correlación entre la funcionalidad y la calidad de vida, similar al estudio actual. Sin embargo, la muestra fue mayor (163 pacientes), con una puntuación media de calidad de vida ligeramente más baja (684 puntos). Tanto en el estudio de 2019 como en el actual, los dominios de interacción social y apoyo fueron los mejor valorados. Una diferencia significativa entre ambos estudios es el enfoque en la actividad física, pues el estudio en el Servicio de Reumatología, se mencionó que la actividad física no mostró una relación estadísticamente significativa con el nivel de discapacidad. Esto contrasta con estudios que suelen señalar que la actividad física puede mejorar tanto la funcionalidad como la calidad de vida, por lo que sería importante considerar este aspecto más en profundidad en futuras investigaciones.[5,6,7,8,9]

Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0

En Corea del Sur,[27] un artículo muestra que, a pesar de que los pacientes con AR presentaron mejor función física en comparación con otros países occidentales, su calidad de vida fue menor. Esto contrasta con nuestro estudio. De hecho, la autoeficacia fue el factor más fuerte asociado con una mejor calidad de vida en Corea del Sur.

Un estudio realizado en Polonia,[28] titulado "Capacidad laboral y calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide", mostró resultados similares a los de Colombia, con una calidad de vida moderada y un alto riesgo de discapacidad laboral, indicando que los pacientes con peor calidad de vida en los dominios físicos y psicológicos eran más propensos a perder su capacidad de trabajo. Esto resalta la importancia de evaluar estos factores para prevenir la discapacidad, algo observado también en esta investigación.

Finalmente, se coincide con un estudio realizado en Paraguay,[29] respecto a que las actividades con mayor afectación o dificultad incluyen la prensión manual, y caminar. Todos los estudios coinciden en que el dolor, la discapacidad funcional y el apoyo social son los factores claves que influyen en la calidad de vida de los pacientes con AR. Las variaciones en los resultados reflejan las diferencias en la evolución de la enfermedad, los enfoques de tratamiento y los factores psicosociales en cada región. Sin embargo, la necesidad de un manejo multidisciplinario que integre el control del dolor, la rehabilitación física y el apoyo emocional es un punto en común en el cual insisten todos los estudios. En términos generales, las investigaciones coinciden también en que la calidad de vida de los pacientes con AR es moderada y está fuertemente afectada por el dolor, la tensión nerviosa, y la discapacidad funcional. Las actividades más afectadas incluyen alcanzar objetos, prensión manual, y caminar. La duración de la enfermedad y la actividad inflamatoria empeoran tanto la capacidad funcional como la calidad de vida, lo que se observó consistentemente en todos los casos.

Nuestra investigación presenta ciertas limitaciones metodológicas que deben ser consideradas. Primeramente, aunque se utilizaron instrumentos validados, la naturaleza subjetiva de las percepciones de dolor y tensión nerviosa puede ser un factor de confusión que no fue completamente abordado en el análisis. Además, el diseño transversal impide establecer relaciones de causa y efecto, por lo que no es posible determinar si una peor capacidad funcional causa una menor calidad de vida o viceversa. De igual manera, la muestra, al ser no probabilística y seleccionada de una única institución, limita la generalización de los resultados a pacientes de otras áreas geográficas o centros de salud.

CONCLUSIONES

Luego de analizar la capacidad funcional y la calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide se destaca la compleja interacción entre los factores físicos, emocionales y sociales que afectan a los pacientes que padecen esta enfermedad crónica. A partir de la evaluación de una muestra representativa de pacientes, se concluye que, aunque la mayoría presenta una discapacidad ligera y reporta una buena calidad de vida, existen varios factores que disminuyen notablemente el bienestar de estos individuos, especialmente a medida que avanza la enfermedad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fraenkel L, Bathon JM, England BR, St Clair EW, Arayssi T, Carandang K. et al. 2021 American College of Rheumatology Guideline for the treatment of rheumatoid arthritis. Arthritis Care Res (Hoboken) [Internet]. 2021 Jul [Citado 11/02/2024];73(7):924-39. Disponible en: https://doi.org/10.1002/acr.24596

2. GBD 2019: Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet [Internet]. 2020 [Citado 11/02/2024];396(10258):1204-22. Disponible en: https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/

3. Cieza A, Causey K, Kamenov K, Wulf Hansen S, Chatterji S, Vos T. Global estimates of the need for rehabilitation based on the Global Burden of Disease Study 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. Lancet [Internet]. 2020 Dec [Citado 11/02/2024];396(10267):2006-17. Disponible en: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)32340-0

4. Long H, Liu Q, Yin H, Diao N, Zhang Y, Lin J, et al. Prevalence trends of site-specific osteoarthritis from 1990 to 2019: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. Arthritis Rheumatol [Internet]. 2022 [Citado 11/02/2024];74(7):1172-83. Disponible en: https://doi.org/10.1002/art.42089

5. Safiri S, Kolahi AA, Hoy D, Smith E, Bettampadi D, Mansournia MA, et al. Global, regional and national burden of rheumatoid arthritis 1990-2017: a systematic analysis of the Global Burden of Disease Study 2017. Ann Rheum Dis [Internet]. 2019 Nov [Citado 11/02/2024];78(11):1463-71. Disponible en: https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2019-215920

6. Cuervo FM, Santos AM, Londono J, Angarita JI, Rueda JC, Giraldo-Bustos R, et al. The burden of the most common rheumatic disease in Colombia. BMC Rheumatol [Internet]. 2022 Dec [Citado 11/02/2024];6(1):7. Disponible en: https://bmcrheumatol.biomedcentral.com/articles/10.1186/s41927-021-00234-y

7. Alzate J, Ávila D, Bello JM, Beltrán A, Gaona A, Jaramillo P, et al. Informe técnico del posicionamiento terapéutico para el tratamiento farmacológico de la artritis reumatoide. Bogotá D.C: Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud (IETS y Ministerio de Salud y Protección Social; 2022.

8. Taylor P. Update on the diagnosis and management of early rheumatoid arthritis. Clin Med (Lond) [Internet]. 2020 [Citado 11/02/2024];20(6):561-4. Disponible en: https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0727

Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0

8. Taylor P. Update on the diagnosis and management of early rheumatoid arthritis. Clin Med (Lond) [Internet]. 2020 [Citado 11/02/2024];20(6):561-4. Disponible en: https://doi.org/10.7861/clinmed.2020-0727

9. Kirkeskov L, Bray K. Employment of patients with rheumatoid arthritis: a systematic review and meta-analysis. BMC Rheumatol [Internet]. 2023 [Citado 11/02/2024];7(4):1-13. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s41927-023-00365-4

10. McCurdy D, Parsa MF. Updates in juvenile idiopathic arthritis. Adv Pediatr [Internet]. 2019 [Citado 11/02/2024];68:143-70. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.yapd.2021.05.014

11. Martínez del Val E, Rodríguez Martínez A, Sánchez Becerra V, Cruz Rojo J, Enríquez Merayo E, Barral Mena E, et al. Characteristics of synovial fluid in patients with juvenile idiopathic arthritis. An Pediatr (Barc) [Internet]. 2019 [Citado 11/02/2024];91(4):244-50. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2019.01.004

12. Berg-Weger M, Morley J. Editorial: Loneliness in Old Age: An unaddressed Health Problem. J Nutr Health Aging [Internet]. 2020 [Citado 11/02/2024];24(3):243-5. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s12603-020-1323-6

13. Santo RCDE, Baker JF, Dos Santos LP. Changes in physical function over time in rheumatoid arthritis patients: A cohort study. PLoS One [Internet]. 2023 Jan [Citado 11/02/2024];18(1):e0280846. Disponible en: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0280846

14. Son KM, Kang SH, Seo YI, Kim HA. Association of body composition with disease activity and disability in rheumatoid arthritis. Korean J Intern Med [Internet]. 2021 [Citado 11/02/2024];36(1):214-22. Disponible en: https://doi.org/10.3904/kjim.2019.006

15. Muñoz A, Bautista W, Castrejón I, Hernández B, Martín JM, Pinedo C, et al. Propuesta de actualización del Health Assessment Questionnaire. Reumatol Clin [Internet]. 2023 [Citado 11/02/2024];19(5):266-72. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.reuma.2022.05.004

16. Isnardi CA, Schneeberger EE, Capelusnik D. A useful tool to assess quality of life in rheumatoid arthritis patients that does not require a license: QOL-RA II. Clin Rheumatol [Internet]. 2020 [Citado 11/02/2024];39(11):3309-15. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s10067-020-05139-8

17. O'Neil LJ, Alpízar-Rodríguez D, Deane KD. Rheumatoid arthritis: The continuum of disease and strategies for prediction, early intervention, and prevention. J Rheumatol [Internet]. 2024 [Citado 11/02/2024];51(4):337-49. Disponible en: https://doi.org/10.3899/jrheum.2023-0334

18. Hernández JD. Artritis reumatoide y su correlación con la calidad de vida y la capacidad funcional en pacientes atendidos en el Hospital General de zona no. 50 del Instituto Mexicano del Seguro Social de San Luis Potosí [Tesis especialidafd]. San Luis Potosí: Universidad Autónoma de San Luis Potosí, Facultad de Medicina; 2020.

19. Liu I, Huang YJ, Wang LK, Tsai YH, Hsu SL, Chang CJ, et al. Dual trajectories of loneliness and depression and their baseline correlates over a 14-year follow-up period in older adults: Results from a nationally representative sample in Taiwan. Int J Older People Nurs [Internet]. 2021 [Citado 11/02/2024];16(6):e12410. Disponible en: https://doi.org/10.1111/opn.12410

20. Isnardi CA, Schneeberger EE, Capelusnik D, De Los Ángeles Correa M, Lim R, Hu M, et al. A useful tool to assess quality of life in rheumatoid arthritis patients that does not require a license: QOL-RA II. Clin Rheumatol [Internet]. 2020 [Citado 11/02/2024];1-7. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s10067-020-05139-8

21. Yang Z, Bai G, Ding H, Chen M, Xie T, Wan C. Development and validation of the rheumatoid arthritis scale among the system of quality of life instruments for chronic diseases QLICD-RA (V2.0). Sci Rep [Internet]. 2024 [Citado 11/02/2024];14:1-7. Disponible en: https://doi.org/10.1038/s41598-024-58910-1

22. Cuervo F, Santos A, Saldarriaga E, Rueda J, Angarita I, Ballesteros J, et al. AB1299 Functional capacity measured by HAQ in patients with rheumatic diseases in Colombia. Ann Rheum Dis [Internet]. 2018 [Citado 11/02/2024];77:1742. Disponible en: https://doi.org/10.1136/annrheumdis-2018-eular.4336

23. Herrera-Sandate P, Vega-Morales D, De-León-Ibarra A, Valdés-Torres P, Chavez-Alvarez L, Toro A, et al. AB0863-HPR Functional status assessment through self-reported questionnaires in rheumatic diseases. Ann Rheum Dis [Internet]. 2021 [Citado 11/02/2024];80. Disponible en: https://doi.org/10.1136/ANNRHEUMDIS-2021-EULAR.2781

24. Uzgör F, Yaşar Bilge NŞ, Özkaraman A. Evaluation of quality of life and functional status in elderly patients with rheumatoid arthritis. Bezmialem Science [Internet]. 2023 [Citado 11/02/2024];11(4):390-9. Disponible en: https://doi. org/10.14235/bas.galenos.2023.09825

25. Fernández DG, Rincón DN, Bernal S, Gutiérrez JM, Rosselli D. Prevalencia de la artritis reumatoide en Colombia según información del Sistema Integral de Información de la Protección Social. Rev Colomb Reumatol [Internet]. 2019 Abr [Citado 11/02/2024];26(2):83-7. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0121812319300167

26. Cruz Y, Montero N, Salazar R, Villacís R. Calidad de vida en pacientes ecuatorianos con artritis reumatoide: un estudio transversal. Reumatol Clin [Internet]. 2019 [Citado 11/02/2024];15(5):296-300. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.reuma.2017.08.012

27. Suh CH, Lee K, Kim JW, Boo S. Factors affecting quality of life in patients with rheumatoid arthritis in South Korea: a cross-sectional study. Clin Rheumatol [Internet]. 2022 [Citado 11/02/2024];41(2):367-75. Disponible en: https://doi.org/10.1007/s10067-021-05944-9

Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0

28. Tanski W, Dudek K, Adamowski T. Work ability and quality of life in patients with rheumatoid arthritis. Int J Environ Res Public Health [Internet]. 2022 [Citado 11/02/2024];19(20):13260. Disponible en: https://doi.org/10.3390/ijerph192013260

29. Sosa O, Cáceres VI, López MR, Rodríguez MI. Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide de una Asociación de Paraguay 2022. Rev Cient Cienc Salud [Internet]. 2022 [Citado 11/02/2024];4(2):9-18. Disponible en: https://doi.org/10.53732/rccsalud/04.02.2022.09

Financiamiento:

Los autores declaran que no se recibió financiamiento externo alguno para el desarrollo de esta investigación.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses entre los autores ni con la institución financiadora de la investigación ni de otro tipo.

Contribución de autoría

Enrique Rodríguez Reyes: Conceptualización, redacción (borrador original), recursos, visualización, administración del proyecto, supervisión.

Evelyn Betancourt Rubio: Metodología, investigación, análisis formal, curación de datos, software, redacción (revisión y edición), validación.

Ambos autores participamos en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final.

Este es un artículo en Acceso Abierto distribuido según los términos de la Licencia Creative Commons Atribución–NoComercial 4.0