



**UNIVERSIDAD MICHOCANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO**



FACULTAD DE ENFERMERÍA.

MEMORIA DE EXPERIENCIA DE SERVICIO SOCIAL.

**CALIDAD DE VIDA EN PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDE 30 -
70 AÑOS EN TURICATO, MICHOCÁN.**

PARA OBTENER EL GRADO DE.

LICENCIADO EN ENFERMERÍA.

PRESENTA.

P.L.E: HUMBERTO DÍAZ JIMÉNEZ.

ASESORA.

MAESTRA EN ENFERMERÍA MARBELLA DAMIÁN GÓMEZ.

MORELIA, MICHOCÁN, FEBRERO 2015



**UNIVERSIDAD MICHOACANA DE
SAN NICOLÁS DE HIDALGO**



DIRECTIVOS.

DRA. MARÍA LETICIA RUBÍ GARCÍA VALENZUELA.

DIRECTORA.

M.E. RUTH ESPERANZA PÉREZ GUERRERO.

SECRETARIA ACADÉMICA.

M.CE. ROBERTO MARTÍNEZ ARENAS.

SECRETARIO ADMINISTRATIVO.

MESA SINODAL.

ASESORA.

M.E. MARBELLA DAMIÁN GÓMEZ.

.....

VOCAL 1.

DRA. MA. MARTHA MARÍN LAREDO.

.....

VOCAL 2.

Q.F.B. JAQUELINE PISANO BÁEZ.

.....

DEDICATORIA.

Este trabajo se la dedico a mi Dios quien supo guiarme por el buen camino, darme fuerzas para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentan, enseñándome a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A mi familia quienes por ellos soy lo que soy.

Para mis padres por su apoyo, consejos, comprensión, amor, ayuda en los momentos difíciles, y por ayudarme con los recursos necesarios para estudiar. Me han dado todo lo que soy como persona, mis valores, mis principios, mi carácter, mi empeño, mi perseverancia, mi coraje para conseguir mis objetivos.

A mis hermano(as) por estar siempre presentes, acompañándome para poder lograr mis objetivos muchas gracias.

AGRADECIMIENTO.

Quiero expresar mi más profundo y sincero agradecimiento a todas aquellas personas que con su ayuda han colaborado en la realización del presente trabajo Memorias de Experiencia de Servicio Social, en especial la M.E. Marbella Damián Gómez, asesora de este trabajo, por la orientación, el seguimiento y la supervisión continúa de la misma, pero sobre todo por la motivación y el apoyo recibido para la realización de dicho trabajo.

Un agradecimiento muy especial merece la comprensión, paciencia y el ánimo recibido de mi familia, mis hermanos, amigos y mi novia, compañeros, a todos ellos, muchas gracias.

ÍNDICE.

CAPÍTULO I MARCO CONTEXTUAL.....	1
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.2 Justificación.	4
1.3 OBJETIVOS.	7
CAPITULO II MARCO TEORICO.	8
2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE ARTRITIS REUMATOIDE.	8
2.2.1 Epidemiología.	12
2.2.2 Etiología o Causa.	12
2.2.3 Clasificación.	13
2.2.4 Signos y síntomas.	15
2.2.5 Fisiopatología de la artritis reumatoide.....	15
2.2.6 Factor de riesgo.	16
2.2.7 Complicaciones.	17
2.2.8 Diagnóstico.....	18
2.2.9 Tratamientos.	19
2.3 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE...	27
2.3.1 Vivir con artritis reumatoide.	30
2.3-2 Incapacidad física en Campo laboral.	31
2.3.3 Emociones negativas.	32
2.3.4 Emociones positivas.....	34
2.3.5 Apoyo social	36
2.3.6 Su relación con autoestima, autoeficacia y Autocontrol.	36
2.4 INTERVENCION DE ENFERMERIA.	38
METODOLOGIA.....	40
RESULTADOS.....	41
CLONCLUSION.....	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	44

RESUMEN.

La Artritis Reumatoide es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica de etiología desconocida que afecta primariamente las articulaciones de forma sistémica y centrípeta. En la Comunidad San Cristóbal de los Guajes, del Municipio de Turicato, Michoacán, más de 10% de los mayores de edad sufren artritis reumatoide, fuente registro civil. Carpeta básica 2011- 2012. Por lo cual uno de los mayores desafíos fue investigar los conocimientos de la calidad de vida que tienen los paciente con Artritis Reumatoide 30-70 años en Turicato, Michoacán. Se observó que esta población con enfermedad de Artritis Reumatoide no tiene el conocimiento necesario para tener una mejor calidad de vida, y si se atienden de manera oportuna y adecuada, en la mayoría de los pacientes puede llevar una vida prácticamente normal, aunque tengan que usar medicamentos a largo plazo, evitando deformidades y destrucción articular. Durante la experiencia vivida en el centro de salud se llega a la conclusión, que para tener una buena calidad de vida es necesario la promoción y prevención de este problema de salud, reduciendo costos innecesarios al individuo familia y comunidad.

Palabras clave: Incapacidad y calidad de vida.

ABSTRACT.

Rheumatoid arthritis is a chronic systemic inflammatory disease of unknown etiology that primarily affects the joints and centripetal systemically. In the Community of San Cristobal Guajes, TuricatoTownship, Michoacán, over 10% of adults suffer from rheumatoid arthritis, civil registration source. Basic Folder 2011 -2012. Porwhich one of the biggest challenges was to investigate the know led geofthe quality of life the patient with Rheumatoid ArthritisTuricato30-70years, Michoacán. It was noted that this population with disease Rheumatoid Arthritis does not have the knowledge to have a better quality of life, and if you serve in a timely and appropriate manner, in the majority of patients can lead normal life, even if they have to use long-term medications, preventing joint destruction and deformity. During the experience in the health center concludes that to have a good quality of life is necessary to the promotion and prevention of this health problem, reducing unnecessary costs to the individual family and community.

Keywords: Disability and quality of life.

INTRODUCCIÓN.

Hasta el Siglo VII se utilizó el término Artritis para designar cualquier afección dolorosa de una articulación, 14 siglos después de Galeno, Guillaume de Baillou (llamado Ballonius) (1558-1616) comienza a darle personalidad a la palabra reumatismo y fue el primer médico que establece una diferencia entre gota y reumatismo. Este médico de origen parisino fue el primero en asociar reumatismo con padecimientos articulares.

El presente trabajo tuvo como propósito de analizar la calidad de vida que tiene el paciente con artritis reumatoide 30 - 70 años en la Comunidad San Cristóbal de los Guajes, del Municipio de Turicato, Michoacán.

Considerando que la Artritis Reumatoide tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes y afecta la capacidad para realizar tareas y actividades esenciales para la vida diaria en mayor medida que muchas otras enfermedades crónicas. Los pacientes con artritis reumatoide aseguran que la enfermedad afecta mucho su vida laboral.

Por lo que se recomienda que para tener una buena calidad de vida es necesario un diagnóstico y tratamiento oportuno de su enfermedad, antes de que se produzca un deterioro irreversible en las articulaciones.

Por eso es muy conveniente que todo paciente con artritis reumatoide debe de acudir a un especialista en reumatología para que haya una detección oportuna de su enfermedad y así evitar las complicaciones y obteniendo una calidad de vida mejor aún que por medio de tratamientos.



CAPÍTULO I MARCO CONTEXTUAL.

1.2 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

La artritis es una enfermedad inflamatoria sistémica crónica de etiología desconocida que afecta articulaciones de forma sistémica y centripeta. Pone en riesgo la calidad de vida de los pacientes y en algunos casos disminuye la esperanza de vida. La inflamación sinovial persistente destruye al cartílago, erosiona epífisis óseas y deforma articulaciones debido a una proliferación descontrolada del líquido sinovial, en algunos casos pueden llegar a causar impotencia funcional (Goldman & Schafer, 2011).

Al hablar de calidad de vida, nos referimos a un concepto que hace alusión a varios niveles de la generalidad, desde el bienestar social o comunitario hasta ciertos aspectos específicos de carácter individual o grupal, el bienestar físico como salud, seguridad física, bienestar material privacidad, alimentos, vivienda, transporte, posesiones, bienestar social relaciones interpersonales con la familia, las amistades, desarrollo y actividad, educación, productividad, contribución y bienestar emocional (Funes, 2013).

Los pacientes con artritis reumatoide aseguran que la enfermedad afecta mucho su vida laboral, prioridades para el cambio es un documento que centra



la atención en los cambios necesarios para una gestión más eficaz de la Artritis Reumatoide y que se resumen en:

- ❖ Mejorar el conocimiento y comprensión del impacto y la carga de la AR.
- ❖ Agilizar el tiempo de diagnóstico de la Artritis Reumatoide.
- ❖ Acceso a los más altos estándares de tratamiento en condiciones de igualdad.
- ❖ Servicios de apoyo integral.
- ❖ Incluir la perspectiva social de la enfermedad en las evaluaciones de los medicamentos.

La Artritis Reumatoide tiene un impacto significativo en la calidad de vida de los pacientes y afecta la capacidad para realizar tareas y actividades esenciales para la vida diaria en mayor medida que muchas otras enfermedades crónicas. El 95 por ciento de los pacientes con artritis reumatoide asegura que la enfermedad afecta su vida laboral. Las personas con Artritis Reumatoide quieren llevar una vida independiente como miembros activos de la sociedad, para lo cual se necesitan abordar una serie de cambios (Torralba, 2010).

Afecta del 0.2 al 2% de la población mundial, principalmente al grupo etario con mayor capacidad laboral o productiva dentro de la sociedad, la edad de inicio es a los 40 años. Es más frecuente en mujeres que en hombres, con una relación de 3.1, esta diferencia entre sexos disminuye a edades más avanzadas (Barrera, 2010, pág. 3 a 4).



México se coloca en los últimos lugares, en aspectos como atención médica, acceso a terapias tanto farmacológicas como físicas o de rehabilitación y las condiciones de los pacientes son muy malas en cuanto a calidad de vida; así como un alto índice de maltrato y discriminación hacia los enfermos. Por ello, es de suma importancia que los pacientes se acerquen al especialista en reumatología, así como a las asociaciones de pacientes, para que conozcan su padecimiento, y reciban un apoyo integral que les permita mejorar sus condiciones de vida (Sola, 2012, pág. 1).

La Organización mundial de salud (OMS), el país no cumple con la recomendación de la sugiere tener un especialista por cada mil habitantes. Incluso hay estados en que no hay reumatólogos, como Quintana Roo (Mena, 2011, pág. 1 a 2).

Por lo cual surge la siguiente pregunta de investigación.

¿Cuál es la Calidad de Vida que Tiene el Paciente con Artritis Reumatoide 30-70 Años en Turicato, Michoacán?



1.2 Justificación.

La artritis reumatoide es una enfermedad dolorosa, incapacitante, que determina disminución de la calidad de vida de paciente (Piñeiro., 2012, pág. 1 a 2). El diagnóstico y tratamiento oportuno de artritis reumatoide, incrementa la probabilidad de controlar el proceso inflamatorio, limitar la progresión del daño, mejorar la calidad de vida, la funcionalidad y la pronta reincorporación a la vida productiva y social del paciente, por lo que se debe dar prioridad a la atención eficiente e integral del paciente con enfermedad reumática (Barrera, 2010, pág. 3 a 4).

La prevalencia a nivel mundial es entre 0.5 a 1%, mostrando, en Latinoamérica los estudios realizados muestran una prevalencia entre 0.2 a 0.5%, a nivel, del país Chile la información es limitada, pero un estudio realizado mostró una prevalencia del 0.46%, en relación a la prevalencia en cada sexo, los estudios muestran que es de 3 a 4 veces mayor en mujeres que en hombres, aumentando con la edad en ambos sexos, siendo más frecuente entre la cuarta y la sexta década de vida. La incidencia en mujeres aumenta hasta los 50 años, donde alcanza una meseta. La incidencia en hombres es mucho menor, donde la población masculina joven alcanza 1/3% de la población femenina joven. La artritis reumatoide tiene un componente genético muy importante por lo que la prevalencia varía de una población a otra, podemos encontrar cifras muy bajas en África y muy altas en tribus de indios americanos. En relación al impacto la



artritis reumatoide provoca diversos grados de sufrimiento, deterioro de la calidad de vida e incapacidad en quienes la padecen. Del total de los pacientes, de un 5 a 20% presentan un curso auto limitado y otro 5 a 20% presentan una forma clínica mínimamente progresiva. Por tanto, entre 60 al 90% de los pacientes que padecen de una AR tienen una evolución clínica de deterioro progresivo (Goldman & Schafer, 2011). En México es ligeramente mayor, afecta a 1.6 por ciento de la población, por lo que se calcula que hay más de un millón 700 mil personas de entre 20 y 50 años de edad con este padecimiento, y agregó que hay entidades, como Yucatán, donde la cifra es más alta, pues alcanza 2.6 por ciento, el 12 de octubre de 2011, Dr. García señaló que entre las circunstancias que postergan la visita al especialista por lo general lo hacen más de un año después de que comenzaron los primeros síntomas, está el hecho de que en México sólo hay 560 reumatólogos certificados; es decir, un especialista por cada 200 mil habitantes (Mena, 2011, pág. 1 a 2).

En Hospital civil de Morelia, Michoacán, la patología se presenta de manera más frecuente entre las personas de 30 a 50 años de edad, y ataca en mayor medida a las mujeres que a los varones. Respecto al costo de la enfermedad, el coordinador de la Unidad de Investigación del citado nosocomio aludió a un estudio reciente del Hospital General de México, donde lo colocaba en un promedio de alrededor de 8 mil pesos al año por pacientes, aunque es variable, hay pacientes con formas leves donde el tratamiento es menor, caso contrario a



los casos más severos, sube el gasto de atención. De igual manera refirió que la artritis no es un padecimiento curable, pero con una atención de manera oportuna y adecuada, la mayoría de los pacientes pueden llevar una vida prácticamente normal, aunque tengan que usar medicamentos a largo plazo. El primer año de la enfermedad es el más importante, inclusive a nivel internacional se le llama a este momento la ventana de la oportunidad; estos pacientes, si llegan pronto y reciben el tratamiento adecuado, la posibilidad de que las cosas vayan bien son muy grandes, y no tienen ni deformidades, ni daños, ni destrucción articular. El médico Cardiel Ríos aclaró que mucha gente piensa, que el artritis reumatoide no es un mal exclusivo para las personas de la tercera edad, ya que hasta los niños pueden padecerla, aunque el mayor porcentaje de casos se presenta en mujeres jóvenes que están en edad productiva y reproductiva, de entre 30 y 50 años de edad. En las mujeres, dijo, suelen presentarse seis casos por cada uno de los hombres. Y conforme avanza la edad también se presentan riesgos de tener la enfermedad, ya que otro porcentaje importante se ubica en los mayores de 60 años (Martíñón, 2014).

En la Comunidad San Cristóbal de los Guajes, del Municipio de Turicato Michoacán, más 10% de los mayores de edad sufren artritis reumatoide, fuente registro civil: Carpeta básica 2011- 2012.



1.3 OBJETIVOS.

Objetivo general.

- Detectar la calidad de vida de paciente con artritis reumatoide de 30 - 70 años de edad, en San Cristóbal de los Guajes en Municipio del Turicato, Michoacán.

Objetivo específico.

- Identificar signos y síntomas que presenta los pacientes con artritis reumatoide de 30 – 70 años de edad.
- Mencionar las complicaciones más frecuentes de los pacientes con artritis reumatoide.
- Identificar los problemas físicos del pacientes con artritis reumatoide de 30 - 70 años de edad.
- Identificar cambios psicológicos en pacientes con artritis reumatoide.
- Determinar la intervención de enfermería para detectar oportunamente la artritis reumatoide.



CAPITULO II MARCO TEORICO.

2.1 ANTECEDENTES HISTÓRICOS DE ARTRITIS REUMATOIDE.

El nombre artritis reumatoide proviene del término reumatismo un término genérico que se aplica a afecciones que producen dolor de las articulaciones y que deriva del griego rheumatos (flujo) (Díaz, 2014).

A si pues es muy difícil escudriñar en la prehistoria para buscar el origen del "Reumatismo", a pesar de los diferentes documentos antiguos como los papiros de Eber, Smith, y rastrear el origen de estas enfermedades. Se cree que el "Reumatismo" debe ser antiquísimo en la historia de la humanidad a un cuando su verdadero conocimiento se ha desarrollado en las postrimerías del siglo XX.

El término reuma pertenece a la teoría humoral de la casualidad de la enfermedad y se le encuentra por primera vez en el fragmento de la obra Hipocrática "sobre las ubicaciones en el Cuerpo Humano" Siglo IV a. C.

Y desde el siglo V antes de nuestra era, las enfermedades reumáticas fueron conocidas con el término de artritis. Galeno, introdujo la expresión de "Reumatismo" para designar un dolor que era causado, según él por uno de los cuatro "humores cardinales" que constituían el organismo humano, y que al estar en combinación defectuosa unos con otros eran eliminados por la sangre, en las numerosas cavidades del cuerpo, incluidas en las articulaciones.



Hasta el Siglo VII se utilizó el término Artritis para designar cualquier afección dolorosa de una articulación. 14 siglos después de Galeno, Guillaume de Baillou (llamado Ballonius) (1558-1616) comienza a darle personalidad a la palabra reumatismo y al parecer es el primer médico que establece una diferencia entre gota y reumatismo. Este médico de origen parisino fue el primero en asociar reumatismo con padecimientos articulares (Galvez, 2013).



2.2 Definición de artritis reumatoide.

La artritis reumatoide es una enfermedad inflamatoria, crónica, autoinmune y sistémica de etiología desconocida; su principal órgano blanco es la membrana sinovial; se caracteriza por inflamación poli articular y simétrica de pequeñas y grandes articulaciones, con posible compromiso sistémico en cualquier momento de su evolución (Barrera, 2010, pág. 3 a 4).

La artritis reumatoide es una enfermedad auto inmunitaria que puede afectar las articulaciones, el corazón, la piel y otros órganos del cuerpo. Las enfermedades auto inmunitarias, como la AR y el lupus eritematoso sistémico son consecuencia de factores que inducen al cuerpo a atacarse. Estos factores, que normalmente ayudan a combatir las infecciones, tienen como objetivo la membrana sinovial (recubrimiento articular) en la AR. Este recubrimiento es elástico y ayuda a la articulación a mantener su forma; el daño al recubrimiento permite a los huesos cambiar de posición y lleva a la deformación de la articulación. La inflamación también puede afectar otras partes del cuerpo. En algunas personas con AR, el proceso autoinmunitario afecta el corazón y el recubrimiento del corazón (el pericardio) o el recubrimiento de los pulmones (la pleura). Si se acumula líquido dentro del pericardio o la pleura, puede ser potencialmente mortal y requerir un drenaje de emergencia.

Las mujeres tienen más probabilidades de padecer AR que los hombres. Es posible que alrededor del 1% de la población mundial tenga AR. No está claro



qué causa la AR, pero es probable que exista una influencia genética hereditaria, sumada a factores externos ambientales (Torpy, 2011, pág. 1).

La prevalencia aumenta con la edad y las diferencias entre género disminuyen en el grupo de población de edad avanzada. El inicio de la enfermedad es más frecuente durante el cuarto y quinto decenios de la vida y el pico de incidencia ocurre entre los 35 y 50 años de edad 80% de los casos. Aunque su causa es desconocida, se han identificado factores endocrinos, ambientales y genéticos involucrados en su desarrollo, los cuales pueden variar de una población a otra. La existencia de agregación familiar indica su carácter hereditario. Sin embargo, la herencia de la AR es poli génica y no sigue un patrón mendeliano. La incapacidad física asociada con la AR afecta el campo laboral del paciente dificultándole mantener un empleo estable. La incapacidad laboral entre los 5 y 10 años desde el inicio de la enfermedad en diferentes países es del 43% al 50%, en muchos casos no vuelven a trabajar o cuando lo hacen se encuentran con que deben ocupar un cargo de menor responsabilidad. La AR ocurre en todas las razas, países y culturas del mundo, en estudios colombianos se ha encontrado que ésta es menos severa en pacientes de raza negra.

Esto se debe en parte a que los pacientes no tienen los genes de susceptibilidad que tienen las personas de raza blanca y mestiza. Por el contrario, los pacientes con genes susceptibles la desarrollan más severamente, así como aquellos que tienen los anticuerpos anticitrulina la



desarrollan a una edad menor que aquellos que no los tienen (Quinceno, 2011, pág. 27 a 29).

2.2.1 Epidemiología.

- ❖ A nivel mundial se considera que la afectación es del 1% en la población adulta. Pico de incidencia de aparición es entre 4^o y 5^o década, es más frecuente en mujeres que en hombres 3 a 1 cuando comienza antes de los 60 años de edad.
- ❖ El 29% de los pacientes presentan incapacidad de cierto grado para realizar tareas fundamentales.
- ❖ Disminuye las expectativas de vida de 4 años en los hombres y de 10 en las mujeres (García, 2009).

2.2.2 Etiología o Causa.

La causa de la artritis reumatoide se desconoce. Es una enfermedad auto inmunitaria, lo cual significa que el sistema inmunitario del cuerpo ataca por error al tejido sano.

La artritis reumatoide se puede presentar a cualquier edad, pero es más común en mujeres de mediana edad. Las mujeres resultan afectadas con mayor frecuencia que los hombres. La infección, los genes y las hormonas pueden estar vinculados a la enfermedad (Huizinga, 2012).



Las causas de la artritis reumatoide se desconocen, se ha sugerido que la artritis reumatoide es una manifestación de la respuesta del huésped con susceptibilidad genética a un agente infeccioso. También podrían involucrarse factores ambientales y hormonales interrelacionados en forma completa.

Dada la amplia distribución en todo el mundo se piensa que el microorganismo infeccioso debe ser ubicuo. Entre los diferentes organismos se encuentran Mycoplasma, virus de Epstein-Barr, Citomegalovirus, parvovirus y virus de la rubéola, aunque no existe ninguna prueba concluyente que estos u otros agentes infecciosos produzcan la artritis reumatoide (Goldman & Schafer, 2011).

2.2.3 Clasificación.

El propósito de la clasificación, un paciente tiene AR si presenta al menos 4 de los siguientes 7 criterios. Los criterios del 1 al 4 deben estar presentes por al menos 6 semanas. Los pacientes con 2 criterios clínicos no son incluidos, como probable AR.

- ❖ **Rigidez matutina:** Rigidez matutina en y alrededor de las articulaciones de al menos una hora de duración antes de su mejoría máxima.
- ❖ **Artritis de tres o más áreas articulares:** Al menos tres de ellas tienen que presentar simultáneamente hinchazón de tejidos blandos o líquido sinovial (no sólo crecimiento óseo) observados por un médico; las 14



posibles áreas articulares son las interfalángicas proximales (IFP), metacarpo falángicas (MCF), muñecas, codos, rodillas, tobillos y metatarso falángicas (MTF).

- ❖ **Artritis de las articulaciones de las manos:** Manifestada por hinchazón en al menos una de las siguientes áreas articulares: muñeca, metacarpofalángicas (MCF) o interfalángicas proximales (IFP).
- ❖ **Artritis simétrica:** Compromiso simultáneo de las mismas áreas articulares (como se exige en 2) en ambos lados del cuerpo (se acepta la afección bilateral e interfalángicas proximales (IFP), metacarpo falángicas (MCF) o metatarso falángicas (MTF) aunque la simetría no sea absoluta).
- ❖ **Nódulos reumatoides:** Nódulos subcutáneos, sobre prominencias óseas o en superficies extensoras o en regiones yuxtaarticulares, observados por un médico.
- ❖ **Factor reumatoide sérico:** Demostración de “factor reumatoide” sérico positivo por cualquier método.
- ❖ **Alteraciones radiográficas:** Alteraciones típicas de artritis reumatoide en las radiografías posteroanteriores de las manos y de las muñecas, que pueden incluir erosiones o descalcificación ósea indiscutible localizada o más intensa junto a las articulaciones afectadas (la presencia única de alteraciones artrósicas no sirve como criterio (Arnett, 2013)).



2.2.4 Signos y síntomas.

- ❖ Dolor intenso.
- ❖ Inflamación en las articulaciones pequeñas de manos y pies.
- ❖ Sensación de incomodidad y rigidez después de periodos de reposo o inactividad, inicialmente al despertar.
- ❖ Rigidez en articulaciones y músculos con pérdida de fuerza.
- ❖ Pérdida de la movilidad en la articulación.
- ❖ Deformidad de las articulaciones, dificultad al realizar todas las tareas diarias como comer, vestirse, escribir.
- ❖ Fatiga.
- ❖ Inflamación en tres o más articulaciones (Narubit, 2013).
- ❖ Cansancio.
- ❖ Pérdida de peso.
- ❖ Fiebre (Manek, 2011, pág. 1 a 2).

2.2.5 Fisiopatología de la artritis reumatoide.

El mecanismo fisiopatológico básico de la AR es la inflamación autoinmune sinovial mantenida en el tiempo que resulta en la erosión articular. Existe, un período desde el momento en que se inician los síntomas y se produce el daño articular. El lograr abolir la inflamación durante este período, evitaría el daño



articular y las complicaciones asociadas. Este período se conoce como la "Ventana de Oportunidad Terapéutica". La duración de la enfermedad es el factor pronóstico más importante de respuesta al tratamiento. A menor duración de los síntomas, mayor es la respuesta al tratamiento (Sola, 2011).

Las células del sistema inmune tales como linfocitos y monocitos entran en el espacio articular y liberan sustancias químicas que producen inflamación, tales como: enzimas, citoquinas, óxido nítrico, prostaglandinas que causan dolor y daño a las diferentes partes de las articulaciones como el cartílago y el hueso o inflamación persistente de la membrana sinovial que afecta habitualmente las articulaciones periféricas metacarpo falángicas, metatarso falángicas, rodillas y codos generalmente.

Dado que es el propio sistema inmune del paciente el que ataca las articulaciones y que no se ha identificado un agente externo que cause la enfermedad, la AR es considerada entonces una enfermedad autoinmune (Quinceno, 2011, pág. 27 a 29).

2.2.6 Factor de riesgo.

- ❖ Edad superior a 65 años.
- ❖ Antecedentes de fractura por fragilidad después de los 40 años.
- ❖ Peso corporal inferior a 58 kg.
- ❖ Fracturas por fragilidad en familiares de primer grado.



- ❖ Consumo de tabaco.
- ❖ Menopausia precoz.
- ❖ Amenorrea prolongada.
- ❖ Hipogonadismo en el varón.
- ❖ Otras enfermedades que predispone a la osteoporosis.
- ❖ Factores asociados a la AR o a su tratamiento.
- ❖ Enfermedad activa (Goldman & Schafer, 2011).

2.2.7 Complicaciones.

La artritis reumatoide puede afectar a casi cualquier parte del cuerpo. Las complicaciones pueden abarcar:

- ❖ Daño al tejido pulmonar (pulmón reumatoide).
- ❖ Aumento del riesgo de arterioesclerosis.
- ❖ Lesión en la columna cuando los huesos del cuello resultan dañados.
- ❖ Inflamación de los vasos sanguíneos (vasculitis reumatoide), la cual puede llevar a que se presenten problemas en la piel, los nervios, el corazón y el cerebro.
- ❖ Hinchazón e inflamación del revestimiento externo del corazón (pericarditis) y del músculo cardíaco (miocarditis), lo cual puede llevar al desarrollo de insuficiencia cardíaca congestiva (Tango, 2014).



2.2.8 Diagnóstico.

Diagnóstico de Artritis Reumatoide, su impacto en las actividades diarias y el futuro de las personas que viven con esta enfermedad (Arnett, 2013).

La AR puede ser difícil de detectar, ya que puede comenzar con síntomas leves, como dolor en las articulaciones o algo de rigidez en la mañana. Además, muchas enfermedades se comportan como la AR en su etapa temprana. El reumatólogo es un médico que tiene la habilidad y el conocimiento para emitir un correcto diagnóstico de AR y elaborar el plan de tratamiento más adecuado. El diagnóstico de la AR depende de los síntomas y los resultados de un examen físico, tales como calor, hinchazón y dolor en las articulaciones.

Algunos exámenes de sangre también pueden ayudar a confirmar la AR. Las señales reveladoras incluyen:

- ❖ Anemia (escasa cantidad de glóbulos rojos)

- ❖ Factor reumatoide (anticuerpo o proteína de la sangre que se encuentra en aproximadamente el 80% de los pacientes con AR en algún momento, pero tan sólo en el 30% al inicio de la artritis)

- ❖ Anticuerpos contra péptidos cíclicos citrulinados (trozos de proteínas) o antiPCC, según su sigla (que se encuentran en el 60 o 70% de los pacientes con AR).



- ❖ Índice elevado de sedimentación de eritrocitos (examen de sangre que, en la mayoría de los pacientes con AR, confirma el nivel de inflamación en las articulaciones).

Los rayos X pueden ayudar en la detección de la AR, pero podrían no mostrar nada anormal en la artritis temprana. Aun así, estas primeras radiografías pueden ser útiles más adelante para indicar si la enfermedad está avanzando. La resonancia magnética y la ecografía a menudo se hacen para ayudar a determinar la gravedad de la AR.

No hay una sola prueba que confirme el diagnóstico de AR para la mayoría de los pacientes con esta enfermedad, en cambio, el médico observa los síntomas y los resultados del examen físico, los análisis de laboratorio y los rayos X para emitir el diagnóstico (Tambar, 2012).

2.2.9 Tratamientos.

Los fines del tratamiento de la AR son disminuir las complicaciones de la enfermedad, como minimizar la posibilidad de lesión articular, aliviar el dolor, mantener el mejor grado funcional y calidad de vida posibles, finalmente, conseguir una remisión completa, que raramente se consigue, ya que, actualmente, la AR no tiene tratamiento curativo. Como las enfermedades crónicas, la AR exige una evaluación frecuente e integral del paciente, para establecer su situación clínica en cada momento de la evolución. Estas evaluaciones periódicas nos van a permitir valorar qué grado de progresión



presenta la enfermedad, predecir un pronóstico, y en consecuencia, indicar el programa terapéutico más acorde; adicionalmente, nos ayudarán a evaluar el grado de cumplimiento del tratamiento y la eficacia de éste y sus posibles efectos adversos. Puesto que la AR interfiere con múltiples aspectos de la vida cotidiana y conlleva una minusvalía para realizar un papel social normal, dependiendo de la edad, sexo, cultura, etc. del paciente que la padece esta evaluación debe, idealmente, ser multidimensional y su tratamiento, implicará a diferentes profesionales: reumatólogos, rehabilitadores, protésicos, fisioterapeutas, cirujanos ortopédicos y psicólogos (Lara, 2012).

En la valoración de un paciente con AR se utilizan diversos tipos de medida:

1. Medidas de proceso, que son expresión directa de la inflamación, y como tales, teóricamente reversible la intensidad de la sinovitis y del dolor, las alteraciones de laboratorio.
2. Medidas de resultado, que son la consecuencia irreversible del proceso inflamatorio, tales como las lesiones radiológicas, las deformidades, limitación funcional, alteraciones psicológicas relacionadas con la minusvalía que ocasiona la enfermedad y, últimamente, la muerte. Además, la valoración en diferentes momentos de la actividad inflamatoria y de sus consecuencias, nos permiten establecer.



3. Medidas o consideraciones del pronóstico de la enfermedad. Estas medidas, aunque diseñadas inicialmente para valorar la eficacia en ensayos clínicos de los fármacos empleados en el tratamiento de la AR, aplicadas sistemáticamente, son instrumentos útiles para decidir la actitud terapéutica ante un caso concreto y para evaluar su eficacia. Es aconsejable, asimismo, un estudio radiológico basal de manos y pies (que son las articulaciones afectadas más frecuentemente) que, repetidos tras un tiempo prudencial, resultan una medida útil del grado de progresión del daño articular (Lara, 2012).

La artritis reumatoide generalmente requiere tratamiento de por vida que incluye medicamentos, fisioterapia, ejercicio, educación y posiblemente cirugía. El tratamiento agresivo y oportuno para este tipo de artritis puede retardar la destrucción de la articulación (Huizinga, 2012).

Tratamiento no farmacológico.

Consiste en educación del paciente y la familia, dieta equilibrada y combinación adecuada de actividad física y reposo (fisioterapia). Se detecta la importancia de la continuidad del tratamiento como coadyuvante al tratamiento farmacológico implementa con el fin de optimizar los resultados terapéuticos. (Ramagli, 2012, pág. 7 a 9).



Tratamiento farmacológico.

Medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (DMARD, por sus siglas en inglés): son los primeros fármacos que por lo general se ensayan en pacientes con artritis reumatoide. Se prescriben además del reposo, los ejercicios de fortalecimiento y los fármacos antiinflamatorios.

- ❖ El metotrexato (Rheumatrex) es el DMARD más comúnmente utilizado para la artritis reumatoide. La leflunomida (Arava) y la cloroquina también se pueden utilizar.
- ❖ Estos fármacos pueden tener efectos secundarios serios, así que uno necesita exámenes de sangre frecuentes cuando los esté tomando.

Medicamentos antiinflamatorios: abarcan ácido acetilsalicílico (aspirin) y antiinflamatorios no esteroideos (AINES), como ibuprofeno y Naproxeno.

- ❖ Aunque los AINES funcionan bien, su uso prolongado puede causar problemas estomacales, como úlceras y sangrado, y posibles problemas cardíacos.
- ❖ El celecoxib (Celebrex): es otro antiinflamatorio, pero viene con etiquetas de fuertes advertencias acerca de cardiopatía y accidente cerebrovascular.



Medicamentos antipalúdicos: este grupo de medicamentos abarca hidroxicloroquina (Plaquenil) y, por lo general, se usan junto con metotrexato. Pueden pasar semanas o meses para ver algún beneficio de estos medicamentos.

Corticosteroides: estos medicamentos funcionan bien para reducir la hinchazón e inflamación articular. Sin embargo, debido a los efectos secundarios a largo plazo, los corticosteroides se deben tomar sólo por un corto tiempo y en dosis bajas cuando sea posible.

Agentes biológico.

Estos fármacos se pueden administrar cuando otros medicamentos para la artritis reumatoide no han funcionado. A veces, el médico iniciará los fármacos biológicos con más celeridad, junto con otros fármacos para este tipo de artritis.

Estos fármacos se administran ya sea bajo la piel (subcutáneos) o en una vena (intravenoso). Existen diferentes tipos de fármacos biológicos:

- ❖ Moduladores de glóbulos blancos como: abatacept (Orencia) y rituximab (Rituxan)
- ❖ Inhibidores del factor de necrosis tumoral (FNT) como: Adalimumab (Humira), Etanercept (Enbrel), Infliximab (Remicade), golimumab (Simponi) y certolizumab (Cimzia).



- ❖ Inhibidores de la interleucina-6 (IL-6): tocilizumab (Actemra).

Los agentes biológicos pueden ser muy útiles en el tratamiento de la artritis reumatoide. Sin embargo, las personas que toman estos fármacos deben ser vigiladas muy de cerca debido a serios factores de riesgo:

- ❖ Infecciones a raíz de bacterias, virus y hongos.
- ❖ Leucemia o linfoma.
- ❖ Psoriasis.

Cirugía.

Ocasionalmente, se necesita cirugía para corregir las articulaciones que sufrieron daño grave. La cirugía puede abarcar:

- ❖ Extirpación del revestimiento articular (sinovectomía).
- ❖ Artroplastia total en casos extremos; puede incluir artroplastia total de rodilla, artroplastia de cadera, artroplastia del tobillo, artroplastia del hombro y otras.

Fisioterapia.

Los ejercicios de rango o amplitud de movimiento y los programas indicados por un fisioterapeuta pueden retardar la pérdida de la función articular y ayuda a mantener los músculos fuertes.



Algunas veces, los terapeutas usan máquinas especiales para aplicar calor profundo o estimulación eléctrica para reducir el dolor y mejorar la movilidad articular.

Las técnicas de protección articular, los tratamientos con calor y frío y el uso de férulas o dispositivos ortopédicos para apoyar y alinear las articulaciones pueden ser muy útiles.

Se recomiendan períodos frecuentes de descanso entre las actividades, así como de 8 a 10 horas de sueño cada noche (Ramagli, 2012, pág. 7 a 9).

Nutrición.

Algunas personas con artritis reumatoide pueden tener intolerancia o alergias a determinados alimentos. Se recomienda una dieta nutritiva y balanceada. Puede ayudar el hecho de consumir alimentos ricos en aceites de pescado (ácidos grasos omega-3) (Huizinga, 2012).

Rehabilitación.

El paciente será derivado desde el nivel secundario con Ficha de Interconsulta al Centro de Rehabilitación integral con base comunitaria.

- ❖ En el centro de rehabilitación comunitaria se realiza evaluación kinésica funcional y ocupacional.



- ❖ Se elabora un plan de intervención individual al paciente (Goldman & Schafer, 2011).

Prevención.

No hay medidas preventivas para evitarla aparición de la artritis reumatoide. Lo más útil para prevenir el avance de la enfermedad tratamiento precoz y efectivo. Además de las medidas terapéuticas farmacológicas son muy importantes las medidas físicas siendo muy recomendable la práctica de ejercicio físico regular en el que se usen que todas las articulaciones por igual, como caminar, nadar. Montar en bicicleta y gimnasia (Olmo, 2011).



2.3 CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE.

Al hablar de calidad de vida, nos referimos a un concepto que hace alusión a varios niveles de la generalidad, desde el bienestar social o comunitario hasta ciertos aspectos específicos de carácter individual o grupal. A través del tiempo se ha intentado poder plantear una definición que abarque todas las áreas que implica el concepto de calidad de vida puesto que combina componentes subjetivos y objetivos, donde el punto en común es el bienestar individual. se agruparse en 5 dominios principales: el bienestar físico, como salud, seguridad física, bienestar material (privacidad, alimentos, vivienda, transporte, posesiones), bienestar social, relaciones interpersonales con la familia, las amistades, desarrollo y actividad (educación, productividad, contribución) y bienestar emocional (autoestima, estado respecto a los demás, religión). Sin embargo, es importante comprender que la respuesta a cada uno de estos dominios es subjetiva y tan variable gracias a la influencia de factores sociales, materiales, la edad misma, la situación de empleo o a las políticas en salud (Funes, 2013).

La AR es una enfermedad crónica que impacta negativamente en la calidad de vida del paciente. El impacto económico para el individuo, su familia y la sociedad es alto debido a la permanente demanda de tratamiento y el apoyo sanitario utilizado (Reginato, 2011, pág. 1).



La artritis reumatoide es una enfermedad que afecta en todos los ámbitos de la vida personal, familiar, laboral, de las personas que la padecen y familias, y no siempre saben afrontar la forma adecuada debido al gran desconocimiento social que hay sobre la enfermedad (Romero, 2010, pág. 5 a 7).

La artritis reumatoide implica un cambio importante en la calidad de vida de las personas. Este hecho tiene explicación, por tratarse de enfermedades cuyo mayor impacto no resulta de la disminución de la supervivencia del paciente en términos generales, sino de los periodos de discapacidad, más o menos prolongados, a que se ven sometidos. De hecho, las enfermedades reumáticas son la primera causa de discapacidad, y su mayor impacto es precisamente que no permiten a los pacientes desarrollar sus actividades vitales. El tratamiento ha cambiado radicalmente en los últimos años como consecuencia de la introducción de los fármacos anti-factor de necrosis tumoral (TNF) alfa, los cuales reducen significativamente la actividad inflamatoria y mejoran la función física; al mejorar la calidad de vida, disminuye el número de pacientes que ven limitada su actividad laboral y aunque la enfermedad no desaparece, se atenúa su impacto en la vida de esas personas. Para los pacientes con enfermedades crónicas, la salud es un determinante crítico de su calidad de vida. Determinar el impacto de la enfermedad o su tratamiento sobre la vida de las personas que las padecen nos permite disponer de una fuente de información complementaria de los datos clínicos y pruebas de laboratorio. La medida de la calidad de vida



permite evaluar la respuesta a los tratamientos médicos, aporta un elemento de comparación frente a actitudes terapéuticas diferentes, ayudándonos a decidir la más adecuada. Existe, además, una nueva tendencia basada en la necesidad de que el propio paciente comparta responsabilidades en cuanto a las decisiones que afecten a su salud (contempladas en todos los códigos éticos actuales). Por tanto, se hace necesario interrogar al paciente, de la forma más objetiva posible, sobre cuál es la percepción que tiene de su calidad de vida en un momento concreto del proceso evolutivo de la enfermedad que le afecta, de forma que pueda servir de base para una evaluación posterior. El objetivo del presente estudio ha sido valorar los efectos obtenidos en la actividad de la enfermedad y la calidad de vida tras el tratamiento con fármacos anti- TNF alfa durante 16 semanas, en una muestra piloto de pacientes diagnosticados de AR, refractarios al tratamiento convencional con fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad, y subsidiarios de terapia biológica con anti-TNF (Gracia, 2010).

Es una enfermedad que también afecta a la esfera psíquica de las personas que la presentan y, muy especialmente, a su vida social, incluida el área laboral. En este sentido, la medición de la calidad de vida supone un concepto multidimensional que incluye la salud física de los individuos, su estado psicológico, su nivel de independencia y sus relaciones sociales. La medida de la calidad de vida en la artritis reumatoide es muy importante para evaluar el



impacto de la enfermedad y el tratamiento en los pacientes. La calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide es baja, limitada fundamentalmente por el dolor y los síntomas depresivos que experimentan dichos pacientes derivados de su enfermedad. Es necesario incidir en estos aspectos desde un punto de vista multidisciplinario. Por otro lado, todos los pacientes tienen la percepción de que los tratamientos anti- TNF han mejorado su calidad de vida; por tanto, se pone de manifiesto una gran efectividad de estos tratamientos en la percepción de la calidad de vida de los pacientes (Fernández, 2008).

Un control de síntomas en el paciente que le permite recuperar su calidad de vida y productividad, ya que si la AR no se trata a tiempo puede llegar a ser incapacitante, las terapias biológicas que implican beneficios en la calidad de vida de los pacientes. Los tratamientos biológicos han sido diseñados para bloquear o inhibir células específicas o sustancias que participan en el desarrollo de la enfermedad (Limón., 2011).

2.3.1 Vivir con artritis reumatoide.

Es importante mantenerse físicamente activo la mayor parte del tiempo, pero a veces debe volver a reducirse el nivel de actividad cuando la enfermedad empeora. En general, el descanso es útil cuando una articulación está inflamada o cuando se siente cansado. En tales ocasiones, realice ejercicios de movimientos suaves, como estiramientos. Esto mantendrá la flexibilidad de la articulación. Cuando se sienta mejor, haga ejercicios aeróbicos de bajo impacto,



como caminatas, y ejercicios para aumentar la fuerza muscular. Esto mejorará su salud general y reducirá la presión sobre las articulaciones. Un terapeuta físico u ocupacional puede ayudar a encontrar qué tipo de actividades son mejores para pacientes con AR y el nivel o ritmo en que debería realizarlas. Descubrir que se padece una enfermedad crónica es una circunstancia que cambia la vida. Puede causar preocupación y, a veces, sentimientos de aislamiento o depresión. Gracias a que los tratamientos han mejorado notablemente, tales sentimientos tienden a menguar con el paso del tiempo, mientras aumenta la energía y disminuyen el dolor y la rigidez. Hable acerca de estos sentimientos, que son normales, con sus prestadores de atención de salud. El diagnóstico de una enfermedad crónica es un hecho que cambia la vida y que puede provocar ansiedad y, en algunos casos, sentimientos de aislamiento o depresión. Gracias a que los tratamientos han mejorado drásticamente, tales sentimientos tienden a mejorar con el paso del tiempo, mientras aumenta la energía y disminuyen el dolor y limitación. Es importante hablar de estas reacciones normales ante la enfermedad con los prestadores de atención de salud, quienes le pueden proporcionar la información y los recursos necesarios durante el tratamiento (Tambar, 2012).

2.3-2 Incapacidad física en Campo laboral.

La incapacidad física asociada con la AR afecta el campo laboral del paciente dificultándole mantener un empleo estable. La incapacidad laboral entre los 5 y



10 años desde el inicio de la enfermedad en diferentes países es del 43% al 50%, en muchos casos no vuelven a trabajar o cuando lo hacen se encuentran con que deben ocupar un cargo de menor responsabilidad.

2.3.3 Emociones negativas.

Las personas con Artritis Reumatoide experimentan una serie de emociones negativas ante la discapacidad creada por la enfermedad. En diferentes estudios se ha encontrado como principales factores psicológicos la depresión/desesperanza, la ansiedad y los trastornos del sueño.

Al respecto, en un estudio donde se pretendió categorizar las causas del 59% de la discapacidad en pacientes con AR basándose en el modelo según el cual la patología conduce al impedimento, a la incapacidad funcional y finalmente a la discapacidad, se encontró que la discapacidad en estos pacientes podía atribuirse en un 26% a factores psicológicos, a síntomas depresivos y a otros modificadores externos, mientras que el 33% podía atribuirse directamente a la enfermedad.

La depresión se asocia estrechamente con dolor o mayor número de articulaciones dolorosas, duración de la enfermedad, incapacidad laboral y funcional que representa ausentismo laboral y consecuente pérdida económica y social, utilización de los servicios de salud, pobre adherencia al tratamiento,



suicidio, distorsiones cognitivas, estrés diario, ansiedad, desesperanza aprendida, baja autoeficacia.

En cuanto al estrés causado por la AR depende del tiempo de evolución de la enfermedad y puede darse al inicio o en una recaída. Es posible que en una estadía temprana y rápidamente progresiva la percepción de estrés sea mayor, mientras que si la enfermedad se ha establecido a lo largo de los años el paciente puede aprender a vivir con la enfermedad, y, por tanto, el grado de estrés psicológico puede ser menor. En pacientes con AR en comparación con grupos control sanos, la respuesta inmunológica es más fuerte frente al estrés, afectándose las funciones homeostáticas, esto puede explicar en parte el deterioro de la enfermedad. De otro lado, la percepción de estrés es mucho mayor en estos pacientes en comparación con población en general. Respecto a los trastornos del sueño se ha encontrado que aqueja a un 50% de las personas con enfermedades reumáticas. En pacientes con AR su prevalencia es alta especialmente en personas mayores de 55 años, presentándose relaciones entre las quejas sobre el sueño con la actividad de la enfermedad, los niveles de depresión, la privación del sueño y las citoquinas. Algunos autores argumentan que el estrés es una variable que interfiere significativamente en la privación del sueño. Mientras que otros autores plantean que es el dolor el que interfiere en el sueño, y que a su vez el mismo trastorno del sueño exagera el dolor. Al respecto datos epidemiológicos



indican que hasta un 60% de las personas con AR experimentan dolor durante la noche. Además, se ha encontrado que la fragmentación del sueño se asocia con aumento de dolor y en las horas de la mañana con rigidez en los adultos (Quinceno, 2011, pág. 27 a 29).

2.3.4 Emociones positivas.

Hay tres efectos secuenciales de las emociones positivas:

1. Ampliación: las emociones positivas pueden ampliar tanto el pensamiento como la acción.
2. Construcción: debido a la ampliación, se favorece la construcción de recursos personales para afrontar situaciones difíciles.
3. Transformación: la construcción origina la transformación de la persona, haciéndola más creativa, con un conocimiento más profundo de las situaciones, haciéndola más resistente ante las dificultades de la vida y permitiéndole una mejor integración social, esto en última instancia propiciaría y generaría la experimentación de nuevas emociones positivas ("espiral ascendente").

Existe una relación marcada positiva entre los estados psicológicos y la salud. A nivel biológico se han encontrado asociaciones de las emociones positivas con un aumento de la resistencia a la infección, menores niveles de cortisol y disminución de los marcadores inflamatorios como la interleucina, y reducción



en los niveles de dolor. A nivel psicosocial las emociones positivas se asocian con la protección psicosocial (mayor conexión social y apoyo social percibido), el optimismo, un estilo de afrontamiento más adaptativo, aumenta la felicidad, favorece en la madurez psicológica y la longevidad, los sentimientos de gratitud, la resiliencia cuando se padece una enfermedad crónica y la religión y la espiritualidad. Ya que las emociones positivas que genera la espiritualidad fomentan la sensación de que la vida tiene sentido, ayudan a encontrar un significado positivo a los acontecimientos cotidianos y a los momentos de adversidad, y promueven el sentido de coherencia. Se ha encontrado además que las creencias y los estados positivos mejoran la función inmune, favorece en la toma de decisiones médicas, pueden desempeñar un papel importante a largo plazo en el control de riesgos sobre la salud y de la aparición de enfermedades crónicas, sugiriendo la importancia de las intervenciones en esta área ya que se promueve el bienestar psicológico y la salud en lo que se refiere a la progresión de la enfermedad.

Específicamente en estudios con pacientes de AR se ha encontrado que el percibir y experimentar emociones intensamente, predice una disminución del afecto positivo, y la dificultad para reconocer y expresar las emociones pronostica un aumento de la actividad de la enfermedad. En otro estudio con pacientes de AR se encontró que el dolor aunque es parcialmente influido por el estado de la enfermedad y las variables demográficas es más afectado por los



estados emocionales positivos y negativos, por tanto, se plantea la importancia de trabajar a nivel de intervención día a día sobre la regulación emocional positiva y negativa en estos pacientes, ya que es clave para entender la experiencia de dolor. (Quinceno, 2011, pág. 27 a 29).

2.3.5 Apoyo social

El apoyo social hace referencia al contexto funcional de las relaciones, integrando el grado en que las relaciones sociales implican elementos afectivos o emocionales, instrumentales o de ayuda tangible, información. El apoyo social reduce la tendencia a padecer enfermedades, favorece la recuperación cuando se tiene alguna enfermedad, reduce el riesgo de mortalidad en enfermedades crónicas, favorece la adherencia a los tratamientos médicos y favorece en los procesos cognitivos a medida que se avanza en edad.

2.3.6 Su relación con autoestima, autoeficacia y Autocontrol.

La autoestima, la autoeficacia y la autorregulación o el autocontrol o la percepción de control y el lugar de control interno, son considerados por los hallazgos empíricos sobre resiliencia como factores protectores ante el estrés y los síntomas de la enfermedad. Algunos estudios indican que reforzar tanto la autoestima como el lugar de control interno ha sido asociado con bajos niveles de reactividad de cortisol en situaciones de estrés. Por consiguiente, estudios de resiliencia en muestras de pacientes con AR en los que se ha evaluado el



dolor corporal, han hallado que los efectos positivos de la resiliencia en relación con el dolor resultan del incremento del bienestar personal, y también de los cambios en la evaluación cognitiva de autoeficacia que promueven otras nuevas formas de afrontamientos al dolor. Pacientes con osteoartritis Wright, plantearon que los efectos de la resiliencia sobre el dolor fueron mediados a través de la autoeficacia, indicando que una alta autoeficacia estaba relacionada con bajo dolor y mejor funcionamiento físico, es decir, la autoeficacia funcionaría como un antídoto contra el dolor (Quinceno, 2011, pág. 27 a 29).



2.4 INTERVENCION DE ENFERMERIA.

OBJETIVOS.

- ❖ Aliviar el dolor y el malestar.
- ❖ Aumentar la movilidad física y fuerza muscular.
- ❖ Motivar la independencia en diversas actividades.
- ❖ Mejorar el estado nutricional del paciente.
- ❖ Motivar el auto-concepto positivo.

ACTIVIDADES DE ENFERMERIA.

- ❖ Motivar el reposo completo en cama para enfermos con la afección inflamatoria activa muy diseminada.
- ❖ Acostar al enfermo boca arriba con almohada bajo la cabeza en un colchón duro, para quitar el peso de las articulaciones.
- ❖ Aconsejar al paciente que descanse una o más veces en el día durante 30 a 60 minutos.
- ❖ Alentarlo a que repose en cama ocho a nueve horas por la noche.
- ❖ Indicarle que se acueste boca debajo dos veces al día para evitar la flexión de la cadera y contractura de la rodilla.
- ❖ Las articulaciones inflamadas dolorosas deben ponerse en reposo con férulas: para permitir localmente la sinovitis; reducir el dolor. Rigidez y la tumefacción en



las muñecas y los dedos; descansar las articulaciones inflamadas en la posición óptima y prevenir o corregir deformaciones.

- ❖ Aplicar compresas calientes o frías para reducir el dolor e hinchazón de las articulaciones.
- ❖ Dar masajes suaves para relajar los músculos.
- ❖ Administrar medicamentos anti inflamatorios, o analgésicos según prescripción.
- ❖ Alentar al paciente a seguir el programa diario prescrito, que se compone de ejercicios de acondicionamiento y ejercicios específicos para problemas articulares (después de controlar el proceso inflamatorio).
- ❖ Hacer que el enfermo mueva las articulaciones por todo el, arco de movimiento una o dos veces al día para impedir la pérdida del movimiento articular.
- ❖ Posición apropiada para evitar las contracturas por flexión de cadera, rodillas y cuello (Lara, 2012).



METODOLOGÍA.

Se realizó la búsqueda bibliográfica sobre la calidad de vida del paciente con artritis reumatoide por falta de conocimiento de su enfermedad que lo padecen a los pacientes, se consultaron los siguientes bases de datos de la información: Scielo, Dialnet, Google académico, tesis y algunas otras fuentes de información.

Las palabras claves empleadas para la búsqueda de los artículos de la investigación en las bases de datos antes mencionadas fueron: Calidad de Vida en Paciente con Artritis Reumatoide 30-70 años en Turicato, Michoacán, y repercusiones de artritis en la familia y como la sociedad que lo padecen, las cuales ya fueron definidas y mencionada. Se encontraron un total de 30 artículos con fecha de publicación a no mayor a los últimos 5 años donde fueron enfocados directamente al tema.

La mayoría de los artículos encontrados en Latinoamérica por lo tanto, y se ha tenido en cuenta aquellos artículos de habla hispana y que ha sido publicados en diferentes países que hablan sobre la calidad de vida, ya que el objetivo principal del presente trabajo fue conocer la situación actual del problema de salud enfocado a Calidad de Vida en Paciente con Artritis Reumatoide 30-70 años en Turicato, Michoacán.



RESULTADOS.

Los resultados encontrados de la investigación de los artículos relacionados con la artritis reumatoide, se puede concretar que en la aparición de los factores contextuales tales como la falta de información por parte del prestador del servicio y la falta de material para brindar una buena atención adecuada o de calidad, así como también, todo los demás factores contextuales de la investigación, mencionado anteriormente, y analizados por varios autores concuerdan con la misma información.

Cabe mencionar que estos factores pueden ser modificables mediante el uso de una capacitación adecuada por parte del personal de salud de Turicato Michoacan, incluyendo al pasante de enfermería para que adquiera el conocimiento y la experiencia de como orientar a los usuarios con AR para que tengan una mejor calidad de vida.



CONCLUSIONES.

En esta experiencia que se tuvo en el servicio social, se observa que los pacientes con artritis reumatoide, su calidad de vida ha disminuido, ya que al principio es difícil de detectar, puede comenzar con síntomas leves, como dolor en las articulaciones o rigidez, además muchas enfermedades se comportan como la artritis en su etapa temprana si el paciente presenta al menos 4 de los criterios de la clasificación de artritis reumatoide, se considera como artritis reumatoide, si el paciente solo presenta 2 criterios no se considera, como probable artritis reumatoide. Cabe señalar que la artritis reumatoide es más frecuente en las mujeres que en los hombres. Se observó que los pacientes que padecen la AR, presentan depresión, ansiedad y trastornos del sueño.

Es de vital importancia que los pacientes con artritis reumatoide acudan con el médico reumatólogo para tener un diagnóstico oportuno de su enfermedad y se pueda elaborar un plan de tratamiento adecuado, y así prevenir las complicaciones de la artritis reumatoide, el personal de salud de primer nivel, tiene la obligación de promover y orientar a los pacientes con artritis reumatoide, para que realicen ejercicios de movimientos suaves, como estiramientos para prevenir la complicación y mejorar la calidad de vida del paciente, manteniéndose activo realizando actividades de acuerdo a su limitación así como motivarlo para que tenga un concepto positivo de si mismo, por lo tanto se debe de dar una atención oportuna y adecuada, para que



pueden llevar una vida normal, aunque tenga que usar medicamentos a largo plazo, o para toda la vida.

En esta experiencia que se vivió en el servicio social sobre la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide, se observa que los pacientes con este padecimiento su calidad de vida se ve deteriorada durante el desarrollo de su enfermedad.

Así se concluye esta experiencia del servicio social encontrando que no tienen el conocimiento suficiente de cómo mejorar su calidad de vida, si se diagnosticara a tiempo la artritis reumatoide y se capacitara a los pacientes sobre su autocuidado que deben tener, se reduciría el riesgo de tener complicaciones, dándoles la oportunidad de tener una mejor calidad de vida.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Arroyo, T. Y. (2010). calidad de vida y estado de salud en pacientes. Tesis Universidad de Oriente Venezuela, Escuela de Ciencias de Salud, pág. 13a 14.
2. Arnett, F.C. (2013). Criterios Revisados de la ARA para la Clasificación de la Artritis Reumatoide (AR): <http://medicinainterna.com.mx/2013/07/23/>. Recuperado el 21 de enero de 2014.
3. Barrera, D. J. (2010). Guía de práctica GPC. Diagnóstico y Tratamiento. CP. 06600, México. DF.: Centro Nacional de Excelencia Tecnología en Salud. pág. 3 a 4.
4. Díaz, D. J. (2014). Artritis reumatoide: Recuperado el 27 de marzo de 2014 http://es.wikipedia.org/wiki/Artritis_reumatoide.
5. Fernández, L. V. (2008). ORIGINALES BREVES., de Calidad de vida en pacientes con artritis en tratamiento ambulatorio con anti-TNF. Recuperado el 13 de febrero de 2014.
6. Funes, J. A. (2013). ¿que es la calidad de vida? de Instituto Nacional de Ciencias Medicas y Nutricion Zubiran: Recuperado el 21 de enero de 2014. <http://www.innsz.mx/opencms/contenido/investigacion/comiteEtica/calidadVida.htm>.
7. García, L. H. (2009). Fisioterapia en la artritis reumatoide. Universidad Católica San Antonio de Murcia (UCAM).
8. Gracia, M. M. (2010). Calidad de vida relacionada con la salud tras terapia anti-factor de necrosis tumoral alfa en pacientes con artritis reumatoide. Recuperado el 13 de febrero de 2014,; <http://www.reumatologiaclinica.org/es/calidad-vida-relacionada-con-salud/articulo/90002507/>.



9. Goldman, L. & Schafer, A. I. (2011). medicinalinterna, de artritis reumatoide: Recuperado el 31 de 01 2014, <http://medicinainterna.wikispaces.com/Artritis+Reumatoidea>.
10. Galvez, M. (2013). Antecedentes historicos artritis reumatoide: Recuperado el 21 de enero de 2014. <http://es.slideshare.net/markhoghalthvez/antecedentes-historicos-artritis-reumatoide>.
11. Huizinga, P. T. (2012). Artritis reumatoidea: University of Maryland Medical Center. Recuperado el 20 de febreo de 2014 <https://umm.edu/health/medical/spanishency/articles/artritis-reumatoidea>.
12. Limón, D. J. (2011). salud 180 el estilo de vida saludable de Terapias biológicas contra la artritis reumatoide: Recuperado el 27 de febrero de 2014. <http://www.salud180.com/adultos-mayores/terapias-biologicas-contra-la-artritis-reumatoide>.
13. Lara, A. M. (2012). cuidado de enfermeria y al adulto 1406 de ARTRITIS REUMATOIDE: Recuperado el 30 de enero de 2014. <http://angelalara58.blogspot.mx/2012/02/artritis-reumatoide.html>.
14. Manek, D. N. (2011). La causa de la artritis reumatoide es una combinacion de factores geneticos y ambientales. Medicina al Dia, pág. pagina 1 al 2.
15. Mena, C. G. (2011). En México hay más de un millón 700 mil personas con artritis reumatoide. Periódico La Jornada, <http://www.jornada.unam.mx/2011/10/12/sociedad/042n3soc>. pág 1 al 2.
16. Martiñón, A. M. (2014). Artritis reumatoide ataca más a mujeres de entre 30 y 50 años de edad: Especialista . MiMorelia.com, morelia, michocan., mexico.
17. Narubit, J. (2013). Historia Natural De La Artritis Reumatoide: Recuperado el 25 de marzo de 2014. <http://www.buenastareas.com/ensayos/Historia-Natural-De-La-Artritis-Reumatoide/7826786.html>.



18. Olmo, D. L. (2011). onmeda.es para tu salud de Artritis reumatoide (reuma): Prevención: Recuperado el 29 de marzo de 2014. http://www.onmeda.es/enfermedades/artritis_reumatoide-prevencion-1549-14.html.
19. Piñeiro. D. N. (2012). Tratamiento de la Artritis Reumatoidea con AntiTNF. Experiencia en Uruguay. Prensa Médica Latinoamericana., pag. 1 al 2.
20. Quinceno, J. M. (2011). Artritis reumatoide cosideraciones psicobiologicos. articulo de revision grupo de investigacion. Diversitas: Perspectivas en Psicología, vol. 7, núm. 1, UNIVERSIDAD SANTO TOMAS COLOMBIA.pág. 27 a 29.
21. Romero, J. M. (2010). Artritis reumatoide. Información actualizada, Edita: Letramédica SCP,c/Pau Clarís, 105. 08009 Barcelona. pag. 5 a 7.
22. Reginato, D. A.(2011). Sociedad Chilena de Reumatología 2011. revista immunobiology, pag. 1.
23. Ramagli, D. A. (2012). Tratamiento de Artritis Reumatoide. Fondo Nacional de Recursos, pagina 7 a 9.
24. Sola, J. (2011). Acta Médica Costarricense de Guías de manejo de la artritis reumatoide: Recuperado el 10 de noviembre de 2013. http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022011000500006&lang=pt.
25. Sola, B. (2012). Poca atención en pacientes de Artritis Reumatoide. CRONICA.com.mx, pág.1.
26. Torralba. (2010). pacientes con artritis reumatoide piden cambios para mejorar su calidad de vida. Recuperado el 28 de noviembre de 2013, de medicosypacientes.com: http://historico.medicosypacientes.com/pacientes/2010/09/10_09_28_artritis.
27. Torpy, M. W. (2011). Artritis reumatoide. La Revista de la American Medical Association, pag. 1.



28. Tambar, D. E. (2012). Artritis Reumatoidea: Colegio Estado unidense de Reumatología. Recuperado el 22 de enero de 2014. www.rheumatology.org . info@rheumatoli.org.
29. Torralba, A. I. (2013). el 95% de los pacientes coporal. artritis reumatoide asegura que la enfermedad efecta mucho a bastante a su vida la. Recuperado el 27 de noviembre de 2013, de lainformacion.com: C:\Users\USUARIO\Desktop\artritis 22-01-14\calidda de vida arts..mht.
30. Tango, .(2014). medline plus, de Artritis: Recuperado el 10 de marzo de 2014, <http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001243.htm>.