



Universidad Nacional
SAN LUIS GONZAGA



Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional

Esta licencia permite a otras combinar, retocar, y crear a partir de su obra de forma no comercial, siempre y cuando den crédito y licencia a nuevas creaciones bajo los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0>



CONSTANCIA DE EVALUACION DE ORIGINALIDAD
UNIVERSIDAD NACIONAL SAN LUIS GONZAGA
EVALUACION DE ORIGINALIDAD

CONSTANCIA

El que suscribe, deja constancia que se ha realizado el análisis con el software de verificación de similitud al documento cuyo título es:

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ARTRITIS REUMATOIDE EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2020 AL 2024.

Presentado por:

GERONIMO ESPINO CARLOS SALVADOR

ESTUDIANTE del nivel de **PREGRADO** de la Facultad de **MEDICINA HUMANA DAC**. El resultado obtenido es **2%** por el cual se otorga el calificativo de:

APROBADO, según Reglamento de Evaluación de la Originalidad.

Se adjunta al presente el reporte de evaluación con el software de verificación de originalidad.

Observaciones: Se aprueba la **TESIS**, por tener un porcentaje de coincidencias aceptable; acorde al Reglamento.

Ica, 16 de mayo del 2025

Universidad Nacional "San Luis Gonzaga"
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA


Dr. Jorge Luis Ybaseta Medina
Director de la Unidad de Investigación

UNIVERSIDAD NACIONAL "SAN LUIS GONZAGA"
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DANIEL ALCIDES CARRIÓN



TESIS

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A LA ARTRITIS REUMATOIDE EN
PACIENTES ATENDIDOS EN EL HOSPITAL REGIONAL DE ICA 2020 AL
2024.

Línea De Investigación

Salud Pública y Conservación Del Medio Ambiente

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE MÉDICO CIRUJANO

Autor:

CARLOS SALVADOR GERONIMO ESPINO

Asesor:

DR. MARIO LUIS FRANCO SOTO

Ica – Perú

2025

DEDICATORIA

El presente trabajo de investigación va dedicado para mis padres, porque a ellos les debo todo lo que soy; a mis abuelos, a quienes en vida amé mucho y a mis docentes por compartirme sus vastos conocimientos.

AGRADECIMIENTO

A mis padres por brindarme su amor y apoyo incondicional durante el transcurso de mi preparación, a mis docentes por brindarme el conocimiento necesario para ejercer la medicina y finalmente a cada persona que me dio la mano durante todos estos años de carrera universitaria.

INDICE

| | Pag |
|---------------------------------|-----|
| Dedicatoria | I |
| Agradecimiento | II |
| Índice de contenido | III |
| Índice de tablas | IV |
| Índice de figuras | V |
| Resumen | VI |
| Abstract | VII |
| I. INTRODUCCIÓN | 8 |
| II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA | 25 |
| III. RESULTADOS | 27 |
| IV. DISCUSIÓN | 31 |
| V. CONCLUSIÓN | 34 |
| VI. RECOMENDACIONES | 35 |
| VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 36 |
| VIII. ANEXOS | 42 |

ÍNDICE DE TABLAS

| N° | Tabla | Pág |
|---------|--|-----|
| Tabla 1 | Factores de riesgo sociodemográficos, asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024 | 27 |
| Tabla 2 | Factores de riesgo epidemiológicos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024 | 28 |
| Tabla 3 | Hábitos nocivos de riesgo asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024 | 29 |
| Tabla 4 | Análisis multivariado de los factores sociodemográficos, epidemiológicos y hábitos nocivos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024 | 30 |

ÍNDICE DE FIGURAS

| N° | Figura | Pág |
|-----------|---|-----|
| Figura 1 | Factores de riesgo sociodemográficos, asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Edad | 49 |
| Figura 2 | Factores de riesgo sociodemográficos, asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Sexo | 49 |
| Figura 3 | Factores de riesgo sociodemográficos, asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Grado de instrucción | 50 |
| Figura 4 | Factores de riesgo sociodemográficos, asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Procedencia | 50 |
| Figura 5 | Factores de riesgo sociodemográficos, asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Ocupación | 51 |
| Figura 6 | Factores de riesgo epidemiológicos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Antecedente familiar | 51 |
| Figura 7 | Factores de riesgo epidemiológicos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Hipertensión arterial | 52 |
| Figura 8 | Factores de riesgo epidemiológicos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Diabetes mellitus | 52 |
| Figura 9 | Factores de riesgo epidemiológicos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Obesidad | 53 |
| Figura 10 | Factores de riesgo epidemiológicos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Dislipidemia | 53 |
| Figura 11 | Hábitos nocivos de riesgo asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Consumo de tabaco | 54 |
| Figura 12 | Hábitos nocivos de riesgo asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Consumo de alcohol | 54 |

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores de riesgo asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024. Método: Estudio de tipo observacional, transversal, retrospectivo, analítico de nivel explicativo, de diseño casos y controles en una población de 160 pacientes con artritis reumatoide, de donde se estudió a 114 pacientes las que se compararon con 228 pacientes sin artritis reumatoide. El análisis estadístico se realizó en el programa SPSS v29, presentando los resultados con un nivel de confianza del 95% en un análisis tanto bivariado como multivariado. Resultados: Los factores de riesgo asociados a la artritis reumatoide fueron: Tener 60 a más años $p= 0,000$ OR= 3,0 (1,9-4,8), sexo femenino $p= 0,000$ OR= 3,2 (1,9-5,1), proceder de zonas rurales $p= 0,003$ OR= 2,2 (1,3-3,7), ocupación ama de casa o trabajos dependientes $p= 0,004$ OR= 2,1 (1,3-3,5). Tener antecedentes familiares de $p=0,0033$ OR= 2,3 (1,1-5,1), hipertensión arterial $p=0,002$ OR=2,6 (1,4-4,9), diabetes mellitus tipo 2, $p= 0,01$ OR=2,3 (1,1-5,2), IMC ≥ 30 $p= 0,002$ OR= 3,1 (1,5-6,5), tener dislipidemias $p= 0,000$ OR= 2,8 (1,7-4,6). Consumir tabaco o alcohol ni el grado de instrucción no son factores de riesgo $p > 0,05$. Conclusiones. Los factores de riesgo asociados a la Artritis Reumatoide son: Edad mayor de 60 años, sexo femenino, procedencia rural, ocupación ama de casa o trabajos dependientes, antecedente de la enfermedad en familiar de primer orden, antecedente de hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad y dislipidemia; debido a que demostraron ser proporcionalmente mayores en los pacientes con A.R. comparándolos con los pacientes sin dicha enfermedad. Por otro lado, el grado de instrucción, consumir tabaco y alcohol no están asociados a la artritis reumatoide; debido a una menor diferencia proporcional entre los pacientes con A.R. y los pacientes sin A.R.

Palabras clave: Factores, riesgo, asociados, artritis reumatoide

ABSTRACT

Objective: To determine the risk factors associated with rheumatoid arthritis in patients treated at the Ica Regional Hospital from 2020 to 2024. **Method:** Observational, cross-sectional, retrospective, analytical study of explanatory level, with a case-control design in a population of 160 patients with rheumatoid arthritis. Of these, 114 patients were studied and compared with 228 patients without rheumatoid arthritis. Statistical analysis was performed using SPSS v29, presenting results with a 95% confidence level in both bivariate and multivariate analyses. **Results:** The risk factors associated with rheumatoid arthritis were: Being 60 years or older ($p = 0.000$, OR = 3.0 [1.9–4.8]), Female sex ($p = 0.000$, OR = 3.2 [1.9–5.1]) Coming from rural areas ($p = 0.003$, OR = 2.2 [1.3–3.7]) Occupation as a housewife or in dependent work ($p = 0.004$, OR = 2.1 [1.3–3.5]) Family history of rheumatoid arthritis ($p = 0.0033$, OR = 2.3 [1.1–5.1]) Hypertension ($p = 0.002$, OR = 2.6 [1.4–4.9]) Type 2 diabetes mellitus ($p = 0.01$, OR = 2.3 [1.1–5.2]) BMI ≥ 30 ($p = 0.002$, OR = 3.1 [1.5–6.5]) Dyslipidemia ($p = 0.000$, OR = 2.8 [1.7–4.6]) Tobacco or alcohol consumption and education level were not identified as risk factors ($p > 0.05$). **Conclusions:** Risk factors associated with rheumatoid arthritis include age over 60 years, female sex, rural origin, homemaker or dependent work, a first-degree relative with the disease, a history of high blood pressure, diabetes mellitus, obesity, and dyslipidemia. These factors were shown to be proportionally higher in patients with rheumatoid arthritis than in patients without the disease. On the other hand, educational attainment and tobacco and alcohol use were not associated with rheumatoid arthritis, due to a smaller proportional difference between patients with and without rheumatoid arthritis.

Keywords: Factors, risk, associated, rheumatoid arthritis.

I. INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune crónica de naturaleza inflamatoria que afecta múltiples sistemas y cuya causa aún se desconoce. Su incidencia en mujeres es al menos el doble que en hombres y presenta una clínica variada. Se considera que tanto la predisposición genética como los determinantes dependientes del ambiente desempeñan un papel clave en su desarrollo. (1)

En poblaciones de origen caucásico, la prevalencia de la AR oscila entre el 0,5% y el 1%, aunque en algunas comunidades chinas y africanas negras es menor, mientras que en los nativos americanos es más alta. En España, afecta al 0,82% de las personas mayores de 20 años (intervalo de confianza del 95%: 0,59-1,15%). La enfermedad es entre dos y tres veces más frecuente en mujeres jóvenes, pero a partir de los 50 años la incidencia se iguala entre ambos sexos. (2)

Todavía no se conoce las causas de esta enfermedad, pero se identificaron algunos determinantes de tipo genéticos y ambientales que podrían incrementar el riesgo de padecerla. (3)

Investigaciones realizadas en gemelos han mostrado una concordancia del 15% en gemelos idénticos y del 4% en gemelos fraternos. Estos resultados indican que, aunque la genética influye en la predisposición a la enfermedad, es probable que no sea el factor determinante en su desarrollo. (4)

El tabaquismo es uno de los principales factores de riesgo para la artritis reumatoide (AR), duplicando la probabilidad de desarrollar la enfermedad. Además, tanto la aparición como la gravedad de la AR se han vinculado a modificaciones de la flora del intestino. (5)

La evidencia sugiere que factores como los epítomos compartidos y el tabaquismo influyen en distintas fases de la patogénesis de la enfermedad. Fumar aumenta la probabilidad de desarrollar anticuerpos antipéptidos citrulinados (ACPA) y síntomas tempranos, mientras que los epítomos compartidos tienen una relación más estrecha con la artritis. Asimismo, el género influye en el riesgo de AR, siendo más común en mujeres. Aunque el papel de las hormonas no se comprende completamente, se ha observado que la enfermedad suele manifestarse antes en mujeres, tiende a entrar en remisión durante el embarazo y puede reaparecer después del parto, lo que sugiere una posible influencia hormonal importante. (6)

Enfocado así el problema, aún persisten muchos vacíos científicos en esta enfermedad, que esperamos cubrir algunos con este estudio desarrollado en una zona específica con pacientes que en su mayoría son de condiciones socioeconómicas bajas a medias.

Antecedentes de la investigación

Internacionales

Soto-Gil M. Factores de riesgo de aterosclerosis en pacientes con artritis reumatoide en Cuba, 2022. Objetivo: Analizar la prevalencia de los factores de riesgo de aterosclerosis en personas con artritis reumatoide. Método: Investigación observacional, descriptivo y transversal en 96 pacientes diagnosticados con artritis reumatoide, los hallazgos son: Sexo femenino (85,41%), con un rango de edad predominante entre 50 y 59 años (37,5%). El tiempo de evolución de la enfermedad osciló entre 1 y 5 años en el 51,04% de los casos, mientras que el uso de esteroides fue más frecuente en un período de 5 a 10 años (46,87%). La presencia de aterosclerosis se observó en el 44,79% de los pacientes, destacándose el uso de esteroides y metotrexato como los tratamientos más empleados. Conclusiones: La artritis reumatoide afectó predominantemente a mujeres de mayor edad, con la hipertensión que es el principal riesgo identificado. Los fármacos más utilizados para frenar la aterosclerosis fueron el metotrexato y los esteroides. (7)

Peralta-Rodríguez, E. Actividad de la enfermedad y factores relacionados en pacientes con artritis reumatoide en México, 2024. Objetivo: Analizar la actividad de la artritis reumatoide utilizando la escala DAS 28 y las condiciones a que está asociada. Material y Método: Trabajo Retrospectivo de tipo descriptivo. Resultados: La puntuación promedio en la escala DAS 28 fue de 4,2. Según los niveles de actividad, el 5% de los pacientes presentó una forma leve, el 87,5% moderada y el 7,5% grave. Se observó que el 34,8% de los participantes (n=70) tenía un índice de masa corporal (IMC) superior a 30. No se halló una asociación de la obesidad y la actividad de la enfermedad ($p= 0,341$). Conclusión: En la muestra analizada, predominó la actividad moderada de la enfermedad. Aproximadamente tres de cada diez pacientes eran obesos, sin que se identificara una asociación significativa entre la actividad de la artritis reumatoide y la obesidad. (8)

Durán Y. Factores reumatoides e historia clínica asociados a la prevalencia de enfermedades reumáticas en adultos de Chone, Manabí, 2022. Objetivo: Identificar las características reumatoides en la población estudiada. Materiales y Métodos: Se llevó a cabo un estudio de cohorte transversal con enfoque descriptivo, analítico y observacional. El 28% resultó positivo. Al factor reumatoide cabe destacar que la presencia del factor reumatoide se observa tanto en personas sanas como en aquellos con alteraciones autoinmunes. Concluye. La (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica de origen autoinmune, en la cual el factor reumatoide es el principal criterio serológico para su diagnóstico. (9)

Watanabe R. Prevalencia y factores predictivos de la artritis reumatoide de difícil tratamiento: Cohorte KURAMA 2021. Se estudió en 672 pacientes. La edad media de inicio de la enfermedad fue de 52,1 años, y mayormente fueron femeninas (76,3%). Tras un período de seguimiento medio de 46,6 meses, se observó que el 7,9% de los sujetos desarrolló AR de difícil tratamiento. El análisis multivariado identificó tres predictores significativos de la enfermedad: niveles elevados de factor reumatoide ($\geq 156,4$ UI/ml; odds ratio [OR]: 1,95), puntuación alta en DAS28-ESR (OR: 1,24) y la presencia de enfermedad pulmonar comórbida (OR: 2,03). En conclusión, un factor reumatoide elevado al inicio, un mayor índice DAS28-ESR y la coexistencia de enfermedad pulmonar pueden ser indicadores clave para predecir el desarrollo de artritis reumatoide de difícil tratamiento. (10)

Xu Y. Desigualdades en la frecuencia de la artritis reumatoide en adultos estadounidenses, 2021. Objetivo: Analizar las tendencias y disparidades en la incidencia de la (AR) en adultos de Estados Unidos. Resultados: Se encontraron diferencias significativas en las tasas de AR según el sexo y la etnicidad, siendo más pronunciadas entre hombres y mujeres, así como entre personas blancas no hispanas y afroamericanos no hispanos ($p \leq 0,001$ en ambos casos). Además, aquellos con un nivel educativo más alto y un mayor índice de pobreza relativo (PIR) presentaron tasas de AR ajustadas por edad más bajas. La prevalencia de la enfermedad, ajustada por edad, mostró variaciones tanto en hombres como en mujeres. Asimismo, se observó un mayor riesgo de AR en afroamericanos no hispanos y en personas con un nivel socioeconómico más bajo. (11)

Nacionales

Bravo-Mego N. Caracterización clínica según grupo etáreo de pacientes con artritis reumatoide 2024. Objetivo: Analizar la sintomatología de la AR en pacientes de diferentes grupos de edad atendidos en un hospital de referencia en Perú. Métodos: Trabajo de enfoque cuantitativa, transversal. Resultados: El dolor poliarticular fue el síntoma más frecuente, presente en el 82,8% de los adultos y en el 81,0% de los pacientes mayores. La presencia de nódulos subcutáneos se registró en el 24,1% de los adultos y en el 19,0% de los ancianos, mientras que la rigidez matutina afectó al 24,1% y al 9,5%, respectivamente. La deformidad articular se identificó en el 20,7% de los adultos y en el 9,5% de los pacientes de edad avanzada, mientras que el entumecimiento articular fue más frecuente en estos últimos (19,0% frente a 10,3%). El factor reumatoide resultó positivo y la proteína C reactiva estuvo elevada en el 96,6% de los adultos y en el 90,5% de los ancianos. Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas en los parámetros clínicos y de laboratorio entre ambos grupos ($p > 0,05$). Conclusiones: La poliartralgia fue la manifestación más común estuvo asociada con la presencia de factor reumatoide positivo, sin diferencias significativas entre adultos y ancianos. (12)

Laqui-Calizaya, W. Medidas preventivas en pacientes con artritis reumatoide (AR) en el Hospital Carlos Monge Medrano, Juliaca 2023. Objetivo: Analizar las estrategias preventivas relacionadas con la AR en la población estudiada. Métodos: Se llevó a cabo un estudio de tipo no experimental, analítico, descriptivo y transversal, en el que participaron 136 pacientes diagnosticados con esta enfermedad. Resultados: La mayor proporción de pacientes (36,03%) tenía entre 70 y 79 años, y la mayoría eran mujeres (83,09%). Un 34,56% de los participantes se dedicaba a labores del hogar, mientras que el 55,88% realizaba algún tipo de actividad deportiva. En cuanto a los hábitos alimenticios, el 37,50% consumía otras carnes de manera regular. Además, se observó que el 68,38% de los afectados eran hombres. En términos de afectación articular, el 22,79% presentaba artritis en las manos, el mismo porcentaje en las rodillas, y un 8,82% en tobillos y otras articulaciones. Conclusión: El perfil predominante de los sujetos con artritis reumatoide son mujeres, con una mayor afectación en las articulaciones de manos y rodillas. (13)

Condori C. Evaluación de las condiciones nutricionales con sarcopenia y artritis reumatoidea tratados en un hospital de la ciudad de Tacna en el 2023. Propósito: Examinar la relación entre el estado nutricional, la sarcopenia y la artritis reumatoide. Métodos: Trabajo cuantitativa y un diseño descriptivo, asociativo, transversal, observacional y prospectivo. La muestra estuvo compuesta por 75 pacientes de entre 25 y 60 años diagnosticados con artritis reumatoide. Resultados: El 41,3% de los pacientes presentaron sobrepeso e insuficiencia nutricional, mientras que solo el 33,3% se encontraba adecuadamente nutrido. En cuanto a la sarcopenia, el 60% de los pacientes presentó sarcopenia grave y el 20% tuvo sarcopenia confirmada. Conclusiones: Los pacientes con sobrepeso, según el índice de masa corporal (IMC), no necesariamente mostraron un mayor grado de sarcopenia ni una mayor severidad de la artritis reumatoide. (14)

Bravo-Mego, N. Perfil clínico de los sujetos con AR tratados en un hospital de Chota en Perú de junio de 2021 a diciembre de 2022. Objetivo: Determinar las características clínicas de los pacientes con artritis reumatoide. Método: Investigación descriptiva, transversal y retrospectivo realizado en 50 pacientes. La edad promedio es $57,1 \pm 14,2$ años, de 33 a 90 años. La mayoría de los pacientes fueron mujeres (92,0%), y la mayoría de ellas trabajaban como amas de casa (92,0%). En cuanto al nivel educativo, el 62,0% tenía educación primaria, el 18,0% educación secundaria, 2,0% educación superior y el 18,0% no tenía educación formal. El 48,0% de los pacientes vivían con pareja. Los análisis de laboratorio mostraron que el 94,0% de los pacientes tenían factor reumatoide positivo, el 50% presentaron niveles elevados de proteína C reactiva, concluyéndose que los sujetos suelen tener nodos articulares dolorosos. (15)

Saavedra-Guzman, P. Determinantes clínico epidemiológico de las personas con artritis reumatoidea en un hospital de Trujillo en el 2022. Con un enfoque cuantitativo y descriptivo se valoró las características tanto clínico como epidemiológicos de los pacientes con (AR). Participaron 367 adolescentes y adultos. Se halló 1,67% como incidencia, mientras que la prevalencia alcanzó el 2,21%. Los determinantes más comunes fueron hipertensión (23,7%), obesidad (21,5%) y antecedentes de diabetes (17,4%). Conclusiones: Las condiciones de riesgo, las características clínicas y los reactantes serológicos incrementan la prevalencia de AR, y están estrechamente relacionados con la edad. (16)

Venegas-Carrión, K. Dislipidemia asociada a artritis reumatoidea en personas atendidos en el hospital Víctor Lazarte Echegaray en 2022. Objetivo: Determinar si la artritis reumatoide (AR) está asociada con la dislipidemia. Material y Método: Se llevó a cabo un estudio de caso y control, que incluyó un total de 224 historias clínicas de 112 pacientes con dislipidemia y 112 sin dislipidemia. Resultados: La dislipidemia en los que no tienen AR fue del 46%. Se halló que la AR está asociada con la dislipidemia, con una odds ratio (OR) de 1,84, intervalo de confianza (IC) del 95% (1,08 – 3,14, $p = 0,023$). En el análisis por género, el 62,5% de los pacientes con dislipidemia y el 67,9% de los controles eran mujeres. El grupo etario predominante fue el de 50-59 años, con un 48,2% de los casos y un 41,1% de los controles. Además, los niveles de colesterol HDL fueron inferiores a los normal en los que tenían AR (54,8%) en comparación con los que tenía AR (41,3%), concluyendo que, la dislipidemia está asociada a la AR. (17)

Alfaro-Flores, Í. Relación entre la relación neutrófilos-linfocitos y artritis reumatoide, Trujillo 2025. Objetivo: Determinar si existe una relación entre la relación neutrófilos-linfocitos (NLR) y artritis reumatoide (AR). Método: No experimental analítica, evaluando las relaciones entre estos factores. Resultados: 52 pacientes diagnosticados con AR fueron estudiados. La edad media fue de $50,35 \pm 15,87$ años, y la mayoría eran mujeres (96,15%). La puntuación media DAS28 fue de $2,62 \pm 0,94$, con el 23,08% mostrando actividad baja. El NLR medio fue de 2,1. La correlación es media y positiva entre NLR y la puntuación DAS28 ($r = 0,658$, $p < 0,001$). Conclusiones: Se halló una asociación significativa entre el NLR y AR, indicando que el NLR podría ser útil como marcador complementario en el manejo clínico de la enfermedad. (18)

Locales.

Flores A. Sintomatología extraarticular de los pacientes con AR tratados en un hospital del MINSA de Ica en el 2020. Objetivo: Indicar los síntomas extraarticulares de la AR. Métodos: Estudio básico, cuantitativo, descriptivo, transversal y retrospectivo, con una muestra de 362 historias clínicas. Resultados: La prevalencia de artritis reumatoide fue mayor en mujeres (72,9%) que en hombres (27,1%), las edades de 41-50 años son los más frecuentes. Los criterios

serológicos más utilizados para el diagnóstico de AR fueron el factor reumatoide (FR) en un 72,9%. En cuanto a las manifestaciones extraarticulares, las cutáneas fueron las más destacadas. Conclusión: Según los diagnósticos basados en el FR y ACPA, la AR se produce mayormente en el sexo femenino. (19)

Marco teórico

Artritis reumatoide

La artritis reumatoide (AR) afecta tanto a articulaciones pequeñas como grandes, y progresa hacia deformidades y destrucción articular crónica. Su patogenia es multifactorial e involucra la interacción de factores genéticos, con la posibilidad de una estimulación antigénica exógena, aunque su mecanismo exacto aún no está completamente definido. (20)

En España, 5 de cada 1.000 adultos padecen esta enfermedad. Los sujetos experimentan una disminución en su calidad de vida, usualmente debido a cambios en la capacidad funcional que dificultan el trabajo y aumentan la tasa de mortalidad. La AR es la enfermedad autoinmune más prevalente en adultos, con una prevalencia global de entre el 0,5% y el 1%. (20)

La AR presenta una clínica y progresión impredecible y la dificultad para anticipar su curso. En los últimos años, los estudios sobre cohortes de pacientes en etapas tempranas han mejorado nuestro entendimiento de la evolución de la enfermedad, aunque todavía persisten muchas interrogantes. (21)

Establecer un pronóstico para la artritis reumatoide (AR), como se hace con otras enfermedades incurables pero tratables, es esencial no solo para los pacientes, sino también para ayudarlos a adaptarse en ese sentido los médicos deben no solo estar informados sobre este pronóstico, sino también comprenderlo, ya que influye en la evaluación de riesgos y beneficios. (22)

El pronóstico de la AR varía significativamente entre los pacientes en las que los cambios radiológicos y, en menor medida, la pérdida de capacidad funcional ocurre con mayor frecuencia en los primeros 2-3 años después del inicio, cuanto antes se pueda establecer el pronóstico, más pronto se podrá determinar la estrategia terapéutica. Por estas razones, el diagnóstico temprano se considera el factor pronóstico más relevante, ya que el pronóstico depende en gran medida del tratamiento precoz, preferentemente antes de que se presenten secuelas radiológicas. Este hecho justifica el aumento significativo de las consultas para tratar la artritis en sus primeras etapas. (23)

Así, la evaluación por el especialista dentro del 1º año de aparición de los síntomas mejora su capacidad funcional en comparación con aquellos que son derivados más tarde. Los pacientes que no son tratados por un reumatólogo suelen presentar mayor discapacidad. (23)

Etiopatogenia. Existe una sólida evidencia experimental que indica que el inicio de la artritis reumatoide (AR) está mediada por células T, dirigido principalmente hacia la membrana sinovial. Sin embargo, no está claro si hay uno o varios antígenos responsables de la artritis, ni

si estos son iguales o distintos entre individuos. Se ha sugerido que podría tratarse de un antígeno exógeno. (24)

La membrana sinovial en la AR presenta las siguientes características:

Hiperplasia de la capa de células sinoviales, con un aumento significativo del grosor de la sinovia, que varía de 1-3 células a un espesor de 50 a 100 células. (24)

Los hallazgos histológicos de la membrana sinovial en la AR son distintos de los observados en otras artritis inflamatorias y no son exclusivos de esta enfermedad. En cuanto a los componentes celulares, las células T CD4+ predominan en la infiltración de la membrana sinovial. (25)

En los pacientes con artritis reumatoide (AR), la inflamación crónica en las articulaciones desencadena una serie de cambios en su estructura y función. Existe: Inflamación de la membrana sinovial (sinovitis): En la AR, el sistema inmunológico ataca la membrana sinovial (el tejido que recubre las articulaciones), lo que provoca inflamación y engrosamiento de esta membrana. Esto aumenta la producción de líquido sinovial, lo que puede causar hinchazón, dolor y rigidez. (26)

Destrucción del cartílago articular: La inflamación crónica conduce a la liberación de enzimas que destruyen el cartílago articular. El cartílago normalmente actúa como un amortiguador entre los huesos, pero su desgaste puede generar fricción y dolor durante el movimiento. Formación de pannus: El pannus es un tejido inflamatorio anómalo que se forma en las articulaciones afectadas por la AR. Este tejido invade el cartílago y el hueso subyacente, acelerando la destrucción articular. (26)

Erosión ósea: Con el tiempo, el pannus y la inflamación crónica pueden dañar los huesos subyacentes. Las erosiones óseas son características de la AR y pueden verse en las radiografías. Estas erosiones afectan principalmente las superficies articulares y pueden llevar a deformidades. Deformidades articulares: A medida que la enfermedad progresa, la inflamación persistente y el daño a las estructuras articulares pueden causar deformidades, como: Desviación en "ulnar": Desviación de los dedos hacia el lado del meñique. Dedos en "martillo" o "en boutonnière": Deformidades en las articulaciones de los dedos debido a la pérdida de equilibrio en los tendones y ligamentos. Subluxaciones: Desplazamiento de las superficies articulares, como en la muñeca o en las articulaciones metacarpofalángicas. (26)

Fibrosis y contracturas: La inflamación crónica también puede llevar a la formación de tejido cicatricial o fibrosis en los tendones y ligamentos, lo que restringe el rango de movimiento y provoca contracturas, limitando la capacidad de mover la articulación de forma normal. Desajuste en la alineación articular: A medida que la artritis reumatoide progresa, los huesos de las articulaciones afectadas pueden perder su alineación normal, lo que puede resultar en dificultades para mover la articulación o dolor crónico. (26)

Formación de nódulos reumatoides: En algunos casos, pueden desarrollarse nódulos reumatoides, que son masas de tejido inflamatorio que se forman debajo de la piel cerca de las

articulaciones afectadas, particularmente en las áreas de presión, como los codos. Estos cambios articulares pueden variar en su severidad y localización, y a menudo son más pronunciados en las articulaciones de las manos, muñecas, pies, rodillas y codos. Con el tiempo, sin un tratamiento adecuado, pueden afectar la función de las articulaciones y resultar en una discapacidad significativa. (26)

Modelo patogénico de la artritis reumatoide

El modelo de patogénesis de la artritis reumatoide (AR) más ampliamente aceptado en la actualidad sugiere que los factores ambientales que desencadenan la activación prolongada de la inmunidad innata es base para tener la enfermedad. Este proceso puede persistir durante años, incrementándose progresivamente a través de un mecanismo aún desconocido que favorece un estado autoinmune, denominado en ocasiones el “segundo golpe”, hasta que comienzan a manifestarse los síntomas clínicos de la enfermedad. (27)

En la fase "pre-AR", el dolor articular inespecífico puede presentarse sin que haya cambios histológicos en la membrana sinovial. (28)

Esta etapa corresponde a la “AR temprana”, cuando la artritis se manifiesta, la infiltración celular aparece, el dolor ya está consolidado y se hace evidente con formación de pannus y destrucción de cartílagos. (28)

Clínica

Una descripción completa de las características clínicas de la enfermedad excede el propósito de esta revisión. De manera resumida, el síntoma más común es el dolor articular generalizado y simétrico, acompañado de inflamación, que afecta principalmente articulaciones pequeñas como las de la mano, hay dolor de más de una hora y debilidad generalizada. La AR puede comenzar con una deformidad asimétrica o monoarticular, desarrollando una artritis inflamatoria simétrica que afecta otras pequeñas articulaciones de los hombros, caderas, rodillas, tobillos y pies. (29)

En las etapas más avanzadas, las radiografías de las articulaciones revelan erosiones y compresión articular, lo que indica una inflamación crónica o severa. Si la inflamación persiste durante un largo período sin tratamiento, pueden aparecer deformidades articulares características, como la rotura cubital y los pies en forma de triángulo. Hoy en día, estas variantes de la AR son menos comunes debido al diagnóstico temprano y el tratamiento agresivo inicial. Afecta diversos órganos, la frecuencia de las manifestaciones extraarticulares podría haberse reducido con un tratamiento más temprano y agresivo. (29)

Diagnóstico

El diagnóstico de la artritis reumatoide (AR) es un proceso complejo que involucra una combinación de historia clínica, examen físico, pruebas de laboratorio y estudios de imagen. No existe una única prueba para diagnosticar la AR, por lo que el diagnóstico se realiza en función de la evaluación global de varios factores. (30)

1. Evaluación de la historia clínica. El médico comenzará por recopilar información detallada sobre los síntomas del paciente, incluidos el dolor, la hinchazón, la rigidez en las articulaciones, la duración de los síntomas, la presencia de fiebre o fatiga, entre otros. Se le preguntará si hay antecedentes familiares de AR u otras enfermedades autoinmunes, ya que esto puede aumentar el riesgo de la enfermedad. (30)

2. Examen físico. El médico realizará un examen físico para evaluar la presencia de hinchazón, calor, dolor y limitación de movimiento en las articulaciones. Las articulaciones más comúnmente afectadas en la AR son las pequeñas articulaciones de las manos y los pies, pero la enfermedad también puede afectar a otras articulaciones, como las muñecas, codos, rodillas y hombros. (30)

3. Pruebas de laboratorio. Existen varias pruebas de laboratorio que pueden ayudar a confirmar el diagnóstico de AR: Factor reumatoide (FR): El factor reumatoide es un anticuerpo presente en aproximadamente el 70-80% de los pacientes con AR. Sin embargo, no es exclusivo de esta enfermedad, por lo que su presencia no es diagnóstica. Algunas personas pueden tener FR en su sangre sin tener AR (enfermedad FR positiva). (30)

Anticuerpos contra proteínas citrulinadas (ACPA): Los anticuerpos anti-CCP (anticuerpos contra péptidos cíclicos citrulinados) son más específicos para la AR y son un indicador importante para confirmar el diagnóstico. La presencia de ACPA, especialmente en combinación con FR, aumenta la probabilidad de AR. (30)

Velocidad de sedimentación de eritrocitos (VSG) y Proteína C reactiva (PCR): Estas pruebas miden los niveles de inflamación en el cuerpo. En la AR, los niveles de VSG y PCR suelen estar elevados debido a la inflamación crónica. (30)

4. Estudios de imagen. Las radiografías son útiles para observar cambios en las articulaciones causados por la AR, como erosiones óseas, pérdida de cartílago y deformidades articulares. Aunque las radiografías pueden no mostrar cambios en las etapas iniciales de la enfermedad, pueden ayudar a monitorear su progreso con el tiempo. Otros estudios de imagen como ecografías o resonancias magnéticas también pueden ser utilizados para detectar inflamación en las articulaciones y otras alteraciones en las fases tempranas de la AR. (30)

5. Criterios diagnósticos

En 2010, la European League Against Rheumatism (EULAR) y la American College of Rheumatology (ACR) actualizaron los criterios diagnósticos para la AR, que incluyen una combinación de factores clínicos y de laboratorio. Los criterios consideran:

El número y tipo de articulaciones afectadas (pequeñas o grandes articulaciones).

La duración de los síntomas.

El nivel de anticuerpos presentes (FR y ACPA).

Los marcadores de inflamación (VSG y PCR).

La presencia de erosiones o daños articulares en las imágenes. (30)

Factores asociados al mal pronóstico de la artritis reumatoide

Sexo femenino. Suele tener un pronóstico más grave en las mujeres, pero hay hombres que experimentan una forma de la enfermedad severamente incapacitante. Ser mujer está vinculado con una mayor discapacidad funcional. No obstante, este hallazgo no se ha observado en todos los estudios de cohortes, lo que sugiere que el sexo femenino podría estar relacionado con otros factores pronósticos. (31)

Edad. Los resultados de varios estudios no son consistentes, no parece haber diferencias significativas en la gravedad de la AR entre adultos mayores (más de 60 a 65 años) y adultos más jóvenes. (32)

Nivel educativo bajo. Se ha asociado con una mayor tasa de mortalidad debido a la enfermedad. No contar con educación postsecundaria está relacionado con una disminución superior al 50% en la capacidad funcional. (33)

Genotipo HLA. Tener HLA-DR4 y/o epítomos compartidos está vinculado con un daño mayor de las estructuras, muchas de las cuales son irreversibles a pesar de la terapia. (34)

Factor reumatoide positivo. La artritis reumatoide seropositiva al factor reumatoide, especialmente cuando los títulos son altos, se asocia con un mayor daño articular estructural, manifestaciones extraarticulares más frecuentes y, generalmente, con un peor curso clínico que la AR seronegativa. (35)

Múltiples articulaciones inflamadas. Un número superior a 20 es de mal pronóstico y se asocia incluso a una mayor mortalidad. La acumulación de artritis está asociada con la progresión de las lesiones radiológicas en el transcurso de un año. (35)

Duración de la artritis. Esta variable es común en la AR establecida y probablemente esté relacionada a un tratamiento tardío antirreumático. (35)

La afectación de múltiples articulaciones, especialmente las grandes, generalmente se asocia con una evolución más grave. Así, un valor de PCR dos veces superior al valor normal en la evaluación inicial del paciente aumenta la probabilidad de desarrollar erosiones en un plazo de 4 años, y una VSG consistentemente superior a 60 mm durante la primera hora aumenta la probabilidad de desarrollar erosiones en el mismo período. Esto también incrementa la probabilidad de que el paciente quede incapacitado a la edad de 18 años. (35)

Daño temprano en articulaciones grandes. La afectación temprana de dos o más articulaciones grandes está asociada a mayor daño estructural de las articulaciones. (36)

Velocidad de erosión. Suele predecir un curso más grave, especialmente en términos de progresión de lesiones estructurales. La tasa de aparición de erosiones (≥ 2 por año) está asociada con un peor pronóstico. (36)

Síntomas extraarticulares. Las manifestaciones extraarticulares (como vasculitis, nódulos reumatoides, escleritis, entre otras) están relacionadas con mayor gravedad de la enfermedad y también con una mayor probabilidad de muerte. (37)

Los sujetos que inician el tratamiento con FAME en etapas tardías tienen un peor resultado funcional en comparación con aquellos que comienzan el tratamiento de manera temprana. Cuanto más se retrase el inicio del tratamiento, menores serán las probabilidades de obtener una respuesta satisfactoria, lo que conduce a un pronóstico funcional peor. (38)

Periodo de tratamiento. Un tratamiento más prolongado con FAME está vinculado a mejores resultados funcionales a largo plazo. Sin embargo, hay varias circunstancias que pueden reducir la duración del tratamiento, entre ellas: (39)

El costo del tratamiento: El elevado costo de los fármacos puede ser una carga significativa, especialmente para los pacientes de niveles socioeconómicos más bajos o aquellos que deben cubrir el costo de los medicamentos por sí mismos. Este aspecto debe ser considerado, ya que de lo contrario los pacientes podrían retrasar las prescripciones, reducir las dosis o incluso interrumpir el tratamiento. (39)

Factores psicológicos: Los pacientes con perfiles psicológicos más cercanos a la normalidad tienden a seguir un periodo de tratamiento más largo. (40)

Cumplimiento del tratamiento: Aproximadamente el 50% de los pacientes con AR no siguen correctamente el tratamiento. El incumplimiento puede estar relacionado con efectos secundarios, ineficacia del tratamiento o sospechas de interacciones farmacológicas. En algunos casos, también refleja una mejoría clínica. Este problema está relacionado con bajos niveles educativos y, a menudo, con una comunicación deficiente entre médicos y pacientes. (40)

Efectos secundarios e ineficacia: Estas son las principales razones para la interrupción del tratamiento, y se estima que entre el 5% y el 10% de los pacientes suspenden el tratamiento debido a estos motivos. (40)

Fibromialgia concurrente. En algunos casos, los síntomas derivados de la fibromialgia pueden ser confundidos con una falta de eficacia del tratamiento, lo que puede llevar al abandono prematuro de un medicamento que, en otras circunstancias, sería efectivo. (41)

Otros factores. Es menos probable que una enfermedad más activa y grave responda al tratamiento y es más probable que resulte en una interrupción temprana del mismo en comparación con una enfermedad de menor gravedad. Factores como la edad, las creencias personales del paciente, el nivel educativo y el uso de corticoides también influyen en la duración del tratamiento. (42)

Dado que estos anticuerpos suelen aparecer en las primeras fases de la AR reciente, su detección podría ser útil para un diagnóstico temprano, especialmente cuando el factor reumatoide es negativo. (43)

Combinaciones de riesgo y pronóstico: dado que ningún factor por sí solo puede predecir con fiabilidad, se analiza si la combinación de varios factores aumenta la capacidad predictiva. Los resultados de estos estudios correlacionan indicadores clínicos de actividad inflamatoria,

basados en lesiones radiológicas, con factores reumatoides como determinantes que pronostican mejor la evolución de la enfermedad, lo que podría deberse a que la capacidad funcional se ve influida por diversos factores no directamente relacionados con la enfermedad. (44)

En ciertos casos, un proceso inflamatorio activo, a pesar del tratamiento antirreumático, puede ser un factor significativo de mal pronóstico. (44)

Es ampliamente reconocido que la inflamación articular persistente es una causa principal de daño estructural progresivo y discapacidad, y que controlar la actividad inflamatoria ayuda a evitar que la enfermedad progrese y produzca más daño. (44)

Posibles causas y factores de riesgo.

Aunque no se comprende completamente por qué se desarrolla la artritis reumatoide (AR), se han identificado varios factores causales y de riesgo, que generalmente se dividen en dos categorías: genéticos y ambientales. A menudo, hay un "desencadenante" que ocurre justo antes de la aparición de la enfermedad. (45)

Aún queda mucho por descubrir sobre las razones detrás de la forma en que la AR afecta a las personas. Es complicado determinar de manera definitiva por qué un individuo desarrolla AR, pero se han reconocido varias causas posibles. (45)

Genética. En la AR el sistema inmunológico ataca tejidos sanos del cuerpo, específicamente el revestimiento de las articulaciones. Aunque no se tenga antecedentes familiares de AR o de otras enfermedades autoinmunes, una persona puede portar genes que aumenten su riesgo de desarrollar la enfermedad. Para ilustrar la importancia del factor genético, en gemelos idénticos, si uno tiene AR, hay aproximadamente un 15% de probabilidad de que el otro también la desarrolle. Si un padre tiene AR, la probabilidad de que su hijo también la padezca es solo del 1-3%. (46)

Ambiente. Uno de los más significativos en la AR es el tabaquismo. La probabilidad de desarrollar la enfermedad aumenta en función de la cantidad de cigarrillos fumados, el tiempo de exposición al humo y el tiempo transcurrido desde que se dejó de fumar. Se ha demostrado que fumar actualmente puede empeorar los síntomas de la enfermedad y disminuir la respuesta a la medicación. Por lo tanto, si se tiene AR o antecedentes familiares, se recomienda dejar de fumar. Además, el sobrepeso también se ha vinculado con el empeoramiento de los síntomas de la AR y se considera un posible factor de riesgo para su desarrollo. (46)

Se cree que las hormonas juegan un papel significativo en el desarrollo de la artritis reumatoide (AR). Esta enfermedad es más frecuente en mujeres que en hombres y, a menudo, se presenta en momentos de cambios hormonales, como después del parto o durante la menopausia. Así, las personas pueden estar genéticamente predisuestas a desarrollar AR, y este riesgo puede verse incrementado por factores hormonales y ambientales. (47)

En cuanto al "disparador", este aspecto de la enfermedad sigue siendo el menos comprendido. A menudo, se cree que la AR se activa tras situaciones de estrés o trauma físico o emocional, o después de una enfermedad, y como se mencionó, también tras el parto. Aunque algunos estudios sugieren que estos eventos podrían estar relacionados con la aparición de la AR, no está claro por qué un evento específico causa el desarrollo de la enfermedad. (47)

Es posible que nunca se comprendan completamente las causas exactas de la AR, y muchas de ellas probablemente estén fuera del control individual. Si existen factores de riesgo ambientales adicionales o sientes que algo bajo tu control desencadenó tus síntomas, nunca debes culparte. La AR es impredecible y probablemente surge debido a una combinación de múltiples factores. (47)

Diversos estudios han mostrado una tasa de concordancia del 2-4% en familiares de primer grado y del 12-15% en gemelos idénticos. Así, las que tienen un pariente de primer grado con AR tienen entre 2 y 10 veces más probabilidades de tener AR en comparación con la población general. (48)

Se ha observado que interacciones entre el tabaquismo y el grado de destrucción articular, que a menudo conduce a la aparición de síntomas extraarticulares, pueden empeorar el pronóstico. (49)

Uno de los genes más relevantes en la susceptibilidad a la AR es el PTPN (proteína tirosina fosfatasa intracelular N22), cuya variante funcional duplica el riesgo de AR seropositiva en individuos heterocigotos y homocigotos, aumentando este riesgo cuatro veces más. Además, el uso reciente de análisis del genoma (GWAS) ha encontrado más de 20 loci relacionados con la susceptibilidad a la AR, con una contribución genética combinada de aproximadamente un 5%. (49)

Factores no genéticos

Como se mencionó anteriormente, alrededor del 50% del riesgo de AR se debe a factores genéticos, mientras que el resto se asocia a factores no genéticos. (50)

Hormonas. Es más frecuente en mujeres en edades reproductivas, y los síntomas suelen mejorar durante el embarazo, pero tampoco se ha comprobado que los anticonceptivos orales disminuyan la incidencia de AR en mujeres que los consumen. Sin embargo, algunos estudios sugieren que la menarquia temprana podría reducir el riesgo de AR, pero sigue siendo debatido, ya que en otros estudios se ha observado el efecto contrario. (50)

Investigaciones recientes sugieren que la menopausia precoz aumenta el riesgo de AR. Además, se ha observado una disminución en los niveles de hormonas masculinas, especialmente testosterona, en hombres con AR. (50)

Vitamina D. Se ha observado una correlación inversa entre la ingesta de vitamina D y la aparición de la enfermedad, además, se ha detectado que niveles bajos de vitamina D tienen mayor discapacidad. (51)

Alcohol. Un estudio danés reciente reveló que consumir alcohol podría tener un efecto protector contra la AR, y que dicho efecto depende de la dosis. El riesgo de AR disminuye aún más en fumadores y en personas portadoras de ciertos factores genéticos. (52)

Café. Se ha observado que el consumo excesivo de café (más de 10 tazas al día) podría aumentar el riesgo de desarrollar AR. (52)

Enfermedades infecciosas. Aunque se ha sugerido que algunos virus podrían desencadenar la enfermedad, su función como patógenos sigue siendo un tema controvertido. Es probable que estos factores contribuyan al desarrollo de la AR, no de forma aislada, sino en combinación con otros factores de riesgo, especialmente desde la perspectiva de la predisposición genética. (53)

Recientemente, *Porphyromonas gingivalis* ha ganado atención como posible desencadenante de la AR. Este microorganismo, causante principal de la periodontitis, está presente aproximadamente el doble de veces en pacientes con AR, y la *P. gingivalis* expresa la enzima peptidilarginina deiminasa (PAD), que participa en la citrulinación de proteínas, generando inflamación crónica caracterizada por citocinas proinflamatorias y TNF, además de erosionar el hueso periodontal. Esta bacteria es la única conocida asociada con el alelo HLA-DRB0, similar a la AR. (53)

Tabaco. Se han realizado investigaciones sobre cómo el tabaco actúa como factor de riesgo para la AR, su interacción con factores genéticos y anticuerpos contra proteínas citrulinadas (ACPA), y su influencia en la evolución clínica y radiológica. (54,55)

Algunas investigaciones han demostrado que el riesgo elevado persiste hasta 10 o 20 años después de dejar de fumar. Cada año de tabaquismo incrementa el riesgo en un 10%. También se ha identificado un efecto dosis-dependiente en relación con el riesgo de AR: a mayor cantidad de cigarrillos fumados al día y mayor número de paquetes por año, mayor es el riesgo de desarrollar AR. (56)

Alrededor del 33% de los pacientes con AR positivos para ACPA tienen factores relacionados con el tabaquismo. Investigaciones recientes han revelado que el 35% de los casos de AR con ACPA positivo se deben al consumo de tabaco, con un impacto mayor en los hombres (42%) que en las mujeres (31%). Este efecto es similar al de la relación entre tabaquismo y cardiopatía isquémica. (57)

El tabaco no solo incrementa el riesgo de AR seropositiva, sino que también puede influir en el fenotipo y la expresión clínica de la enfermedad. La mayoría de los estudios coinciden en que las características basales de la enfermedad, como la duración, la actividad y discapacidades son mayores en los sujetos fumadores. (57)

Mientras que algunos estudios sugieren que los fumadores experimentan mayor discapacidad, actividad y peores resultados, otros no muestran diferencias significativas en la progresión de la enfermedad entre fumadores y no fumadores. (57)

Formulación del problema

Problema general

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024?

Problemas específicos

¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024?

¿Cuáles son los factores de riesgo epidemiológicos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024?

¿Cuáles son los hábitos nocivos de riesgo asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024?

Justificación e importancia de la investigación

Justificación.

La artritis reumatoide (AR) ocasiona discapacidades significativas en los enfermos, y si no se trata adecuadamente, puede derivar en complicaciones sistémicas graves. La etiología de la AR es multifactorial y compleja, involucrando una interacción entre factores genéticos, ambientales, hormonales y del estilo de vida. Entre los factores de riesgo conocidos se encuentran antecedentes familiares, tabaquismo, exposición a ciertos agentes ambientales, infecciones previas y obesidad. Sin embargo, la magnitud de su contribución varía según las características demográficas y geográficas de las poblaciones estudiadas.

Importancia

Importancia metodológica. Si bien el estudio aborda un aspecto de la enfermedad articular, sin embargo, deja las bases para estudios posteriores que amplíen otros aspectos que son de relevancia conocer, de allí que este estudio es importante desde el punto de vista del avance de la ciencia.

Importancia teórica. Un estudio enfocado en los factores de riesgo asociados a la AR permitirá no solo comprender mejor la epidemiología y las particularidades de la enfermedad en la población objetivo, sino también orientar las decisiones políticas tendientes a controlarla.

Importancia social. Esta enfermedad es limitante en muchos pacientes que lo sufren afectando su calidad de vida, por lo que investigarla es relevante para prevenir y disminuir su incidencia en beneficio de la sociedad.

Importancia práctica. En contextos locales, donde las características genéticas y ambientales pueden diferir de las descritas en otros países, resulta fundamental identificar y analizar los factores de riesgo específicos asociados al desarrollo de la AR. Este conocimiento puede ayudar a diseñar intervenciones personalizadas en las terapéuticas.

Viabilidad.

Estudio factible de ser desarrollada, aunque para ello no se cuenta con apoyo económico externo, por lo que, el investigador asumió los gastos que se generó en su ejecución, además para este estudio se contó con casos atendidos en el hospital en un numero adecuado para llegar a resultados contundentes, y finalmente el autor declara no tener conflicto de intereses de allí que éticamente es factible.

Objetivos

Objetivo general

Determinar los factores de riesgo asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024

Objetivos específicos

Determinar los factores de riesgo sociodemográficos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024

Determinar los factores de riesgo epidemiológicos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024

Determinar los hábitos nocivos de riesgo asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024

Hipótesis y variables de la investigación

Hipótesis general

Ha: Los factores de riesgo sociodemográficos, epidemiológicos y hábitos nocivos están asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024.

Hipótesis específica

Ha: Los factores de riesgo sociodemográficos edad, sexo, grado de instrucción, procedencia y ocupación están asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024

Ha: Los factores de riesgo epidemiológicos antecedente familiar de primer orden, antecedente de hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad, dislipidemia están asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024

Ha: Los hábitos nocivos de riesgo consumir tabaco y alcohol están asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024

Variables

Variable dependiente

Artritis reumatoide

Variables independientes

Factores sociodemográficos

- Edad
- Sexo
- Grado de instrucción
- Procedencia
- Ocupación

Factores epidemiológicos

- Antecedente familiar de primer orden
- Hipertensión arterial
- Diabetes mellitus tipo 2
- Obesidad
- Dislipidemia

Hábitos nocivos

- Consumo de tabaco
- Consumo de alcohol

II. ESTRATEGIA METODOLÓGICA

Diseño. Estudio de diseño descriptivo en las que no existen intervención sobre las variables, es transversal debido a que las medidas de las variables se hicieron en un solo momento y por única vez, retrospectiva al medirse las variables en el pasado y analítica por tratarse de una investigación de asociación de dos variables.

Nivel: Explicativo, que es un estudio que busca asociaciones que no necesariamente son causales sin embargo determinan asociaciones directas entre variables.

Tipo. Casos y controles

Enfoque: Cuantitativo

Población. Constituido por los pacientes que sufren de artritis reumatoide diagnosticados entre los años 2020 a 2024 que son 160 pacientes en base a datos estadísticos del Hospital Regional de Ica.

Muestra. Se calculó el tamaño de muestra con la fórmula de casos y controles

$$n' = \frac{[Z_{1-\alpha/2}\sqrt{(r+1)P_M(1-P_M)} - Z_{1-\beta}\sqrt{rP_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)}]^2}{r(P_1 - P_2)^2}$$

Dónde:

$Z\alpha = 1.96$

$Z\beta = 0.84$

$P_1 =$ Proporción de expuestos en los casos $= 0.58^{17} = 58\%$

$P_2 =$ Proporción de expuestos en los controles $= 0.42^{17} = 42\%$

$P = (P_1 + P_2) / 2 = 0.5 = 50\%$

Numero de controles por cada caso = 2

$n = 114$ casos (Pacientes con artritis reumatoide) y 228 controles (Pacientes sin artritis reumatoide)

Muestreo. Los pacientes que serán parte del estudio

CRITERIO DE INCLUSIÓN CASOS

Paciente que fue diagnosticado de artritis reumatoide entre los años 2020 al 2024

Paciente que cuente con una historia clínica que tenga todos los datos necesarios para el estudio.

CRITERIO DE INCLUSIÓN CONTROLES

Paciente que no presenta artritis reumatoidea

Paciente que cuente con una historia clínica que tenga todos los datos necesarios para el estudio.

CRITERIO DE EXCLUSIÓN

Pacientes con enfermedades inmunológicas como Lupus eritematoso sistémico

Pacientes con enfermedades inmunodepresibles como infección por VIH.

La técnica.

Para obtener los datos se empleará la técnica de análisis documental accediendo estos registros luego de la aprobación por el comité de ética del Hospital Regional de Ica.

Instrumento.

Es una ficha de recolección de datos que contiene los indicadores de las variables en estudio y que fue validada en el estudio de Saavedra Guzman, P¹⁶.

Procesamiento de datos.

Los datos obtenidos desde las historias clínicas fueron tabulados cuidadosamente en el programa estadístico SPSS v29, para obtener desde este programa las tablas descriptivas y de relación que contienen los valores absolutos y porcentuales, estableciendo diferencias significativas al 95% de confianza con el estadístico no paramétrico chi cuadrado y calculándose la magnitud del riesgo a través de la OR en un análisis bivariado y multivariado. El valor de OR determinará la probabilidad de que la variable independiente sea factor de riesgo ($OR > 1$), factor protector ($OR < 1$) o no tenga asociación ($OR = 1$) con la artritis reumatoide. Además, se tomará en cuenta el intervalo de confianza al 95% en cada variable para determinar si los datos son estadísticamente significativos o no (si el intervalo contiene a la unidad).

Ética.

El estudio consideró los aspecto éticos durante su desarrollo, por ello el principio de no maleficencia es cumplido al trabajar en las historias clínicas de los pacientes sin que exista contacto directo con ellos por lo que no existe posibilidad de producir daño, además el principio de beneficencia es cumplido porque este estudio se desarrollará con la finalidad de contribuir con el esclarecimiento de la ciencia en beneficio de los pacientes, y el principio de justicia se cumple al tratar a todos los participantes por igual respetando su anonimato para ello cada historia clínica se identificará con un numero correlativo solo para fines estadísticos.

III. RESULTADOS

Tabla 1. Factores de riesgo sociodemográficos, asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024.

| | Artritis Reumatoide | | | | Total | Análisis bivariado | |
|-----------------------------|---------------------|-------|-----------|-------|-------|--------------------|-------------------------------|
| | Caso | | Controles | | | | |
| Edad | f | % | f | % | f | % | Estadísticos (IC95%) |
| ≥ 60 años | 77 | 67,5% | 93 | 40,8% | 170 | 49,7% | X ² = 21,7 OR= 3,0 |
| < 60 años | 37 | 32,5% | 135 | 59,2% | 172 | 50,3% | p= 0,000 (1,9-4,8) |
| Sexo | | | | | | | |
| Femenino | 78 | 68,4% | 92 | 40,4% | 170 | 49,7% | X ² = 23,9 OR= 3,2 |
| Masculino | 36 | 31,6% | 136 | 59,6% | 172 | 50,3% | p= 0,000 (1,9-5,1) |
| Grado de instrucción | | | | | | | |
| Prima-Secund | 83 | 72,8% | 143 | 62,7% | 226 | 66,1% | X ² = 3,45 OR= 1,6 |
| Superior | 31 | 27,2% | 85 | 37,3% | 116 | 33,9% | p=0,063 (0,97-2,6) |
| Procedencia | | | | | | | |
| Rural | 34 | 29,8% | 37 | 16,2% | 71 | 20,8% | X ² = 8,5 OR= 2,2 |
| Urbana | 80 | 70,2% | 191 | 83,8% | 271 | 79,2% | p= 0,003 (1,3-3,7) |
| Ocupación | | | | | | | |
| Ama o depen | 89 | 78,1% | 143 | 62,7% | 232 | 67,8% | X ² = 8,2 OR= 2,1 |
| Independiente | 25 | 21,9% | 85 | 37,3% | 110 | 32,2% | p= 0,004 (1,3-3,5) |

Fuente: Elaboración propia

Según la tabla se observa una proporción de pacientes de 60 a más años mayor en el grupo de casos (67,5%) que en el grupo de controles (40,8%) p= 0,000 OR= 3,0 (1,9-4,8). Las pacientes mujeres están proporcionalmente en mayor cantidad en el grupo de casos (68,4%) que en los controles (40,4%) p= 0,000 OR= 3,2 (1,9-5,1). Respecto al grado de instrucción el (72,8%) de pacientes del grupo de los casos tienen grado de instrucción primaria o secundaria y el (62,7%) en los controles p= 0,063 OR= 1,6 (0,97-2,6). Los pacientes que proceden de zonas rurales se encuentran en mayor proporción en el grupo de los casos (29,8%) que en el grupo de los controles (16,2%) p= 0,003 OR= 2,2 (1,3-3,7). Y los pacientes que tienen ocupación ama de casa o son de trabajos dependientes constituyen el (78,1%) de los casos y el (62,7%) de los controles p= 0,004 OR= 2,1 (1,3-3,5).

Tabla 2. Factores de riesgo epidemiológicos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024

| | Artritis Reumatoide | | | | Total | Análisis bivariado | Estadísticos (IC95%) | |
|--------------------------|---------------------|-------|-----------|-------|-------|--------------------|----------------------|-----------|
| | Caso | | Controles | | | | | |
| Antec. familia | f | % | f | % | f | % | | |
| Si | 14 | 12,3% | 13 | 5,7% | 27 | 7,9% | $X^2= 4,5$ | OR= 2,3 |
| No | 100 | 87,7% | 215 | 94,3% | 315 | 92,1% | p= 0,033 | (1,1-5,1) |
| Hipertensión arterial | | | | | | | | |
| Con HTA | 24 | 21,1% | 21 | 9,2% | 45 | 13,2% | $X^2= 9,3$ | OR= 2,6 |
| Sin HTA | 90 | 78,9% | 207 | 90,8% | 297 | 86,8% | p= 0,002 | (1,4-4,9) |
| Diabetes mellitus tipo 2 | | | | | | | | |
| Con DM2 | 13 | 11,4% | 12 | 5,3% | 25 | 7,3% | $X^2= 4,1$ | OR= 2,3 |
| Sin DM2 | 101 | 88,6% | 216 | 94,7% | 317 | 92,7% | p=0,04 | (1,1-5,2) |
| Obesidad | | | | | | | | |
| IMC ≥ 30 | 18 | 15,8% | 13 | 5,7% | 31 | 9,1% | $X^2 = 9,4$ | OR= 3,1 |
| IMC < 30 | 96 | 84,2% | 215 | 94,3% | 311 | 90,9% | p= 0,002 | (1,5-6,5) |
| Dislipidemia | | | | | | | | |
| Si | 44 | 38,6% | 42 | 18,4% | 86 | 25,1% | $X^2 = 16,4$ | OR= 2,8 |
| No | 70 | 61,4% | 186 | 81,6% | 256 | 74,9% | p= 0,000 | (1,7-4,6) |

Fuente: Elaboración propia

Según la tabla los pacientes con antecedentes familiares de artritis constituyen el (12,3%) de casos y (5,7%) de controles, estas diferencias son significativas p=0,0033 OR= 2,3 (1,1-5,1). Del mismo modo se observa que los pacientes con hipertensión arterial forman parte del (21,1%) de los casos y de (9,2%) de los controles p=0,002 OR=2,6 (1,4-4,9). Respecto a la diabetes, se evidencia que en el grupo de los casos (11,4%) son diabéticos y en el grupo de controles el (5,3%) son diabéticos p= 0,01 OR=2,3 (1,1-5,2). En tanto que los pacientes con IMC ≥ 30 constituyen el (15,8%) de los casos y el (5,7%) de los controles p= 0,002 OR= 3,1 (1,5-6,5). Por último, se evidencia que los pacientes con dislipidemias son el (38,6%) de los casos y el (18,4%) de los controles p= 0,000 OR= 2,8 (1,7-4,6).

Tabla 3. Hábitos nocivos de riesgo asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024

| | Artritis Reumatoide | | | | Total | Análisis bivariado | | |
|------------|---------------------|-------|-----------|-------|-------|--------------------|----------------------|-------------|
| | Caso | | Controles | | | | | |
| Tabaco | f | % | f | % | f | % | Estadísticos (IC95%) | |
| Consume | 22 | 19,3% | 33 | 14,5% | 55 | 16,1% | $X^2= 1,3$ | OR= 1,4 |
| No consume | 92 | 80,7% | 195 | 85,5% | 287 | 83,9% | p= 0,252 | (0,78-2,56) |
| Alcohol | | | | | | | | |
| Consume | 26 | 22,8% | 40 | 17,5% | 66 | 19,3% | $X^2= 1,4$ | OR= 1,4 |
| No consume | 88 | 77,2% | 188 | 82,5% | 276 | 80,7% | p= 0,245 | (0,79-2,41) |

Fuente: Elaboración propia

Según la tabla el consumo de tabaco no tiene una diferencia de proporciones significativa entre los casos y controles pues el porcentaje de pacientes que consumen tabaco son el (19,3%) de los casos y el (14,5%) de los controles p= 0,252 OR=1,4 (0,78-2,56). También los pacientes que consume alcohol son el (22,8%) de los casos y el (17,5%) de los controles con valor de p= 0,245 OR=1,4 (0,79-2,41).

Tabla 4. Análisis multivariado de los factores sociodemográficos, epidemiológicos y hábitos nocivos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024

| | Wald | Sig. | ORa | IC95% (ORa) | |
|------------------------|--------|------|-------|-------------|----------|
| | | | | Inferior | Superior |
| Edad | 20,217 | ,000 | 3,634 | 2,071 | 6,377 |
| Sexo | 19,768 | ,000 | 3,516 | 2,020 | 6,119 |
| Grado de instrucción | 2,536 | ,111 | 1,612 | ,896 | 2,900 |
| Procedencia | 5,566 | ,018 | 2,176 | 1,141 | 4,150 |
| Ocupación | 6,258 | ,012 | 2,186 | 1,185 | 4,035 |
| Antecedente familiares | 4,562 | ,033 | 2,648 | 1,084 | 6,472 |
| HTA | 8,270 | ,004 | 3,232 | 1,453 | 7,189 |
| DM2 | 4,889 | ,027 | 2,883 | 1,128 | 7,371 |
| Obesidad | 13,283 | ,000 | 5,260 | 2,154 | 12,843 |
| Dislipidemia | 14,499 | ,000 | 3,254 | 1,773 | 5,973 |
| Tabaco | 1,016 | ,313 | 1,452 | ,703 | 2,999 |
| Alcohol | ,025 | ,874 | 1,056 | ,538 | 2,072 |

Fuente: Elaboración propia

En la regresión logística de las variables analizadas se observa que las variables estudiadas que no resultaron significativas en el análisis bivariado, tampoco lo fueron en el análisis multivariado, mientras que los demás factores de riesgo se encuentran directamente asociadas a la artritis reumatoidea según el análisis multivariado pues todos presentan un valor de $p < 0,05$ y una OR mayor de 1 cuyos intervalos de confianza no incluyen a la unidad.

IV. DISCUSIÓN

La investigación se orientó a identificar los factores que influyen en una mayor probabilidad de desarrollar artritis reumatoidea, cuya enfermedad autoinmune afirmado por Duran (10), se manifiesta mayormente como poliartralgias como menciona el estudio de Bravo (12), analizando los factores sociodemográficos, epidemiológicos y hábitos nocivos, por lo que analizó la edad como factor de riesgo, determinándose que tiene una fuerte asociación con la artritis reumatoidea, llegando a esta afirmación porque la diferencias entre la proporción de pacientes con edades de 60 a más años en los pacientes con artritis reumatoide es significativamente mayor que en el grupo de pacientes sin artritis reumatoide, determinándose una OR de 3,634 lo que indica que los pacientes con 60 a más años tienen 3,634 veces más riesgo de tener artritis reumatoidea que los pacientes menores de 60 años, debido al desgaste del sistema inmunológico y de los tejidos que es frecuente en este grupo de edad (32). El estudio de Soto (7) en Cuba en el 2022 demuestra que la edad prevalente de artritis reumatoidea es de 50 a 59 años. Laqui (13) en Juliaca también demuestra que las personas de mayor edad están en mayor riesgo de desarrollar la enfermedad sobre todo entre las edades de 70 a 79 años.

Al evaluar al sexo como factor de riesgo para la artritis reumatoide se determinó que las mujeres tienen más riesgo que los hombres de tener esta enfermedad, a ello se llega porque la proporción de pacientes mujeres en el grupo de pacientes con artritis reumatoidea es significativamente mayor que en el grupo de pacientes sin artritis reumatoide con una OR de 3,5 lo que significa que las mujeres tienen 3,516 veces mayor riesgo de desarrollar la enfermedad que los varones. Ser mujer se asocia con un incremento en la discapacidad funcional. Sin embargo, este resultado no ha sido consistente en todos los estudios de cohortes, lo que indica que el sexo femenino podría estar influenciado por otros factores pronósticos (31). Esta asociación es congruente con los hallazgos de Soto (7) en Cuba que determina una mayor prevalencia de la enfermedad en pacientes femeninos, como también es demostrada en el estudio de Laqui (13) en Juliaca, en la que el 83,09% de pacientes eran mujeres, que también es concordante con la investigación de Bravo (15) en Chota que concluye que la enfermedad es más frecuente en pacientes mujeres pues el 92% de los pacientes con artritis reumatoide eran de este sexo, como también es concordante con los encontrado por Alfaro (19) en Trujillo que concluye que los pacientes con artritis reumatoide la mayoría eran mujeres con una prevalencia de 96,15%, y en el estudio de Flores el 72,9% eran mujeres.

El grado de instrucción es otro factor de riesgo analizado para artritis reumatoide, encontrando que las personas con grado de instrucción primaria o secundaria están en igual riesgo de tener artritis reumatoide que las personas que tienen grado de instrucción superior, en razón de que el valor de la probabilidad de error es 11,1%, por lo que no se encuentra asociada a la enfermedad. Esta asociación es con firmada en el estudio de Bravo (15) en Chota en los que el 62% de pacientes con artritis reumatoide tenían grado de instrucción primaria.

La procedencia como variable demográfica, también demostró estar asociado a la artritis reumatoide, debido a que los pacientes con artritis reumatoide proceden con mayor proporción de zonas rurales, siendo el riesgo 2,176 veces más en estos pacientes que en los que proceden de zonas urbanas, como también es demostrada en el estudio de Xu (11) en China en el 2021 que asocia esta enfermedad con el bajo nivel económico prevalente en personas de zonas rurales.

La ocupación como variable demográfica también fue sometida a contraste para determinar su influencia en la presencia de artritis reumatoide, determinándose que las personas con actividades laborales ama de casa o trabajos dependientes tienen mayor probabilidad de desarrollar la enfermedad que los pacientes con ocupación en trabajos independientes con una magnitud de riesgo de 2,186 lo que nos indica que las personas con ocupaciones como ama de casa o trabajos dependientes tienen 2,186 veces mayor riesgo de tener la enfermedad que los pacientes con ocupaciones de tipo independientes. Esta asociación es encontrada en el estudio de Laqui (13) en Juliaca en el 2023 que confirma la asociación de la ocupación en ama de casa con la enfermedad, tal como lo demuestra Bravo (15) en Chota que encuentra que los pacientes que tienen labores de ama de casa son los que más frecuente presentan artritis reumatoide.

En la variable epidemiológica se analizó el antecedente familiar de la enfermedad como factor de riesgo para artritis reumatoide, evidenciándose que las personas con este antecedente tienen 2,648 veces mayor probabilidad de tener artritis reumatoide que los pacientes que no tienen antecedentes de la enfermedad en los familiares de primer orden pues las enfermedades inmunológicas tienden a ser de tipo hereditario por el genotipo HLA-DR4 (34). En la artritis reumatoide, el sistema inmunológico agrede los tejidos sanos del organismo, en particular el revestimiento de las articulaciones. Aun sin antecedentes familiares de esta enfermedad u otras afecciones autoinmunes, una persona puede poseer genes que incrementen su riesgo de desarrollarla. (46)

La hipertensión como factor que influye en la presencia de artritis reumatoide, se encontró que las personas que tienen antecedentes de hipertensión arterial tienen más riesgo de tener la enfermedad que los pacientes sin este antecedente, con una magnitud de riesgo de 3,232 veces más en los pacientes hipertensos, que también es encontrada en el estudio de Saavedra (16) en Trujillo en el 2022 pues el 23,7% de los pacientes con la enfermedad eran hipertensos.

Otra comorbilidad analizada es la diabetes mellitus tipo 2, que en el estudio se demostró que los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 tienen 2,883 veces mayor riesgo que los pacientes sin diabetes mellitus tipo 2, como también es demostrada en el estudio de Saavedra (16) que afirma que el 17,4% de los pacientes tenían diabetes mellitus tipo 2 lo que es concordante con los hallazgos de la investigación.

Del mismo modo los pacientes con obesidad están proporcionalmente en mayor cantidad en el grupo de pacientes con artritis reumatoide que en el grupo de pacientes sin artritis reumatoide, este riesgo se ve incrementado hasta en 5,269 veces más en los pacientes obesos comparando

con los que no son obesos, este hallazgo concuerda con los encontrados en el estudio de Peralta (8) en México en el 2024, que determina que el 34,8% de los pacientes con artritis reumatoide tienen obesidad, sin embargo el estudio de Condori (14) en Tacan demuestra que la obesidad no incrementa la gravedad de la enfermedad, pero el estudio de Saavedra (16) en Trujillo en el 2022 determina que el 21,5% de los pacientes con artritis reumatoide eran obesos confirmando la asociación de esta enfermedad con la obesidad.

Por último, en este mismo rubro se evaluó a las dislipidemias como factor de riesgo para artritis reumatoide, evidenciando que los pacientes que sufren de alguna dislipemia tienen 3,254 veces mayor probabilidad de tener artritis reumatoide que los pacientes sin dislipidemia, al respecto el estudio de Venegas (17) en el 2022 confirma la asociación de artritis reumatoide con las dislipidemias con una OR de 1,48 y en las que el 62,5% de los pacientes con artritis reumatoide tenían dislipidemia.

Finalmente se analiza los hábitos nocivos como factor de riesgo para artritis reumatoide, demostrándose ambos hábitos nocivos, tabaquismo y alcoholismo no se encuentran asociados a la enfermedad, ya que la probabilidad de error al hacer dicha afirmación supera el 5% establecido como significativo. Aunque, algunas investigaciones han evidenciado que el riesgo elevado de desarrollar la enfermedad puede mantenerse hasta 10 o 20 años después de haber dejado de fumar, además, por cada año de consumo de tabaco, el riesgo aumenta en un 10%. También se ha observado una relación dosis-dependiente, donde un mayor número de cigarrillos consumidos diariamente y una mayor cantidad de paquetes-año se asocian con un incremento en el riesgo de artritis reumatoide. (56)

El análisis multivariado demuestra que esta enfermedad obedece a múltiples factores que cuando se presentan en un mismo paciente pueden incrementar la probabilidad de desarrollar artritis reumatoide, que según el estudio de Watanabe (10) también se asocia con patologías pulmonares y con cuadros depresivo-ansioso y de estrés.

V. CONCLUSIONES

- Los factores de riesgo sociodemográficos y epidemiológicos están asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024.
- Edad mayor de 60 años, sexo femenino, procedencia rural y ocupación ama de casa o trabajos dependientes están asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024.
- Antecedente de la enfermedad en familiar de primer orden, antecedente de hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, dislipidemia están asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024.
- Consumir tabaco y alcohol y el grado de instrucción no están asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024.

VI. RECOMENDACIONES

- Promover estilos de vida y alimentarios adecuados mediante campañas de salud, actividades de promoción de la salud, fomentando el ejercicio y el hábito de realizarse periódicamente exámenes de salud que puedan detectar a tiempo cualquier alteración, estas actividades deben ser realizadas por el personal de salud en todos sus niveles.
- Realizar visitas domiciliarias a pacientes vulnerables o de riesgo para artritis reumatoidea, sobre todo a pacientes de edades avanzadas y a los del sexo femenino orientándoles sobre cuidar sus articulaciones no agregándoles esfuerzos innecesarios, como trabajos manuales o de labores físicas forzadas.
- Llevar un control adecuado de comorbilidades como son hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, mediante consejerías por parte del personal de salud, con fines de prevenir complicaciones de estas enfermedades que incluyen la artritis reumatoide.
- Difundir por diferentes medios los efectos nocivos de los hábitos nocivos, como tabaquismo y alcohol mediante la práctica del deporte y evitar iniciar el consumo de estas sustancias, lo que es posible mediante campañas de difusión por los profesionales de la salud.

VII. Referencias bibliográficas.

1. Scherer HU, Haupl T, Burmester GR. The etiology of rheumatoid arthritis. *J Autoimmun.* 2020;110:102400.
- 2.- Silva-Fernandez L, Macia-Villa C, Seoane-Mato D, Cortes-Verdú R, Romero-Pérez A, Quevedo-Vila V, et al. The prevalence of rheumatoid arthritis in Spain. *Sci Rep.* 2020;10:21551
3. Wouters F, Maurits MP, van Boheemen L, Verstappen M, Mankia K, Matthijssen XME, et al. Determining in which pre-arthritis stage HLA-shared epitope alleles and smoking exert their effect on the development of rheumatoid arthritis. *Ann Rheum Dis.* 2022;81:48–55.
- 4.- Di Matteo A, Bathon JM, Emery P. Rheumatoid arthritis. *Lancet.* 2023 Nov 25;402(10416):2019-2033. doi: 10.1016/S0140-6736(23)01525-8. Epub 2023 Oct 27. PMID: 38240831.
- 5.- Hysa E, Gotelli E, Campitiello R, Paolino S, Pizzorni C, Casabella A, Sulli A, Smith V, Cutolo M. Vitamin D and Muscle Status in Inflammatory and Autoimmune Rheumatic Diseases: An Update. *Nutrients.* 2024 Jul 19;16(14):2329. doi: 10.3390/nu16142329. PMID: 39064771; PMCID: PMC11280097.
- 6.- Cush JJ. Rheumatoid Arthritis: Early Diagnosis and Treatment. *Rheum Dis Clin North Am.* 2022 May;48(2):537-547. doi: 10.1016/j.rdc.2022.02.010. PMID: 35400377.
- 7.- Soto-Gil M. Factores de riesgo ateroscleróticos asociados a la Artritis Reumatoide Cuba 2022. Convención Científica XL Aniversario Hospital Hermanos Ameijeiras. <https://convencionhha.sld.cu/index.php/convxlhha/conv2022/paper/view/394>
- 8.- Peralta Rodríguez, E. Actividad de la enfermedad y factores asociados en pacientes con artritis reumatoide México 2024. URI: <https://ri.ujat.mx/handle/200.500.12107/4859>
- 9.- Durán Y, Andrade-Vera E. Factor reumatoide y antecedentes clínicos asociados a la prevalencia de enfermedad reumática en adultos de chone provincia de Manabí 2022. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar,* 6(2), 597-611. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v6i2.1909
- 10.- Watanabe R. Prevalencia y factores predictivos de la artritis reumatoide de difícil tratamiento: la cohorte KURAMA 2021. *Medicina inmunológica,* 45 (1), 35–44. <https://doi.org/10.1080/25785826.2021.1928383>
- 11.- Xu Y, Wu Q. Tendencia de prevalencia y disparidades en la artritis reumatoide entre adultos estadounidenses, 2005-2018. *Journal of Clinical Medicine.* 2021; 10(15):3289. <https://doi.org/10.3390/jcm10153289>

- 12.- Bravo Mego N. Caracterización clínica según grupo etéreo de pacientes con artritis reumatoide 2024. Vol. 14, núm. 3 (2024). <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1403>
- 13.- Laqui Calizaya, W. Medidas preventivas relacionadas con la artritis reumatoidea en pacientes del Hospital Carlos Monge Medrano Juliaca 2023. URI: <https://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/91>
- 14.- Condori Castro, C. (2024). Valoración del estado nutricional y sarcopenia en adultos con artritis reumatoide atendidos en consulta externa, Hospital Hipólito Unanue, Tacna – Perú, 2023. *Nutrición Clínica Y Dietética Hospitalaria*, 44(3). <https://doi.org/10.12873/443condori>
- 15.- Bravo Mego, N. Características clínicas de pacientes con artritis reumatoide atendidos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, junio 2021 - diciembre 2022. URI <http://hdl.handle.net/20.500.14142/466>
- 16.- Saavedra Guzman, P. Factores de riesgo, aspectos clínicos y epidemiológicos de artritis reumatoide Hospital II – 1 MINSA. Trujillo 2022. URI. <https://hdl.handle.net/20.500.12692/131792>
- 17.- Venegas Carrión, K. Artritis reumatoide como factor asociado a dislipidemia en pacientes atendidos en el hospital Víctor Lazarte Echegaray 2022. <https://hdl.handle.net/20.500.12759/9026>
- 18.- Alfaro Flores, Í. Relación entre el índice neutrófilo-linfocitario y la actividad de la enfermedad en pacientes con artritis reumatoide Trujillo 2025. URI. <https://hdl.handle.net/20.500.14414/23257>
- 19.- Flores, A. Manifestaciones extraarticulares asociados a la artritis reumatoidea en el Hospital Regional de Ica, 2020. Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano, Escuela Académico Profesional de Medicina Humana, Universidad Continental, Huancayo, Perú.
- 20.- Toro C. Guía de práctica clínica para la detección temprana, el diagnóstico, el tratamiento y el seguimiento de los pacientes con artritis reumatoide. Asociación Colombiana de Reumatología, 2022. *Revista Colombiana de Reumatología* 31(2), Abril-Junio 2024, Pág 205-222. <https://doi.org/10.1016/j.rcreu.2023.02.001>
- 21.- Hernao-Pérez J. Psiconeuroinmunoendocrinología de la Respuesta al Estrés, el Ciclo Circadiano y la Microbiota en la Artritis Reumatoide. *Revista Colombiana de Psiquiatría* Vol (52), Suplemento 1, diciembre de 2023, páginas S136-S145 <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2021.10.003>

- 22.- Finckh, A., Gilbert, B., Hodkinson, B. et al. Epidemiología global de la artritis reumatoide. *Nat Rev Rheumatol* 18 , 591–602 (2022). <https://doi.org/10.1038/s41584-022-00827-y>
- 23.- Wu CY, Yang HY, Luo SF, Lai JH. Del factor reumatoide a los anticuerpos antiproteína citrulinada y antiproteína carbamylada para el diagnóstico y la predicción del pronóstico en pacientes con artritis reumatoide. *Revista internacional de ciencias moleculares* . 2021; 22(2):686. <https://doi.org/10.3390/ijms22020686>
- 24.- Crisol-Deza D. Conocimiento y preocupación sobre la artritis reumatoide en la población de Huacho, Perú, 2021. *Rev Cuba Reumatol* vol.23 no.2 La Habana mayo.-ago. 2021 Epub 01-Ago-2021
- 25.- Alivernini S, et al. Distinct synovial tissue macrophage subsets regulate inflammation and remission in rheumatoid arthritis. *Nat Med*. 2020 Aug;26(8):1295-1306. doi: 10.1038/s41591-020-0939-8. Epub 2020 Jun 29. PMID: 32601335.
- 26.- Castillo Rojas, J. F., & Ortiz Tejedor, J. G. (2025). Factor reumatoideo y anti-CCP, utilidad diagnóstica y relación con la severidad de la artritis reumatoide. *Revista Vive*, 8(22), 25–38. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v8i22.360>
- 27.- Alivernini, S. The pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Immunity* 55, December 13, 2022 ^a 2022. <https://doi.org/10.1016/j.immuni.2022.11.009>
- 28.- Ainsworth RI, et al. Systems-biology analysis of rheumatoid arthritis fibroblast-like synoviocytes implicates cell line-specific transcription factor function. *Nat Commun*. 2022 Oct 20;13(1):6221. doi: 10.1038/s41467-022-33785-w. PMID: 36266270; PMCID: PMC9584907.
- 29.- Ariadne V. Características clínicas, diagnóstico y tratamiento de la artritis reumatoide. *Physician Assistant Clinics*. Volumen 6 , Número 1 p41-60 Enero 2021. [https://physicianassistant.theclinics.com/article/S2405-7991\(20\)30068-2/abstract](https://physicianassistant.theclinics.com/article/S2405-7991(20)30068-2/abstract)
- 30.- Díaz-González F. Artritis reumatoide. *Medicina Clínica* 161 (2023) 533–542. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2023.07.014>
- 31.- Nilsson, J. et al. Influencia de la edad y el sexo en la evolución de la enfermedad y el tratamiento de la artritis reumatoide 2021. *Open Access Rheumatology: Research and Reviews* , 13 , 123–138. <https://doi.org/10.2147/OARRR.S306378>
- 32.- Ke, Y., Dai, X., Xu, D. et al. Características y resultados de la artritis reumatoide en ancianos: ¿importa la edad de aparición? Un estudio comparativo de un solo centro en China. *Rheumatol Ther* 8 , 243–254 (2021). <https://doi.org/10.1007/s40744-020-00267-8>

- 33.- Monu, Agnihotri, P. y Biswas, S. Glicación AGE/no AGE: un evento importante en la fisiopatología de la artritis reumatoide. *Inflammation* 45 , 477–496 (2022). <https://doi.org/10.1007/s10753-021-01589-7>
- 34.- Smith MH , Berman JR. ¿Qué es la artritis reumatoide? *JAMA*. 2022;327(12):1194. doi:10.1001/jama.2022.0786
- 35.- Zhang, C."Flare-up of cytokines in rheumatoid arthritis and their role in triggering depression: Shared common function and their possible applications in treatment (Review)". *Biomedical Reports* 14.1 (2021): 16.
- 36.- Gwinnutt J. Influencia del apoyo social, la situación financiera y el estilo de vida en la disparidad entre inflamación y discapacidad en la artritis reumatoide. *Investigación y atención* Volumen 75 , número 5. 2023. Páginas 1026-1035. <https://doi.org/10.1002/acr.24996>
- 37.- Figus F. Artritis reumatoide: manifestaciones extraarticulares y comorbilidades. Reseñas sobre autoinmunidad. Volumen 20, Número 4, Abril 2021, 102776. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2021.102776>
- 38.- Castillo-González W. Kinesthetic treatment on stiffness, quality of life and functional independence in patients with rheumatoid arthritis. *AG Salud* [Internet]. 2023 Oct. 15 [cited 2025 Feb. 2];1:20. Available from: <https://agsalud.ageditor.org/index.php/agsalud/article/view/19>
- 39.- Nadia MT et al. Utilización de la atención sanitaria y carga económica de la artritis reumatoide difícil de tratar: el coste de la enfermedad estudio, *Reumatología* , Volumen 60, Número 10, octubre de 2021, Páginas 4681–4690, <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keab078>
- 40.- Morf, H., da Rocha Castelar-Pinheiro, G., Vargas-Santos, AB et al. Impacto de los factores clínicos y psicológicos asociados a la depresión en pacientes con artritis reumatoide: estudio comparativo entre Alemania y Brasil. *Clin Rheumatol* 40 , 1779–1787 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10067-020-05470-0>
- 41.- Bennett, JL, Pratt, AG, Dodds, R. et al. Sarcopenia reumatoide: pérdida de fuerza y masa del músculo esquelético en la artritis reumatoide. *Nat Rev Rheumatol* 19 , 239–251 (2023). <https://doi.org/10.1038/s41584-023-00921-9>
- 42.- Vazquez-Villegas, ML, Gamez-Nava, JI, Saldaña-Cruz, AM et al. La discapacidad funcional está relacionada con los niveles séricos de quemerina en la artritis reumatoide. *Sci Rep* 11 , 8360 (2021). <https://doi.org/10.1038/s41598-021-87235-6>

- 43.- Qiu, M., Jiang, J., Nian, X. et al. Factores asociados con la mortalidad en la enfermedad pulmonar intersticial asociada a la artritis reumatoide: una revisión sistemática y un metanálisis. *Respir Res* 22 , 264 (2021). <https://doi.org/10.1186/s12931-021-01856-z>
- 44.- Motta F, Bizzaro N, Giavarina D, et al. Rheumatoid factor isotypes in rheumatoid arthritis diagnosis and prognosis: a systematic review and meta-analysis. *RMD Open* 2023;9:e002817. doi:10.1136/rmdopen-2022-002817
- 45.- Sparks J. et al. Prevalencia, incidencia y mortalidad por causa específica de la enfermedad pulmonar intersticial asociada a la artritis reumatoide entre pacientes mayores con artritis reumatoide, *Reumatología* , Volumen 60, Número 8, agosto de 2021, Páginas 3689–3698, <https://doi.org/10.1093/rheumatology/keaa836>
- 46.- Vasco R. Etiología y factores de riesgo de la artritis reumatoide: una revisión de los últimos avances. *Medicina* . , 25 de noviembre de 2021. Sec. Reumatología. Volumen 8 - 2021 | <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.689698>
- 47.- Novella-Navarro M. Factores de riesgo para el desarrollo de artritis reumatoide en pacientes con artritis indiferenciada y artralgia inflamatoria España. *Med* . , 14 de junio de 2021 Sec. Reumatología Volumen 8 - 2021 | <https://doi.org/10.3389/fmed.2021.668898>
- 48.- Petrovska N. La fase preclínica de la artritis reumatoide: de los factores de riesgo a la prevención de la artritis. *Reseñas sobre autoinmunidad*. Volumen 20, número 5 , mayo de 2021, 10279. <https://doi.org/10.1016/j.autrev.2021.102797>
- 49.- Padyukov, L. Genética de la artritis reumatoide. *Semin Immunopathol* 44 , 47–62 (2022). <https://doi.org/10.1007/s00281-022-00912-0>
- 50.- Maeda K, Yoshida K, Nishizawa T, Otani K, Yamashita Y, Okabe H, Hadano Y, Kayama T, Kurosaka D, Saito M. Inflamación y metabolismo óseo en la artritis reumatoide: mecanismos moleculares de destrucción articular y tratamientos farmacológicos. *Revista internacional de ciencias moleculares* . 2022; 23(5):2871. <https://doi.org/10.3390/ijms23052871>
- 51.- Schönenberger KA, Schüpfer AC, Gloy VL, Hasler P, Stanga Z, Kaegi-Braun N, Reber E. Efecto de las dietas antiinflamatorias sobre el dolor en la artritis reumatoide: una revisión sistemática y un metanálisis. *Nutrients* . 2021; 13(12):4221. <https://doi.org/10.3390/nu13124221>
- 52.- Asoudeh F. Cafeína, café, té y riesgo de artritis reumatoide: revisión sistemática y metanálisis dosis-respuesta de estudios de cohorte prospectivos. *Nutrición* , 09 de febrero de 2022 Sec. Nutrición Clínica Volumen 9 - 2022 | <https://doi.org/10.3389/fnut.2022.822557>
- 53.- Cari Checa E. Manifestaciones clínicas bucales y su relación con la Artritis Reumatoide. DOI: <https://doi.org/10.55204/pmea.50>

- 54.- Scucuglia Heluany C. Mecanismos tóxicos del humo del cigarrillo y de la inhalación de vapores de tabaco que calientan el cuerpo en la artritis reumatoide. *Ciencia del medio ambiente total* Volumen 809 ,25 de febrero de 2022, 151097. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2021.151097>
- 55.- Lopez-Olivo, MA, Michaud, K., Schumacher, R. et al. Patrones de abandono del hábito tabáquico, utilidad de los métodos para dejar de fumar y motivadores y barreras para dejar de fumar en pacientes con artritis reumatoide. *Clin Rheumatol* 42 , 2053–2068 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10067-023-06593-w>
- 56.- Fareed S, Hussain S, Batoool S, Amir A, Khattak N, Ali M. El papel del fumar tabaco en la causa de hipomagnesemia y artritis reumatoide. *Pak J Physiol* 30 de junio de 2021;17(2):46-50. Disponible en: <https://pjp.pps.org.pk/index.php/PJP/article/view/1331>
- 57.- Venetsanopoulou, AI, Alamanos, Y., Voulgari, PV y Drosos, AA (2022). Epidemiología de la artritis reumatoide: influencias genéticas y ambientales. *Expert Review of Clinical Immunology*, 18 (9), 923–931. <https://doi.org/10.1080/1744666X.2022.2106970>

Anexos

Matriz de consistencia

| Problema | Objetivo | Hipótesis | Operacionalización | Método |
|---|---|--|--|---|
| | | | Variable | |
| <p>Problema general ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024?</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo epidemiológicos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024?</p> <p>¿Cuáles son los hábitos nocivos de riesgo asociados</p> | <p>Objetivo general Determinar los factores de riesgo asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024</p> <p>Objetivos específicos Determinar los factores de riesgo sociodemográficos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024</p> <p>Determinar los factores de riesgo epidemiológicos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024</p> <p>Determinar los hábitos nocivos de riesgo asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024</p> | <p>Hipótesis general Ha: Los factores de riesgo sociodemográficos, epidemiológicos y hábitos nocivos están asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024</p> <p>Hipótesis específica Ha: Los factores de riesgo sociodemográficos edad, sexo, grado de instrucción, procedencia y ocupación están asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024</p> <p>Ha: Los factores de riesgo epidemiológicos antecedente familiar de primer orden, antecedente de hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad, dislipidemia están asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024</p> | <p>Variable dependiente Artritis reumatoide</p> <p>Variabes independientes Factores sociodemográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Edad • Sexo • Grado de instrucción • Procedencia • Ocupación <p>Factores epidemiológicos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Antecedente familiar de primer orden • Hipertensión arterial • Diabetes mellitus tipo 2 • Obesidad • Dislipidemia <p>Hábitos nocivos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Consumo de tabaco • Consumo de alcohol | <p>Diseño Investigación observacional, transversal, retrospectiva y analítica.</p> <p>Nivel: Relacional</p> <p>Tipo. Casos y controles</p> <p>Población. Constituido por los pacientes que sufren de artritis reumatoide diagnosticados entre los años 2020 a 2024 que son 160 pacientes.</p> <p>Muestra n= 114 casos (Pacientes con artritis reumatoide) y 228 controles (Pacientes sin artritis reumatoide)</p> <p>Técnica: Documental.</p> |

| | | | |
|---|--|--|--|
| <p>a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024?</p> | | <p>Ha: Los hábitos nocivos de riesgo consumir tabaco y alcohol están asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024</p> | <p>Instrumento: ficha de recolección de datos</p> |
|---|--|--|--|

Operacionalización de variables

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Indicadores | Categoría | Instrumento |
|--|---|---|---|---|----------------|
| Variable dependiente Artritis reumatoide | Enfermedad autoinmune, crónica e inflamatoria que afecta principalmente a las articulaciones, provocando dolor, hinchazón, rigidez y deformidad progresiva. | Criterios Diagnósticos de Artritis Reumatoide (AR) Se considera diagnóstico de AR cuando un paciente obtiene ≥ 6 puntos en la escala siguiente: | Compromiso articular Serología Reactantes de fase aguda Duración de los síntomas | Presente Ausente | Ficha de datos |
| Variables independientes Edad | Es el tiempo que indica el número de años vividos por un individuo | Fecha de diagnóstico menos fecha de nacimiento | Años | 60 a más años < 60 años | |
| Sexo | Características biológicas que distinguen a los hombres de las mujeres | Característica sexual | Sexo | Masculino Femenino | |
| Grado de instrucción | Nivel máximo de educación formal alcanzado por una persona | Años de estudio | Nivel | Primaria Secundaria Superior | |
| Procedencia | Lugar de origen o residencia de una persona, que puede influir en su acceso a servicios de salud y condiciones de vida. | Lugar donde vive | Lugar | Urbana Rural | |
| Ocupación | Actividad laboral o profesión que desempeña una persona, la cual puede tener implicaciones en su salud y estilo de vida. | Actividad laboral | Tipo de trabajo | Ama de casa Dependiente Independiente | |
| Antecedente familiar de primer orden | Historial de enfermedades en familiares directos (padres, hermanos, hijos), relevante para evaluar predisposición genética. | Presencia de la enfermedad en un familiar de primer orden | Antecedente | Si No | |
| Hipertensión arterial | Enfermedad crónica caracterizada por una presión | Presión arterial elevada | Presión arterial sistólica y diastólica | Si HTA No HTA | |

| | | | | | |
|--------------------------|--|--|--|--------------------------|--|
| | arterial elevada (>140/90 mmHg), lo que aumenta el riesgo cardiovascular. | | | | |
| Diabetes mellitus tipo 2 | Trastorno metabólico crónico en el que el cuerpo presenta resistencia a la insulina o deficiencia en su producción, resultando en hiperglucemia. | Glucemia en ayunas ≥ 126 mg/dL HBA1C $\geq 6.5\%$ Tolerancia a la glucosa a las 2h ≥ 200 mg/dL Glucemia aleatoria ≥ 200 mg/dL + Síntomas clásicos. | Glucosa sérica | Si DM2 No DM2 | |
| Obesidad | Acumulación excesiva de grasa corporal que puede afectar la salud, definida por un índice de masa corporal (IMC) ≥ 30 kg/m ² . | Exceso de peso con IMC | Peso Talla | IMC 30 a más IMC < 30 | |
| Dislipidemia | Alteración en los niveles de lípidos en la sangre (colesterol y triglicéridos), lo que incrementa el riesgo de enfermedades cardiovasculares. | Colesterol total $200 \geq$ mg/dl LDL ≥ 100 gm/dl HDL < 40 (hombres) HDL < 50 (mujeres) Triglicéridos ≥ 150 mg/dl | Alteración de cualquiera de los parámetros | Si No | |
| Consumo de tabaco | Inhalación o masticación de productos derivados del tabaco, como cigarrillos, que pueden | Consumo habitual de tabaco y/o sus derivados | Consumo | Si No | |
| Consumo de alcohol | Ingesta de bebidas alcohólicas, crónicamente | Consumo crónico de alcohol | Consumo | Si No | |

Instrumentos de recolección de información



FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Factores de riesgo asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024

Ficha N° _____

Artritis reumatoide

Los criterios diagnósticos de artritis reumatoide (AR) más utilizados son los establecidos por el Colegio Americano de Reumatología (ACR) y la Liga Europea Contra el Reumatismo (EULAR) en 2010.

Criterios ACR/EULAR 2010 para el diagnóstico de AR

Se basa en un sistema de puntuación (0-10 puntos) que evalúa 4 dominios:

1. Compromiso articular (0-5 puntos)

1 articulación grande → 0 puntos

2-10 articulaciones grandes → 1 punto

1-3 articulaciones pequeñas (con o sin grandes) → 2 puntos

4-10 articulaciones pequeñas → 3 puntos

≥ 10 articulaciones (al menos 1 pequeña) → 5 puntos

2. Serología (autoanticuerpos) (0-3 puntos)

Factor reumatoide (FR) y/o anti-CCP negativos → 0 puntos

FR y/o anti-CCP en valores bajos → 2 puntos

FR y/o anti-CCP en valores altos → 3 puntos

3. Reactantes de fase aguda (0-1 punto)

PCR y/o VSG normales → 0 puntos

PCR y/o VSG elevados → 1 punto

4. Duración de los síntomas (0-1 punto)

< 6 semanas → 0 puntos

≥ 6 semanas → 1 punto

Diagnóstico de AR: Se establece si el paciente tiene ≥ 6 puntos (de un total de 10).

(Presente) (Ausente)

Edad _____ años

(≥ 60 años) (< 60 años)

Sexo: (Masculino) (Femenino)

Grado de instrucción: (Primaria) (Secundaria) (Superior)

Procedencia: (Ica distrito) (Otros distritos)

Ocupación

(Ama de casa) (Dependiente_ Profesionales del sector público, obreros, campesinos)

(Independientes= Microempresarios)

Antecedente familiar de primer orden

(Si) (No)

Hipertensión arterial (Si) (No)

Diabetes mellitus tipo 2: (Si) (No)

Obesidad: Peso _____ kg Talla _____ metros IMC-----

(IMC ≥ 30) (IMC < 30)

Dislipidemia

Colesterol total $200 \geq$ mg/dl _____

LDL c ≥ 100 gm/dl _____

HDL < 40 (hombres) _____

HDL < 50 (hombres) _____

Triglicéridos ≥ 150 mg/dl _____

(Presente) (Ausente)

Consumo de tabaco

(Consume) (No consume)

Consumo de alcohol

(Consume) (No consume)

Título: Factores de riesgo asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1 Apellidos y Nombres del Experto:.....
 1.2 Cargo e institución donde labora:.....
 1.3 Tipo de Experto: Metodólogo Especialista Estadístico
 1.4 Nombre del instrumento: Ficha de datos
 1.5 Autor (a) del instrumento: GERONIMO ESPINO CARLOS SALVADOR

Informe de Opinión de Experto

II.- ASPECTOS DE VALIDACIÓN:

| INDICADORES | CRITERIOS | Deficiente 00 – 20% | Regular 21 -40% | Buena 41 -60% | Muy Buena 61 -80% | Excelente 81 -100% |
|-----------------|--|------------------------|--------------------|------------------|----------------------|-----------------------|
| CLARIDAD | Esta formulado con un lenguaje claro. | | | | | |
| OBJETIVIDAD | No presenta sesgo ni induce respuestas | | | | | |
| ACTUALIDAD | Está de acuerdo a los avances teóricos | | | | | |
| ORGANIZACION | Existe una organización lógica y coherente de los ítems. | | | | | |
| SUFICIENCIA | Comprende aspectos en calidad y cantidad. | | | | | |
| INTENCIONALIDAD | Adecuado para describir las variables de estudio | | | | | |
| CONSISTENCIA | Basados en aspectos teóricos y científicos. | | | | | |
| COHERENCIA | Entre los índices e indicadores. | | | | | |
| METODOLOGIA | La estrategia responde al propósito de la investigación | | | | | |

III.- OPINIÓN DE APLICABILIDAD:

..... (Comentario del juez experto respecto al instrumento)

IV.- PROMEDIO DE VALORACIÓN

Lugar y Fecha: Ica

de 2025

Firma del Experto

D.N.I N°

Teléfono

FIGURAS

Figura 1. Factores de riesgo sociodemográficos, asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Edad

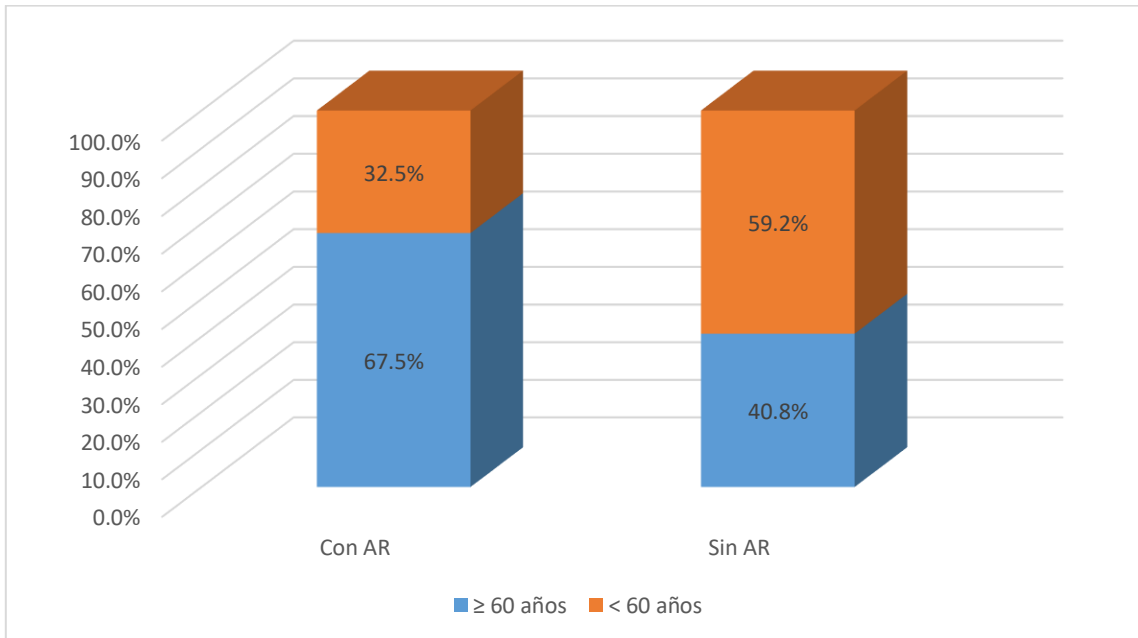


Figura 2. Factores de riesgo sociodemográficos, asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Sexo

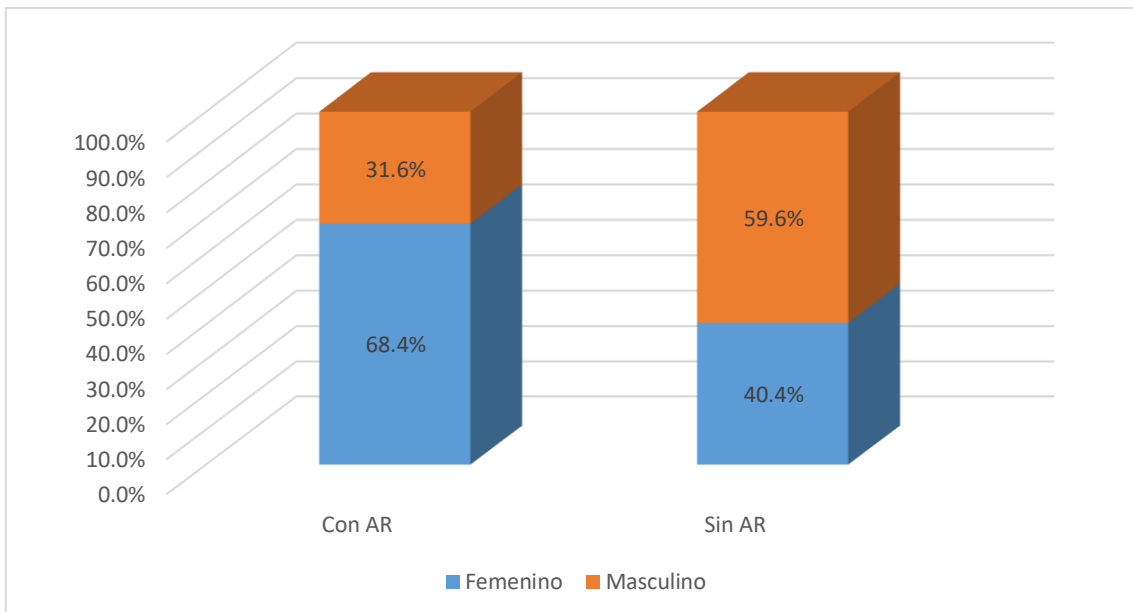


Figura 3. Factores de riesgo sociodemográficos, asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Grado de instrucción

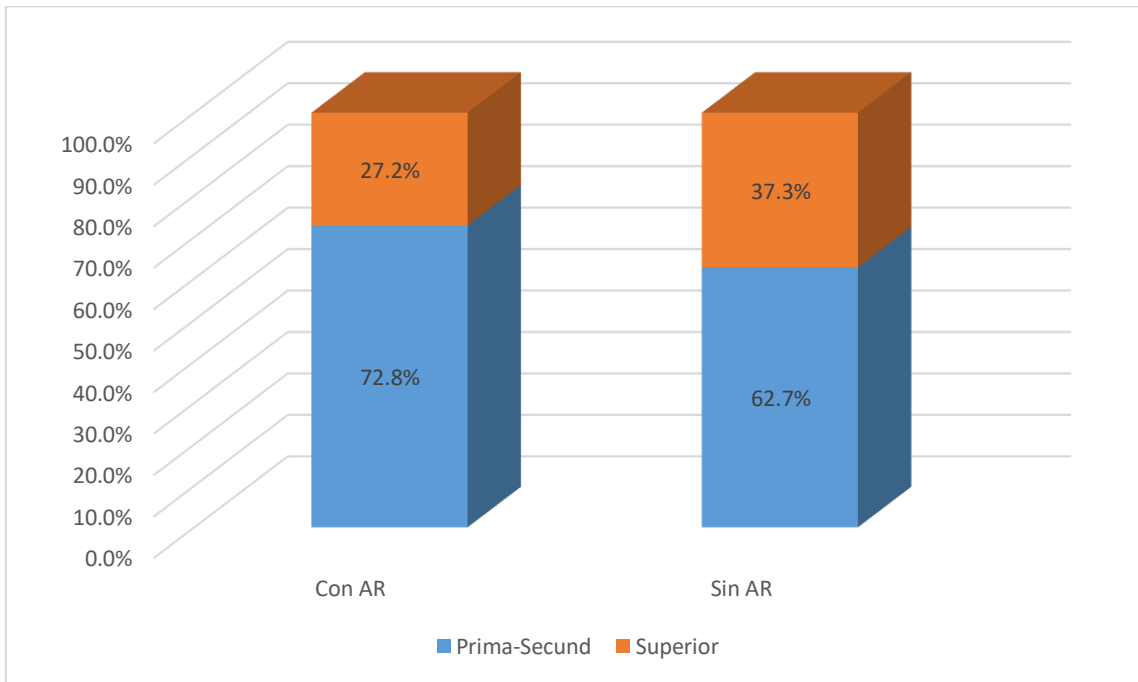


Figura 4. Factores de riesgo sociodemográficos, asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Procedencia

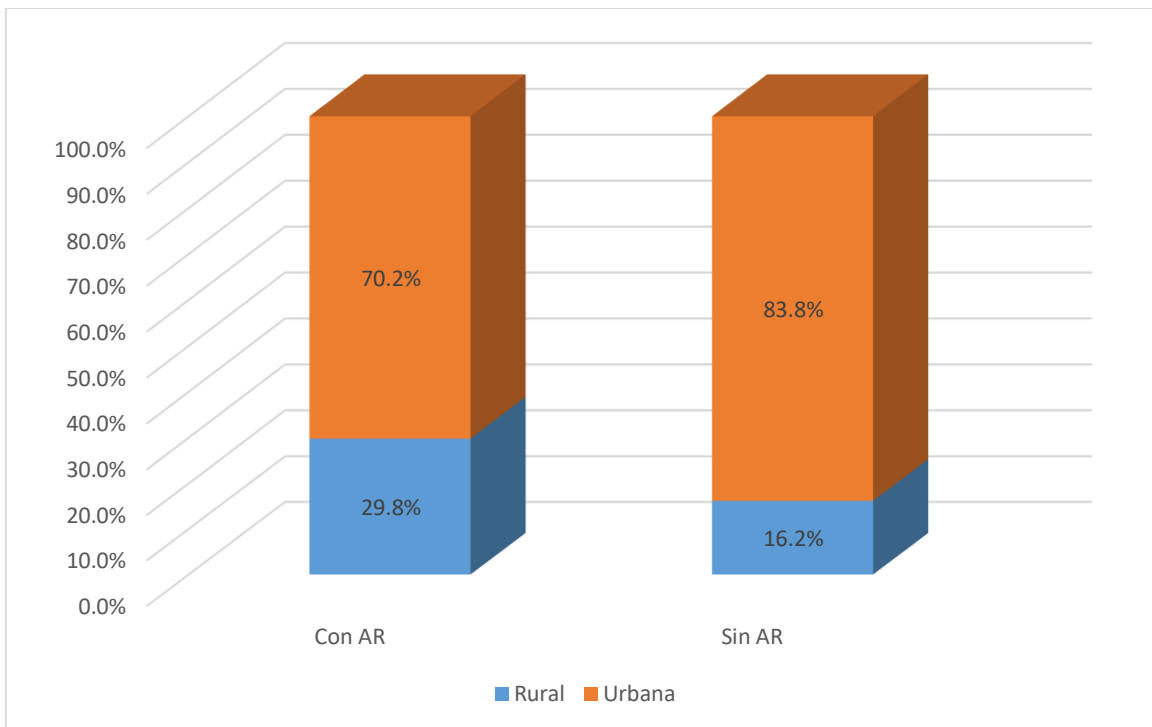


Figura 5. Factores de riesgo sociodemográficos, asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Ocupación

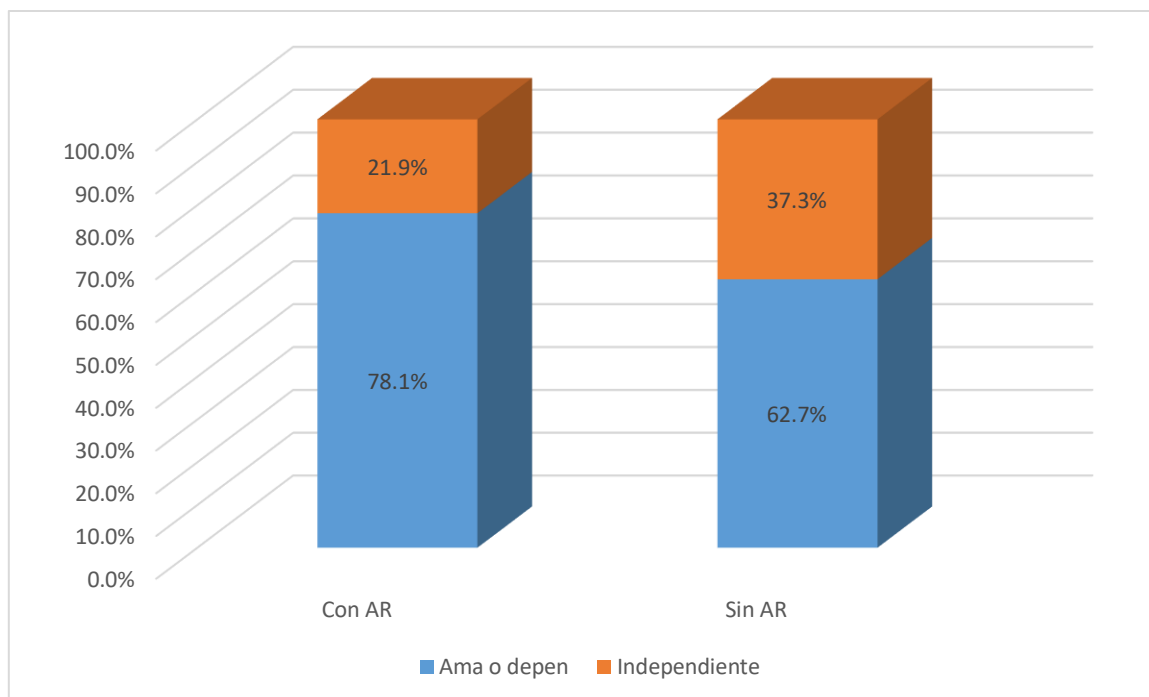


Figura 6. Factores de riesgo epidemiológicos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Antecedente familiar

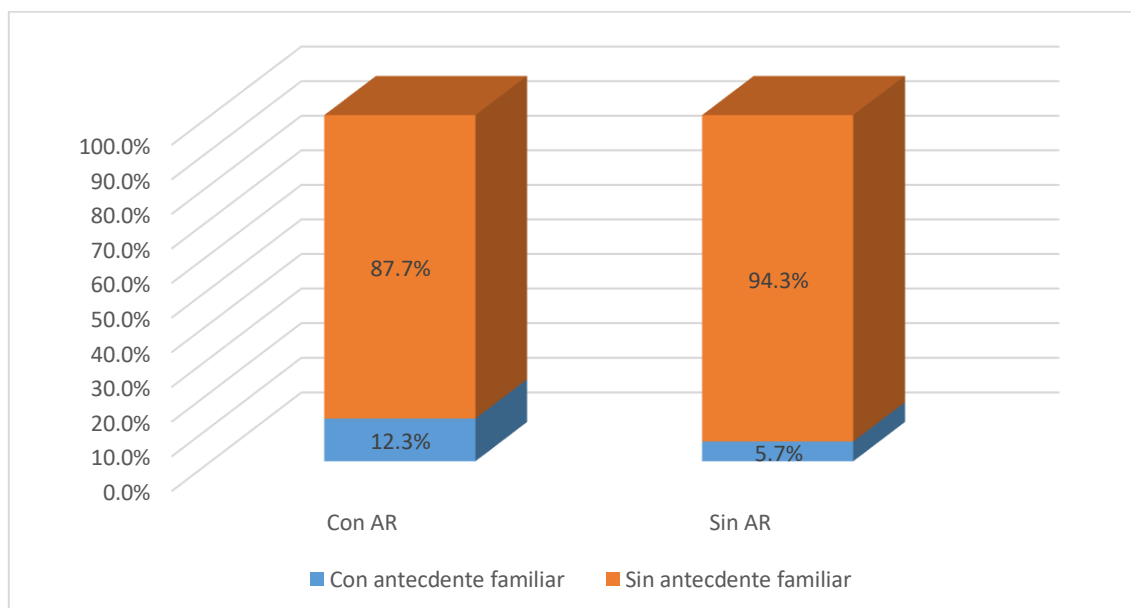


Figura 7. Factores de riesgo epidemiológicos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Hipertensión arterial

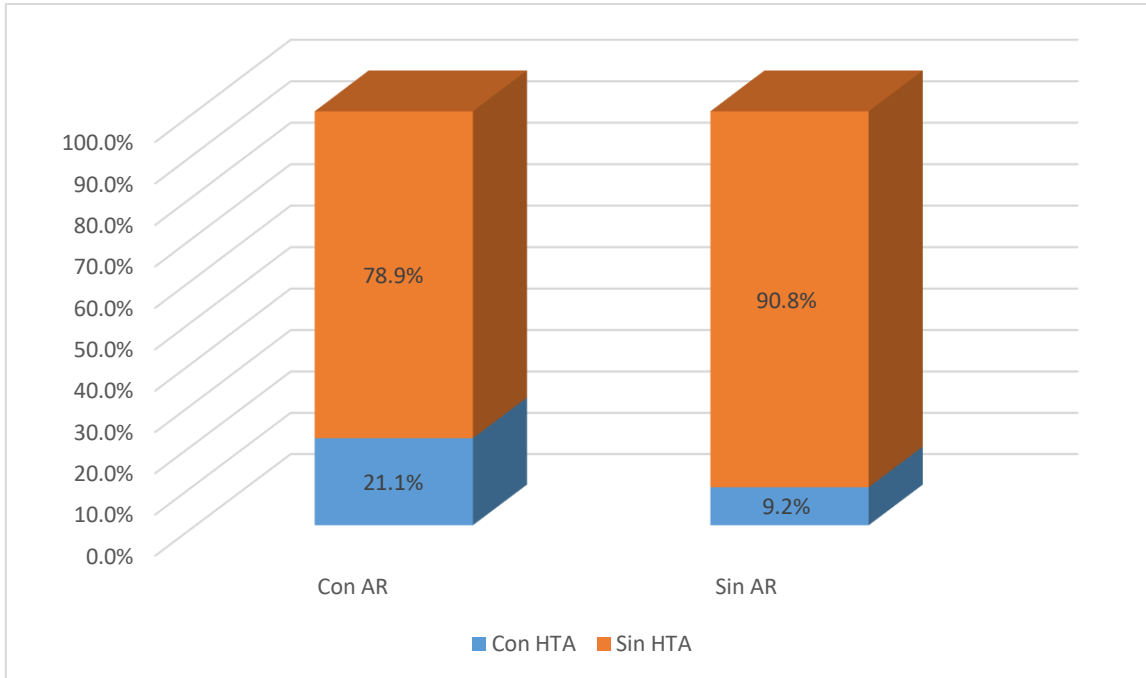


Figura 8. Factores de riesgo epidemiológicos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Diabetes mellitus

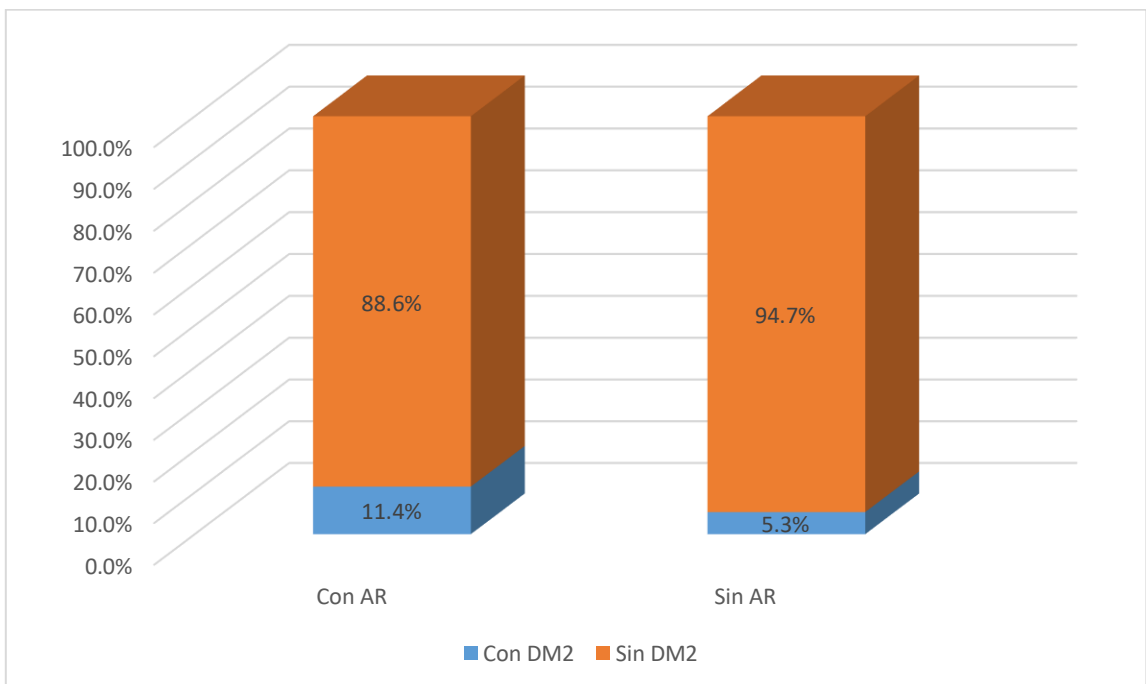


Figura 9. Factores de riesgo epidemiológicos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Obesidad

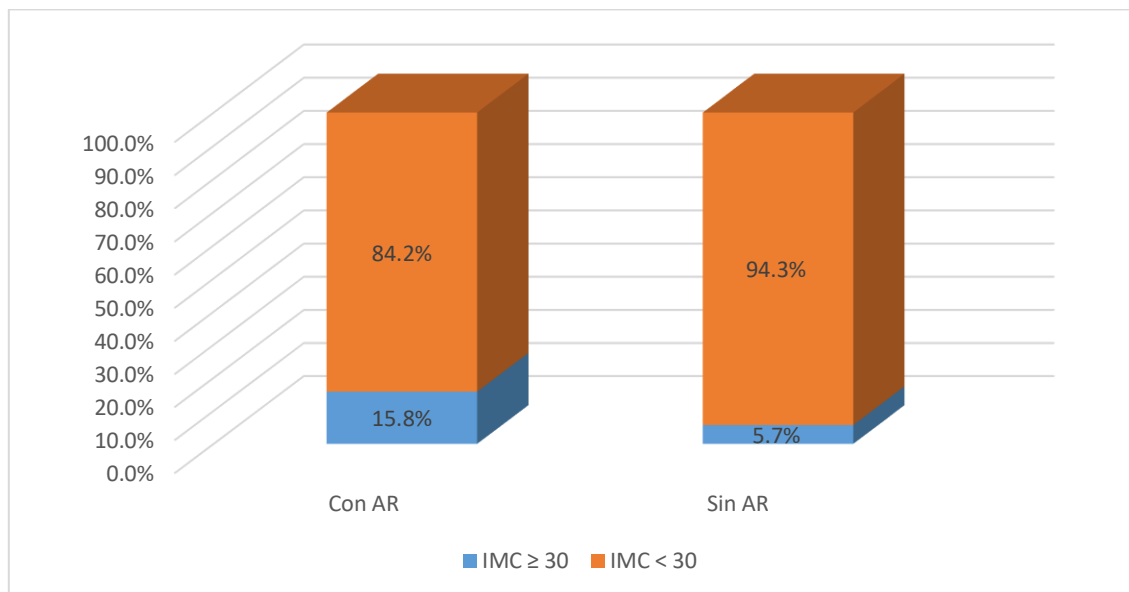


Figura 10. Factores de riesgo epidemiológicos asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Dislipidemia

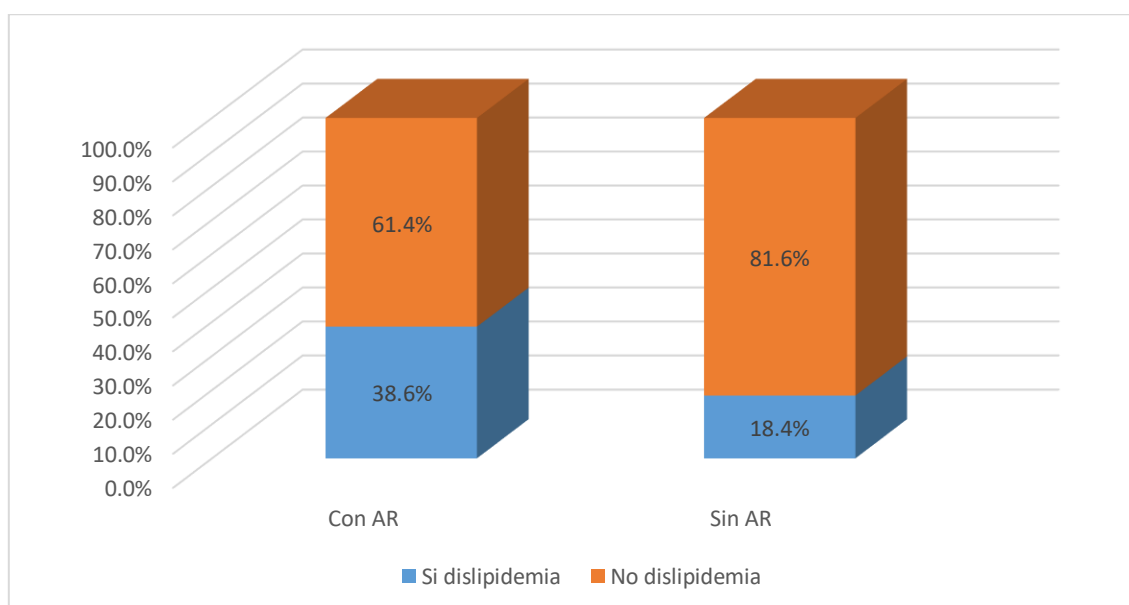


Figura 11. Hábitos nocivos de riesgo asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Consumo de tabaco

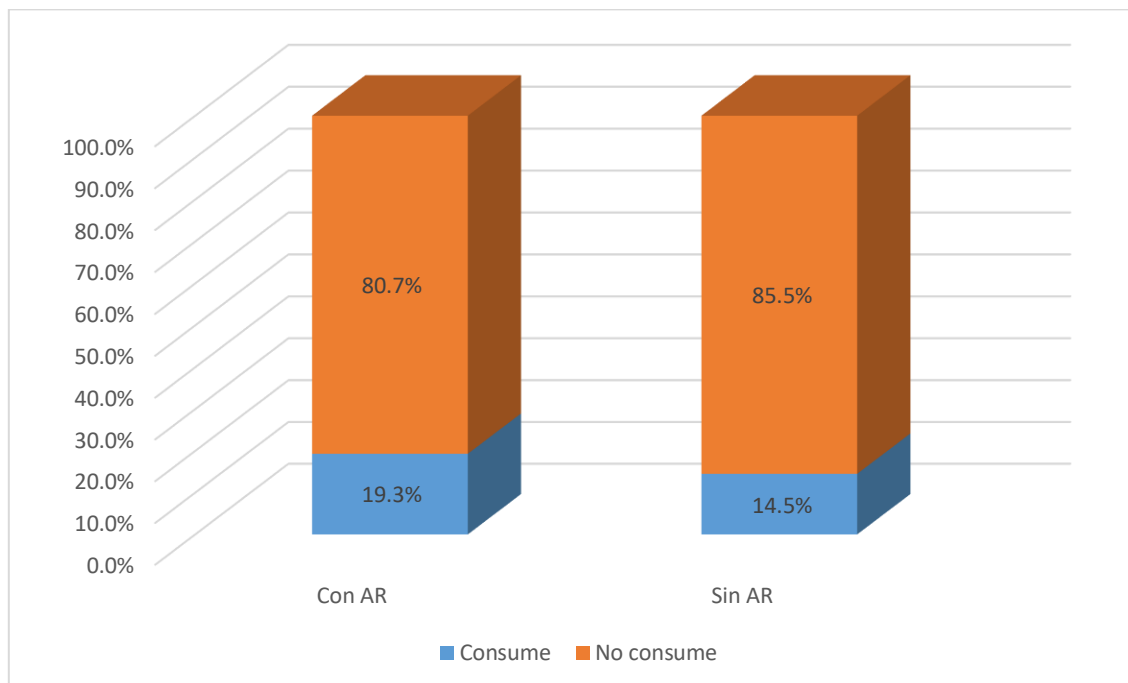


Figura 12. Hábitos nocivos de riesgo asociados a la artritis reumatoide en pacientes atendidos en el Hospital Regional de Ica 2020 al 2024: Consumo de alcohol

