

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE MEDICINA Y CIRUGÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Medicina y Cirugía*

**“EFECTO DE LAS TERAPIAS
BIOLÓGICAS VERSUS TERAPIAS
CONVENCIONALES COMO TRATAMIENTO
EN PACIENTES ADULTOS CON ARTRITIS
REUMATOIDE RELACIONADO CON LA
CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD:
REVISIÓN SISTEMÁTICA 2015-2025”**

STHEFANIE VÍQUEZ ORDOÑEZ

TUTOR: MAXIN CUBERO DOUDINSKEI

Diciembre, 2025

INDICE DE CONTENIDO

INDICE DE TABLAS.....	5
INDICE DE FIGURAS.....	5
DEDICATORIA	6
AGRADECIMIENTO	7
CAPÍTULO I.....	5
EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	5
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	9
1.1.1 Antecedentes del problema.....	9
1.1.2 Delimitación del problema.....	11
1.1.3 Justificación	12
1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	13
1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN	13
1.3.1 Objetivo General	13
1.3.2 Objetivos específicos	13
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	14
1.4.1 Alcances de la investigación	14
1.4.2 Limitaciones de la investigación	15
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1 EL CONTEXTO TEORICO CONCEPTUAL.....	16
2.1.1 Calidad de vida.....	16
2.1.2 Funcionalidad.....	17
2.2.1 Fisiopatología.....	18
2.3.1 Epidemiología y prevalencia	19
2.3.1 Factores de riesgo y desencadenantes: genéticos, ambientales, inmunológicos.	20

2.4	Diagnóstico y criterios diagnósticos	20
2.5	Factores pronósticos de la enfermedad	21
2.5.1	Factores sociodemográficos	23
2.5.2	Factores dependientes de la enfermedad	23
2.7	Impacto de la artritis reumatoide en la calidad de vida	25
	CAPITULO III	36
	MARCO METODOLÓGICO	36
3.1	ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	29
	Tabla N°1. Siglas para elaborar la pregunta PICO	29
3.2	TIPO DE INVESTIGACIÓN	30
3.3	UNIDADES DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO	30
3.3.1	Población	31
3.3.2	Muestra	31
3.3.3	Criterios de inclusión y exclusión para la selección de estudios	32
	Tabla N°2. Criterios de inclusión y exclusión	32
3.4	INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION	33
	Tabla N°3. Estrategias de búsqueda que utilizan los descriptores y operadores boléanos	33
	33
3.5	DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	34
	Figura N°1. Flujograma de PRISMA	35
	Tabla N°4. Palabras clave utilizadas para la revisión sistemática	36
	Tabla N°5. Artículos encontrados en las distintas bases de datos	37
3.6	OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES	37
3.7	PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS	37
3.8	ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS	38
3.9	ANÁLISIS DE DATOS	39

PRESENTACION DE RESULTADOS	36
4.1 Resultados de la investigación	41
4.1.2 Estudios incluidos en la investigación	41
Tabla N° 6. Estudios de revisión sistemática y revisiones narrativas	43
Tabla N°7. Estudios de efectividad clínica y seguridad	45
Tabla N°8. Estudios centrados en calidad de vida y funcionalidad	48
CAPÍTULO V	36
DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE	36
RESULTADOS	36
CAPÍTULO VI	46
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	46
6.1 CONCLUSIONES	57
6.2 RECOMENDACIONES	62
BIBLIOGRAFIA	64
GLOSARIO Y ABREVIATURAS	68

INDICE DE TABLAS

Tabla N°1. Siglas para elaborar la pregunta PICO	29
Tabla N°2. Criterios de inclusión y exclusión	32
Tabla N°3. Estrategias de búsqueda que utilizan los descriptores y operadores boléanos	33
Tabla N°4. Palabras clave utilizadas para la revisión sistemática	36
Tabla N°5. Artículos encontrados en las distintas bases de datos	37
Tabla N° 6. Estudios de revisión sistemática y revisiones narrativas.....	43

INDICE DE FIGURAS

Figura N°1 Flujograma de PRISMA.....	42
--------------------------------------	----

DEDICATORIA

Dedico esta tesis a mi familia, cuyo apoyo incondicional ha sido la base que me sostuvo desde el inicio de esta larga travesía llamada Medicina. Agradezco profundamente cada sacrificio silencioso, cada palabra de aliento y la fe que depositaron en mí incluso en los momentos de duda. Me enseñaron que los sueños se construyen con amor, esfuerzo y constancia.

A mi padre, con especial gratitud, por ser mi mayor ejemplo de disciplina, perseverancia y entrega. Gracias por enseñarme a no rendirme, por impulsarme a seguir adelante aun en los días más difíciles y por recordarme siempre que los logros verdaderos se alcanzan con trabajo y fe.

Extiendo esta dedicatoria a la memoria de mi querido tío Francisco Centeno, quien, aunque ya no me acompaña físicamente, permanece vivo en mi corazón y sigue siendo fuente de fortaleza e inspiración para mí.

Con todo mi cariño y gratitud, les dedico este logro que simboliza no solo una meta alcanzada, sino un sueño compartido con quienes han estado a mi lado en este camino

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios, por concederme la fortaleza, la sabiduría y la perseverancia necesarias para culminar esta etapa tan significativa. Sin Su guía, nada de esto habría sido posible.

A mi familia, gracias por su amor, por los sacrificios realizados y por ser mi soporte constante a lo largo de este proceso académico y personal. Cada página de este trabajo lleva impreso el esfuerzo conjunto de todos ustedes.

Expreso también mi sincero agradecimiento a mi tutor, Dr. Maxin Cubero, por su orientación, disponibilidad y compromiso durante el desarrollo de esta investigación. Su acompañamiento fue fundamental para culminar con éxito este proyecto.

Agradezco igualmente a todos mis profesores y compañeros que, de una u otra manera, contribuyeron a mi formación profesional y humana. Cada experiencia compartida dejó una huella valiosa en mi crecimiento como futura médica.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.1 Antecedentes del problema

Antecedentes del problema: internacionales y nacionales.

Numerosos estudios a nivel internacional han analizado la eficacia de las terapias biológicas en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. En una revisión sistemática desarrollada por la Colaboración Cochrane, se observaron resultados de relevancia clínica, evidenciando que más del 50 % de los pacientes tratados con fármacos biológicos como etanercept o rituximab presentaron una mejoría sustancial respecto a los grupos control tratados con placebo.

No obstante, el uso de estos agentes también se asocia con la aparición de efectos adversos que, en algunos casos, motivaron la suspensión del tratamiento. Estos hallazgos subrayan la importancia de equilibrar la eficacia terapéutica con la tolerabilidad y seguridad al momento de seleccionar la opción más apropiada para cada paciente (Singh JA, Christensen et al., 2009)

En otro estudio, (Lozano, 2011) señaló que la seguridad a largo plazo de las terapias biológicas sigue siendo un aspecto en evaluación constante, ya que distintos registros nacionales han reportado un aumento moderado en la incidencia de infecciones severas en comparación con los tratamientos convencionales. Pese a lo anterior, la evidencia actual sugiere que las terapias biológicas han transformado el manejo clínico de la enfermedad, en especial cuando se administran en etapas tempranas. Según (Camargo Barriosa, et al, 2017), estos tratamientos

pueden inducir la remisión de síntomas utilizando escalas validadas para medir la actividad de la enfermedad, como por ejemplo el DAS28.

Vaquero, (2020) reporto que la mayoría de los pacientes con artritis reumatoide recibe algún tipo de tratamiento, aunque una parte de ellos manifiesta insatisfacción con los resultados. En dicha investigación, aproximadamente dos tercios de los pacientes empleaban fármacos antirreumáticos convencionales (FAMEs) y casi la mitad recurría a terapias biológicas o biosimilares.

En el contexto de Costa Rica, Cordero Alfaro Mauricio, et al, (2021) evaluaron el uso del tocilizumab intravenoso en la práctica clínica habitual. Sus resultados mostraron una mejora importante en la capacidad funcional y una menor progresión del daño articular, lo cual respalda su eficacia como alternativa terapéutica.

De acuerdo con la guía del Colegio Americano de Reumatología (ACR, 2021) las recomendaciones actuales integran tanto los FAMEs como las terapias biológicas dentro de un marco de decisiones basadas en evidencia científica. (Instituto de evaluación tecnologica en salud, 2022).

A nivel mundial, la artritis reumatoide presenta una prevalencia estimada que oscila entre 0,3 % y 1,2 % de la población general, con diferencias observadas según la región geográfica y las características étnicas de cada grupo. En el contexto de América Latina, se ha reportado una frecuencia aproximada de 0,2 % a 0,5 % en personas mayores de 16 años. (Elizararrás Rivas Jesus, et al , 2023).

En esta línea, la Liga Panamericana de Asociaciones de Reumatología (PANLAR, 2022) emitió una actualización de sus guías clínicas, orientada a optimizar el uso de terapias biológicas y reforzar las estrategias de seguridad del paciente durante su aplicación.

Abud Mendoza et al, (2024) destacan la necesidad de mantener un control constante y prolongado de la enfermedad, enfatizando la seguridad y eficacia de los fármacos disponibles, Por su parte, Rocha, (2024) evidencio que la efectividad de los tratamientos depende de factores como la adherencia terapéutica y la respuesta individual del paciente. En su revisión, las terapias biológicas, especialmente los inhibidores del TNF y los moduladores de interleucinas, mostraron un mejor control inflamatorio y menor progresión estructural en comparación con los tratamientos convencionales. En conjunto, estos hallazgos muestran la importancia de personalizar la atención médica, considerando así la eficacia y la seguridad de cada tratamiento, además de seguir comparando su impacto en comparación con su impacto en la calidad de vida y la funcionalidad de las personas con artritis reumatoide.

1.1.2 Delimitación del problema

La presente investigación se desarrolla como una revisión sistemática de literatura científica, orientada a examinar y comparar la evidencia disponible sobre la eficacia de las terapias biológicas frente a las terapias convencionales, así como su impacto en la funcionalidad y la calidad de vida de los adultos diagnosticados con artritis reumatoide. Este trabajo de investigación abarca estudios desarrollados en diferentes regiones del mundo, sin restringirse por nacionalidad, etnia, nivel educativo o condición socioeconómica de los pacientes con dicha patología. El periodo analizado comprende publicaciones entre los años 2015 y 2025, e incluye artículos disponibles en bases de datos académicas como SciELO, PubMed Y Medline, entre

otras fuentes científicas reconocidas. Esta delimitación temporal y temática permite obtener una visión amplia y actualizada de la evolución terapéutica en el manejo de esta patología.

1.1.3 Justificación

La artritis reumatoide es una patología autoinmune de curso crónico, en la que se desarrolla un proceso inflamatorio continuo que afecta de forma predominante las articulaciones sinoviales. A nivel mundial, esta enfermedad impacta a millones de personas y se considera una de las causas más frecuentes de deterioro funcional en adultos, presentando una mayor incidencia en el sexo femenino. Esta afección no solo produce un daño articular progresivo, sino que también impacta de manera significativa en la salud física, emocional y social de quienes la padecen, reduciendo su autonomía y afectando su bienestar integral.

Aunque los avances médicos han permitido mejorar las opciones terapéuticas, todavía existe debate sobre cuál tratamiento ofrece los mejores resultados en términos de control clínico, seguridad y calidad de vida. En este contexto, las terapias biológicas han representado un cambio significativo, pues logran reducir la inflamación y enlentecer la progresión del daño articular en comparación con los tratamientos convencionales. No obstante, su mayor costo y los posibles efectos adversos justifican una revisión crítica de la evidencia disponible.

La importancia clínica de este estudio se fundamenta en la necesidad de realizar una comparación sistemática entre ambos enfoques terapéuticos, con el propósito de valorar su efecto en la calidad de vida y la funcionalidad de los pacientes adultos con artritis reumatoide. Este análisis busca generar evidencia útil para la práctica médica, contribuyendo a la toma de decisiones clínicas fundamentadas y al diseño de políticas de salud pública que promuevan un acceso más equitativo a tratamientos efectivos.

Desde la perspectiva médica, los resultados van a contribuir a mejorar la selección individualizada de los tratamientos para lograr así optimizar la relación entre beneficio, riesgo y costo. Asimismo, este estudio servirá como referencia para futuras investigaciones orientadas a evaluar la viabilidad, efectividad y sostenibilidad de las terapias biológicas dentro del contexto sanitario latinoamericano.

1.2 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuál es el efecto de las terapias biológicas versus las terapias convencionales como tratamiento en pacientes con artritis reumatoide relacionado con la calidad de vida y funcionalidad?

1.3 OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 Objetivo General

Determinar el efecto de las terapias biológicas versus las terapias convencionales como tratamiento en pacientes adultos con artritis reumatoide relacionado con la calidad de vida y funcionalidad, partir de la evidencia publicada entre los años 2015- 2025 en estudios realizados a nivel global.

1.3.2 Objetivos específicos

1. Analizar la influencia de las características clínicas de los pacientes adultos con diagnóstico de artritis reumatoide en la respuesta al tratamiento con terapias biológicas versus terapias convencionales a nivel mundial en el periodo 2015-2025.
2. Comparar la efectividad de las terapias biológicas frente a las terapias convencionales a nivel mundial en el periodo 2015-2025.

3. Evaluar las terapias biológicas versus terapias convencionales en relación con la calidad de vida y la funcionalidad en pacientes con artritis reumatoide en el periodo 2015-2025.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1 Alcances de la investigación

El estudio alcanzó satisfactoriamente los objetivos formulados, de acuerdo con los criterios establecidos en su diseño metodológico, permitiendo así determinar el efecto de las terapias biológicas versus las terapias convencionales como tratamiento en pacientes adultos con artritis reumatoide relacionado con la calidad de vida y funcionalidad, partir de la evidencia publicada, permitiendo esto mostrar la importancia que genera el conocer los tipos de tratamiento usados actualmente en esta patología. Así mismo, cabe mencionar que, dentro de los principales alcances de la presente revisión sistemática, se destaca la inclusión de estudios con una amplia diversidad en cuanto a diseño metodológico y escenarios clínicos, lo que permite obtener una visión más integral y representativa de la temática abordada. Esta heterogeneidad metodológica, lejos de ser una limitación, en este contexto enriquece la comprensión del fenómeno estudiado. Además, se aplicaron rigurosamente criterios internacionalmente reconocidos como PRISMA, Oxford y GRADE, lo que contribuye a garantizar la transparencia, solidez y validez metodológica de los hallazgos presentados.

1.4.2 Limitaciones de la investigación

Al analizar el proceso investigativo, se reconocieron algunas limitaciones, tales como que pocos artículos cumplían con los criterios de selección necesarios para analizar el efecto de ambos tratamientos sobre la calidad de vida de los pacientes con artritis reumatoide, lo cual podría generar mayor esfuerzo y carga mental durante la revisión. Además, se evidenció la restricción del acceso a algunos artículos científicos, ya que no todos estaban disponibles de forma gratuita en texto completo.

En cuanto a los principales hallazgos, se destacó que gran parte de los estudios incluidos empleaban metodologías de tipo observacional en su mayoría con escaso control de variables y riesgo de sesgo. También se debe considerar la heterogeneidad de los desenlaces considerados (ACR, DAS28, HAQ, EQ-5D, etc.), aspecto que dificultó la comparación directa entre estudios. Debido a lo anterior, la realización de un metaanálisis cuantitativo habría sido inviable por la alta variabilidad de las intervenciones, las condiciones y contextos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

Marco teórico

2.1 EL CONTEXTO TEORICO CONCEPTUAL

El marco teórico constituye la base científica sobre la cual se sustenta la presente investigación. En este apartado se analizarán los principales conceptos y definiciones relacionadas con la calidad de vida, la funcionalidad y la artritis reumatoide, con el propósito de contextualizar los hallazgos de la revisión sistemática y facilitar la comprensión de los resultados obtenidos.

Cada uno de estos componentes se desarrolla a partir de fuentes científicas actualizadas, lo que permite establecer una relación entre los aspectos clínicos de la enfermedad, sus implicaciones en la vida cotidiana del paciente y la relevancia de los tratamientos biológicos frente a los convencionales.

2.1.1 Calidad de vida

El término “calidad de vida” hace referencia a la percepción global que tiene una persona sobre su bienestar físico, psicológico, social y emocional. Este concepto abarca múltiples dimensiones e integra factores como la salud, el entorno social, el nivel económico y las expectativas personales. (OMS, 2020).

La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020) concibe la calidad de vida como la percepción que una persona tiene respecto a su posición dentro del contexto social y cultural en el que vive, considerando sus metas, valores y expectativas personales. Desde esta perspectiva, se entiende que la calidad de vida constituye un concepto subjetivo y multidimensional, determinado tanto por condiciones externas objetivas como por la valoración individual que cada persona realiza de su propio estado y entorno.

En las patologías autoinmunes de curso crónico, como la artritis reumatoide, la calidad de vida suele verse comprometida por diversos factores, entre ellos el dolor continuo, la sensación de fatiga, las restricciones funcionales y las alteraciones emocionales que acompañan la evolución progresiva del trastorno. Analizar este aspecto permite obtener una visión más integral del efecto de las estrategias terapéuticas, así como de su influencia sobre el bienestar físico, psicológico y social de quienes las reciben.

2.1.2 Funcionalidad

El concepto de funcionalidad se relaciona con la habilidad del individuo para desempeñar las tareas esenciales de la vida cotidiana y conservar un grado de autonomía acorde con su estado de salud. La funcionalidad, en el ámbito médico, refleja el grado en que un individuo puede desempeñar sus roles personales, familiares y laborales de manera efectiva.

De acuerdo con Velilla, (2018), la funcionalidad depende tanto de las capacidades físicas y cognitivas del individuo como de los factores ambientales que lo rodean. Mantener un adecuado nivel funcional implica preservar el equilibrio entre la capacidad corporal y el entorno, aspecto que adquiere especial relevancia en patologías reumáticas.

En pacientes con esta patología, la disminución progresiva de la movilidad, el dolor y la rigidez de las articulaciones limitan la ejecución de tareas cotidianas, afectando la independencia de cada persona. Es por esta razón, que la funcionalidad es un indicador clave para medir la efectividad de los tratamientos y su impacto en la calidad de vida.

2.1.3 Artritis Reumatoide

La artritis reumatoide es una patología autoinmune de curso crónico e inflamatorio que afecta de manera predominante las articulaciones sinoviales, ocasionando un proceso progresivo de daño estructural y limitación funcional. Se caracteriza por una reacción inflamatoria continua del tejido sinovial, la cual origina un proceso de daño estructural progresivo que afecta el cartílago, el hueso y los tejidos periarticulares. Con el tiempo, esta evolución puede ocasionar deformidades articulares, discapacidad funcional y manifestaciones sistémicas.

La enfermedad presenta una mayor incidencia en mujeres y predomina en la población adulta de mediana edad, especialmente entre los 40 y 60 años, aunque puede aparecer en cualquier grupo etario. (Orozcoa & Burgos García, 2022). En cuanto a su fisiopatología, se relaciona con una respuesta inmunitaria alterada, en la que el organismo produce autoanticuerpos, entre ellos el factor reumatoide (FR) y los anticuerpos anti-péptidos citrulinados (anti-CCP), los cuales desencadenan la inflamación y el daño articular de forma progresiva.

Si bien la etiología exacta no ha sido completamente establecida, se han identificado diversos factores predisponentes, tales como la susceptibilidad genética, el tabaquismo, la obesidad, el estrés y la exposición a determinados agentes ambientales. En este contexto, el diagnóstico temprano y el inicio oportuno del tratamiento resultan esenciales para prevenir el deterioro estructural de las articulaciones y preservar la funcionalidad del paciente, lo que constituye un aspecto clave en el abordaje integral de la enfermedad.

2.2.1 Fisiopatología

La artritis reumatoide es una patología sistémica de origen autoinmune que compromete de forma predominante las articulaciones. Su mecanismo fisiopatológico se origina a partir de una

activación inadecuada del sistema inmunitario, que reconoce como extraños componentes propios del organismo, en especial el tejido sinovial, generando inflamación y daño estructural progresivo..

En individuos con predisposición genética, la exposición a ciertos factores ambientales como infecciones, tabaquismo o alteraciones hormonales puede desencadenar la activación de linfocitos T y B. Estos liberan citocinas proinflamatorias, entre ellas el factor de necrosis tumoral alfa, la interleucina-1 y la interleucina-6, que estimulan la proliferación del tejido sinovial y la formación del pannus, una masa inflamatoria que invade el cartílago y hueso.

Este proceso provoca erosiones óseas, pérdida progresiva de la función y deformidades articulares, además, la inflamación sistémica puede afectar otros órganos como el corazón, los pulmones o los ojos, generando complicaciones extrapulmonares. En ausencia de tratamiento adecuado, la enfermedad sigue su curso crónico y progresivo, que conduce a la discapacidad significativa y reducción de la calidad de vida de quienes la padecen. (Freire, 2022)

El diagnóstico precoz y el inicio oportuno del tratamiento son esenciales, dado que la introducción temprana de fármacos modificadores de la enfermedad (FARME) contribuye a frenar la progresión del daño articular y a preservar la capacidad funcional del paciente.

2.3.1 Epidemiología y prevalencia

La artritis reumatoide afecta entre 0,3% y 1,2% de la población mundial con variaciones según la región y el grupo étnico. En América Latina, las cifras se sitúan entre el 0,2% y 0,5% en adultos mayores de 16 años. (Freire, 2022)

La enfermedad presenta una mayor incidencia en mujeres, con una relación aproximada de 3:1 respecto a los hombres. Generalmente se inicia entre los 40 y 60 años, aunque puede

manifestarse en etapas más tempranas, y en algunos casos la evolución es lenta y progresiva, con brotes intermitentes de inflamación que deterioran las estructuras articulares a lo largo del tiempo.

La discapacidad derivada de la artritis reumatoide representa un importante problema de salud pública, ya que limita la capacidad laboral y aumenta los costos asociados a tratamiento y rehabilitación de los pacientes.

2.3.1 Factores de riesgo y desencadenantes: genéticos, ambientales, inmunológicos.

El origen de la artritis reumatoide es multifactorial, y su desarrollo depende de la interacción entre factores genéticos, ambientales e inmunológicos. Entre los factores genéticos destaca la presencia de alelos del complejo principal de histocompatibilidad HLA-DRB1, relacionados con una mayor susceptibilidad y gravedad de la enfermedad. En cuanto a los factores ambientales, el tabaquismo es uno de los más importantes, ya que, se ha asociado a un aumento en la producción de autoanticuerpos y una peor respuesta al tratamiento. Otros factores incluyen la exposición a contaminantes, la obesidad, el estrés crónico y ciertas infecciones virales o bacterianas que podrían actuar como desencadenantes del proceso autoinmune.

Desde el punto de vista inmunológico, la activación desregulada del sistema inmune genera inflamación persistente, daño tisular y liberación de mediadores que perpetúan el ciclo inflamatorio.

2.4 Diagnóstico y criterios diagnósticos

El diagnóstico de la artritis reumatoide requiere de una evaluación integral que combine hallazgos clínicos y pruebas de laboratorio, además de estudios de imagen, dado que los

síntomas iniciales pueden ser similares a las de otras patologías reumáticas es fundamental la aplicación de criterios estandarizados. Dichos criterios diagnósticos se basan en una combinación de hallazgos clínicos y pruebas específicas que ayudan a identificar la presencia de la enfermedad. Estos criterios clínicos incluyen dolor e inflamación articular de más de seis semanas de evolución, rigidez matutina prolongada, afectación simétrica de pequeñas articulaciones.

En el ámbito de laboratorio clínico, los marcadores inflamatorios tales como la velocidad de sedimentación globular (VSG) y la proteína C reactiva (PCR) suelen presentarse aumentados en pacientes con artritis reumatoide. De igual manera, la detección del factor reumatoide (FR) y de los anticuerpos anti-péptidos citrulinados cíclicos (anti-CCP) representa una herramienta de gran utilidad diagnóstica y pronóstica, ya que permite valorar la actividad inmunológica y estimar la intensidad del proceso inflamatorio. (Rodríguez, 2019).

Por otro lado, las técnicas de imagen, como la radiografía, la ecografía y la resonancia magnética, permiten determinar el grado de inflamación, identificar la presencia de erosiones óseas y valorar el daño estructural articular. Estas herramientas son esenciales para monitorear la evolución de la enfermedad y para evaluar la respuesta terapéutica de manera objetiva.

2. 5 Factores pronósticos de la enfermedad

El curso clínico de la artritis reumatoide varía considerablemente entre los pacientes, influenciado por una serie de factores clínicos, genéticos y ambientales. De forma general, se reconoce que el diagnóstico temprano y la instauración oportuna del tratamiento son elementos determinantes para alcanzar resultados favorables a largo plazo, ya que una intervención

temprana puede evitar la progresión irreversible del daño estructural articular. (Mayoclinic, 2023)

El creciente interés por la detección temprana de la enfermedad ha impulsado la creación de programas especializados para la atención de artritis de reciente comienzo. Estudios previos demuestran que los pacientes referidos a consulta reumatológica durante el primer año desde el inicio de los síntomas logran conservar mejor su funcionalidad evaluada mediante el cuestionario Nottingham Health Profile (NHP) en comparación con quienes reciben atención tardía. Asimismo, se ha observado que los pacientes no tratados por especialistas tienden a presentar un mayor grado de discapacidad funcional.

De este modo, se ha concluido que el adecuado funcionamiento de los sistemas de atención temprana depende, en gran medida, de la formación continua de los médicos de atención primaria, quienes desempeñan un papel clave en la identificación precoz de la enfermedad. (Mayoclinic, 2023).

La presencia de factores pronósticos desfavorables como títulos elevados de autoanticuerpos, compromiso articular extenso, manifestaciones extraarticulares o una respuesta terapéutica deficiente suele asociarse con un curso más agresivo y una mayor discapacidad. Además, los pacientes con enfermedad no controlada presentan un incremento del riesgo de complicaciones cardiovasculares y de mortalidad prematura. De acuerdo con García (2022), reconocer tempranamente estos factores permite una intervención más precisa y personalizada, lo que contribuye a mejorar la calidad de vida y la funcionalidad del paciente.

En consecuencia, los programas enfocados en la atención oportuna y la educación médica continua resultan esenciales para optimizar la detección, el tratamiento y el manejo integral de la artritis reumatoide.

2.5.1 Factores sociodemográficos

Entre los factores relacionados con el pronóstico se encuentran las características personales del paciente.

Sexo: Diversos estudios señalan que las mujeres presentan una evolución más desfavorable que los hombres, con mayor dolor y discapacidad funcional a lo largo del tiempo. (Mayoclinic, 2023).

Edad: Aunque puede aparecer en cualquier etapa de la vida, el inicio en edades avanzadas se asocia con una mayor comorbilidad y una menor capacidad de respuesta al tratamiento.

Nivel educativo y situación socioeconómica: un bajo nivel educativo se relaciona con menor adherencia al tratamiento y así una peor percepción de salud. De igual forma, las limitaciones económicas pueden influir en el acceso a servicios médicos y terapias especializadas.

Predisposición genética: la presencia del alelo HLA-DR4, entre otros, se ha vinculado con un curso más severo y mayor probabilidad de manifestaciones extraarticulares

2.5.2 Factores dependientes de la enfermedad

Los factores dependientes de la enfermedad comprenden las características clínicas y biológicas que reflejan la actividad inflamatoria y el comportamiento del proceso autoinmune. Entre ellos,

destacan los niveles de factor reumatoide (FR) y anticuerpos anti-CCP, los cuales se asocian con formas más agresivas y un daño estructural temprano.

De acuerdo con los estudios de Van der Heijde (1995), la positividad del factor reumatoide por encima de 1/80 o 60 U (medida por nefelometría) se vincula con una mayor presencia de erosiones óseas. Asimismo, se ha identificado que un FR persistentemente elevado se asocia con una progresión estructural más rápida y una respuesta terapéutica limitada. En pacientes con artritis de inicio reciente, la seronegatividad, por el contrario, se relaciona con mayores tasas de remisión de la enfermedad. (Mayoclinic, 2023).

Otros indicadores clínicos incluyen el número de articulaciones inflamadas o tumefactas, ya que un recuento superior a veinte en las etapas iniciales predice una actividad futura elevada e incluso una mayor mortalidad. También se ha comprobado que la actividad inflamatoria sostenida, medida mediante índices compuestos como el Disease Activity Score (DAS), se asocia a un peor pronóstico funcional.

Los marcadores biológicos de inflamación, como la proteína C reactiva (PCR) y la velocidad de sedimentación globular (VSG), son igualmente relevantes: una PCR duplicada respecto al valor normal al inicio del cuadro predice el desarrollo de erosiones a cuatro años, mientras que una VSG persistente mayor a 60 mm/h se asocia con discapacidad funcional a largo plazo (Krabben & Huizinga, 2015).

La afectación precoz de grandes articulaciones (dos o más), así como un alto grado de discapacidad funcional al inicio evaluado mediante el cuestionario HAQ, también son marcadores de mal pronóstico. Un puntaje HAQ inicial igual o superior a 1 sobre 3 se

correlaciona con incapacidad a cuatro años de seguimiento, y valores basales mayores de 2,5 incrementan más del doble el riesgo de discapacidad (Krabben & Huizinga, 2015).

Finalmente, la rápida aparición de erosiones radiológicas constituye uno de los indicadores más sólidos de progresión estructural agresiva. La identificación y el monitoreo de estos factores permiten al clínico ajustar la estrategia terapéutica de forma individualizada, favoreciendo una mejor evolución funcional y calidad de vida en el paciente con artritis reumatoide.

2.7 Impacto de la artritis reumatoide en la calidad de vida

La artritis reumatoide es una patología crónica de origen autoinmune que compromete de forma predominante las articulaciones, ocasionando dolor persistente, rigidez y reducción de la movilidad articular. Estos signos clínicos generan un deterioro significativo en la funcionalidad y repercuten de manera directa en la calidad de vida global de las personas afectadas, al restringir su capacidad para realizar actividades cotidianas y afectar de manera global su bienestar físico, psicológico y social. (Balderas, 2017).

La calidad de vida en personas con AR no depende únicamente del daño físico causado por la enfermedad, sino también de los componentes emocionales y sociales que la acompañan, como la fatiga persistente, el dolor crónico y la ansiedad. En cuanto a la funcionalidad, esta hace referencia a la capacidad del paciente para mantener independencia en sus actividades diarias, desempeño laboral y participación social. Evaluar ambos aspectos resulta fundamental, ya que permite valorar de forma integral el grado de afectación que produce la enfermedad, así como la eficacia de los tratamientos para mejorar el bienestar general y la adaptación del paciente.

Las personas con AR suelen experimentar dolor y discapacidad de una magnitud considerable. Esto incrementa los niveles de desesperanza, reduce la capacidad para realizar tareas rutinarias y limita la participación social y laboral. Se ha documentado que aproximadamente un 10 % de los pacientes con empleo remunerado abandona su trabajo dentro del primer año tras el diagnóstico, y cerca del 50 % se encuentra incapacitado después de diez años de evolución de la enfermedad (Balderas, 2017).

Dada la relevancia de los factores psicológicos en la respuesta emocional y afectiva de los pacientes, se recomienda incorporar instrumentos que evalúen la calidad de vida de manera individual. Esto facilita un abordaje terapéutico integral enfocado no solo en limitar la progresión de la patología, sino también en atender los componentes psicosociales que más influyen en la salud emocional y funcional del paciente. (Balderas, 2017).

En un estudio realizado en pacientes con AR, el 77.1 % refirió afectación en su calidad de vida, siendo el dolor o malestar el síntoma más frecuente (57.1 %) y el cuidado personal el menos comprometido (40 %). La reducción de la calidad de vida se correlacionó directamente con la actividad clínica de la enfermedad y el nivel de incapacidad funcional (Balderas, 2017).

Por lo tanto, el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno aumentan la probabilidad de controlar el proceso inflamatorio, disminuir la progresión del daño articular y mejorar tanto la calidad de vida como la funcionalidad del paciente, favoreciendo su reincorporación a las actividades sociales y laborales.

La artritis reumatoide puede afectar múltiples dimensiones de la vida del individuo, incluyendo el estado físico, emocional, laboral y las relaciones interpersonales. El dolor crónico y la rigidez articular influyen notablemente en la salud mental y en la capacidad de realizar actividades

básicas como vestirse, cocinar, asearse o desplazarse, lo que con frecuencia conduce a sentimientos de ansiedad y depresión.

Con el paso del tiempo, la calidad de vida puede verse comprometida; sin embargo, un tratamiento médico adecuado, acompañado de apoyo psicológico, hábitos saludables y un entorno familiar y laboral favorable, puede reducir significativamente su impacto. Mantener un descanso adecuado, realizar ejercicio físico moderado, seguir una dieta equilibrada y asistir a los controles clínicos periódicos son medidas esenciales para preservar el bienestar integral del paciente con artritis reumatoide. (Balderas, 2017).

CAPITULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

La presente investigación adopta un enfoque cualitativo, orientado a responder una pregunta estructurada bajo el modelo PICO, el cual guía la búsqueda y el análisis de la evidencia científica. Este modelo ayuda en la recopilación y evaluación de datos que provienen de diferentes fuentes académicas.

El acrónimo PICO hace referencia a los cuatro componentes principales que confirman una pregunta clínica, Paciente o problema, Intervención, Comparación y Outcome. Su uso se encuentra ampliamente extendido dentro del ejercicio clínico sustentado en la evidencia científica, ya que facilita la delimitación precisa de los criterios de análisis y contribuye a una clasificación más estructurada de los estudios incluidos en las revisiones sistemáticas o metaanálisis. (Cochrane library, 2025)

Tabla N°1. Siglas para elaborar la pregunta PICO

Letra	Transcripción
P	Patient: paciente o problema, población
I	Intervention: intervención, exposición, patología, procedimiento
C	Comparison: comparación
O	Outcome: desenlaces, resultados

Fuente: elaboración propia, 2025

3.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN

Este estudio se desarrolla bajo el diseño de una revisión sistemática basada en literatura científica actualizada. Este diseño tiene como finalidad reunir, examinar y exponer de forma teórica los hallazgos reportados en diversas fuentes académicas que comparan el efecto de las terapias biológicas con las terapias convencionales empleadas en pacientes adultos diagnosticados con artritis reumatoide.

Dicho enfoque posibilita el análisis detallado de la evidencia existente sin modificar variables ni intervenir de manera directa en el proceso clínico. Su propósito principal es sintetizar la información proveniente de distintos estudios con el fin de reconocer patrones, tendencias y resultados significativos que contribuyan a una comprensión integral del impacto terapéutico en la calidad de vida y la funcionalidad de los pacientes.

La revisión sistemática constituye un método de investigación destinado a organizar y valorar críticamente los resultados obtenidos en diferentes estudios sobre un mismo tema, lo cual permite contrastar hallazgos, determinar su validez metodológica y generar conclusiones fundamentadas en la evidencia científica disponible. En este trabajo, la revisión se clasifica como una revisión en paraguas (umbrella review), dado que se centra en recopilar y analizar de manera crítica revisiones sistemáticas y metaanálisis previos relacionados con un mismo problema de salud.

3.3 UNIDADES DE ANALISIS U OBJETOS DE ESTUDIO

Las unidades de análisis consideradas en esta investigación corresponden a fuentes digitales de acceso abierto, integradas por artículos científicos recuperados de bases de datos académicas de amplia credibilidad y reconocimiento internacional. Para el desarrollo del presente trabajo se

consultaron principalmente las plataformas SciELO, PubMed y Medline, debido a su relevancia, alcance y calidad en la difusión de evidencia científica actualizada, lo cual representó un aporte fundamental para el análisis y la construcción de esta revisión sistemática.

3.3.1 Población

La población objeto de esta revisión sistemática está conformada por el conjunto total de artículos científicos identificados en las bases de datos seleccionadas. Se incluyeron estudios que analizan el efecto comparativo de las terapias biológicas y las terapias convencionales en personas adultas diagnosticadas con artritis reumatoide.

La búsqueda se centró en literatura publicada durante los últimos cinco años, con el propósito de garantizar la actualidad, pertinencia y solidez de la evidencia recopilada. En la primera fase de identificación se obtuvieron 32 artículos en total, antes de aplicar los criterios de inclusión y exclusión establecidos para la depuración final del material analizado.

3.3.2 Muestra

La muestra de esta revisión sistemática está constituida por 14 artículos científicos previamente publicados, los cuales fueron seleccionados y filtrados conforme a los parámetros definidos en la metodología PRISMA, representada en la Figura N.º 1. Cada estudio incluido cumplió con los criterios metodológicos y de calidad exigidos para garantizar la validez y relevancia de la evidencia analizada en torno al efecto de las terapias biológicas frente a las terapias convencionales en pacientes adultos con artritis reumatoide.

3.3.3 Criterios de inclusión y exclusión para la selección de estudios

Los criterios de inclusión y exclusión establecen las condiciones específicas que deben cumplir los artículos científicos para ser considerados pertinentes dentro de esta investigación. Estos lineamientos permiten asegurar la coherencia metodológica y la pertinencia de los estudios seleccionados con relación al objetivo central de la revisión.

A continuación, se presenta la tabla que resume los criterios aplicados para la selección y exclusión de los artículos, de acuerdo con las variables definidas en el diseño metodológico de esta revisión sistemática.

Tabla N°2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Artículos científicos originales sobre terapias biológicas y tratamientos convencionales en artritis reumatoide	Artículos científicos o estudios en animales
Artículos científicos sobre terapias biológicas en artritis reumatoide publicados en el periodo 2015-2025	Artículos científicos duplicados
Artículos científicos sobre terapias biológicas en artritis reumatoide en población adulta en español e inglés.	Artículos que solo evalúen una de las terapias sin hacer una comparación directa.
Revisiones sistemáticas, políticas de salud	Publicaciones de artículos que no sean gratuitos en su versión completa

Fuente: elaboración propia, 2025.

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCION DE LA INFORMACION

La identificación de los instrumentos empleados para la obtención de datos en esta investigación resulta esencial, ya que constituyen las herramientas metodológicas mediante las cuales se organiza la evidencia científica necesaria para responder a la pregunta de investigación y cumplir con los objetivos propuestos.

Para la recopilación de la información, se efectuó un análisis detallado de publicaciones científicas disponibles en las bases de datos SciELO, PubMed, ScienceDirect y Medline, seleccionando estudios centrados en pacientes adultos diagnosticados con artritis reumatoide.

Con el fin de garantizar la calidad y pertinencia del material seleccionado, se elaboró una matriz de extracción de datos, diseñada a partir de los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos. Esta herramienta permitió verificar la consistencia metodológica de cada artículo, así como la relevancia de sus resultados para los objetivos de la revisión sistemática.

Asimismo, se estableció una fórmula booleana que facilitó la búsqueda estructurada y precisa de los artículos, integrando los descriptores específicos vinculados al tema de investigación.

Tabla N°3. Estrategias de búsqueda que utilizan los descriptores y operadores boléanos

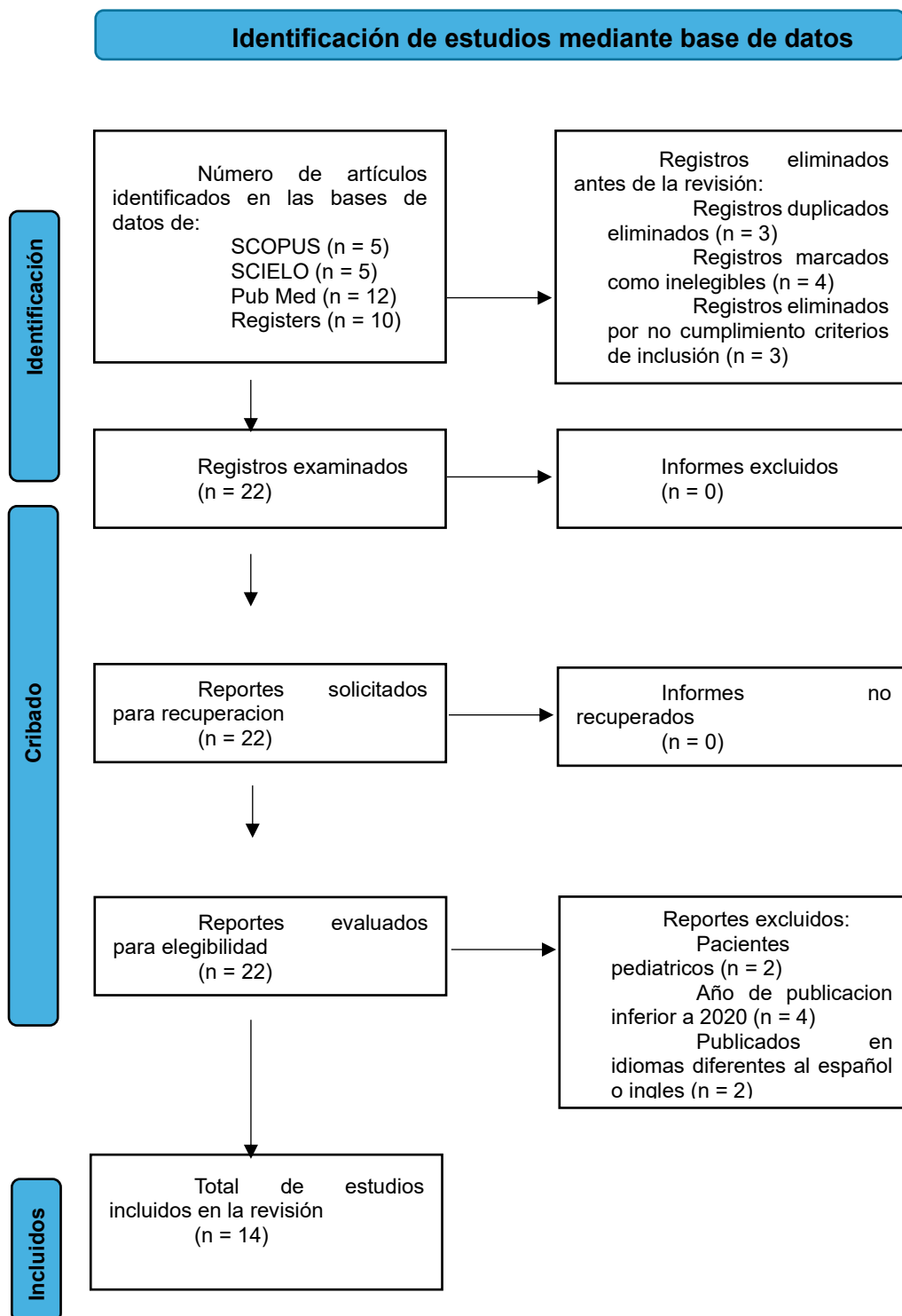
Estrategia	Idioma	Descriptores y operadores boléanos
1	Español Inglés	(Terapias) AND (biológicas) (Therapies) AND (biological)
2	Español Inglés	(Terapias) AND (convencionales) (Therapies) AND (conventional)
3	Español Inglés	(Tratamiento) AND (pacientes) AND (artritis reumatoide) (Treatment) AND (patients) AND (rheumatoid arthritis)

4	Español	(Calidad de vida) AND (funcionalidad)
	Inglés	(Quality of life) AND (Functionality)

Fuente: elaboración propia, 2025

3.5 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta revisión sistemática se llevó a cabo conforme a las recomendaciones establecidas por la guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), con el objetivo de garantizar la transparencia y el rigor metodológico en el proceso de análisis, dicha metodología se originó para facilitar la síntesis y comparación de hallazgos provenientes de estudios semejantes, lo que explica su amplio uso en el ámbito sanitario. PRISMA tiene como objetivo reunir y organizar de manera ordenada la información obtenida de investigaciones individuales. El fenómeno analizado se observa de forma natural, sin intervenir en su entorno, con el propósito de registrar sus características durante un periodo y tiempo determinado. La información se recopiló mediante diferentes bases de datos confiables, aplicando filtros que permiten un análisis estructurado según los lineamientos PRISMA.

Figura N°1. *Flujograma de PRISMA*

Fuente: Elaboración propia, 2025

Tabla N°4. Palabras clave utilizadas para la revisión sistemática

Palabras clave en español	Palabras clave en inglés
Terapias Biológicas	Biological Therapies
Terapias convencionales	Conventional Therapies
Artritis reumatoide	Rheumatoid arthritis
Calidad de vida	Quality of life
Funcionalidad	Functionality

Fuente: elaboración propia, 2025

En total se identificaron 32 artículos relacionados a la temática que se pretende analizar, en donde 5 fueron rescatados de SCOPUS, 5 de Scielo y 12 de Pub Med, agregándose 10 registros de fuentes de información aún no validada. Del total mencionado, 3 se eliminaron por ser registros duplicados, 4 por ser artículos con apartados de información incompletos y 3 por ser artículos de acceso pago por lo que no fue posible obtener acceso.

De los 22 artículos restantes todos pudieron ser recuperados posteriormente sin ser necesaria la exclusión de ninguno. Respecto a la revisión de elegibilidad, 14 cumplieron con los criterios de inclusión anteriormente establecidos, mientras que 2 se excluyeron por abordar población pediátrica, 4 por ser publicados en años inferiores al 2015 o por ser publicados en idioma portugués.

De esa manera la cantidad de artículos eliminados y resultantes de acuerdo con la base de datos de donde se extrajeron los artículos se resume en la tabla siguiente:

Tabla N°5. Artículos encontrados en las distintas bases de datos

Base de Datos	Número de artículos encontrados	Artículos eliminados	Artículos restantes
SCOPUS	5	0	5
Scielo	5	2	3
Pub Med/ MEDLINE	12	7	5
Otros registros	10	9	1

Fuente: elaboración propia, 2025

3.6 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

Al tratarse de un estudio tipo revisión sistemática meramente cualitativa, dicho apartado no se desarrollará en el mismo, ya que no se requiere de la aplicación de un instrumento.

3.7 PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCION DE DATOS

En esta investigación se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica sistemática en las bases de datos PubMed, ScienceDirect, SciELO y Medline, con el propósito de identificar estudios relevantes sobre el efecto de las terapias biológicas en comparación con las terapias convencionales en pacientes adultos con artritis reumatoide.

A medida que se recuperaron los artículos, se procedió a su evaluación por etapas, siguiendo la estructura metodológica propuesta por la declaración PRISMA, que permite seleccionar de manera rigurosa y eficiente los estudios incluidos.

El proceso inició con la identificación de los estudios, eliminando las referencias duplicadas y aplicando una prueba piloto para ajustar los criterios de inclusión. Posteriormente, se revisaron los títulos y resúmenes obtenidos en la búsqueda, aplicando los criterios predefinidos para determinar su relevancia.

Una vez seleccionados los artículos potencialmente elegibles, se analizaron los textos completos para decidir su incorporación definitiva al estudio. Todas las decisiones tomadas durante el proceso fueron documentadas conforme a las directrices PRISMA, garantizando la transparencia y trazabilidad del procedimiento.

Finalmente, se evaluó la consistencia en la selección de los estudios, registrando en un diagrama de flujo y en una tabla resumen las características principales de los artículos incluidos y las razones de exclusión de aquellos que no cumplían los criterios establecidos. Este registro sistemático permitió asegurar la objetividad y reproducibilidad del proceso de recolección de datos.

3.8 ORGANIZACIÓN DE LOS DATOS

Para la gestión y organización de la información, se utilizó la herramienta Microsoft Excel, la cual facilitó la evaluación de la calidad metodológica de los artículos seleccionados conforme a los criterios de inclusión y exclusión definidos previamente. En esta fase, se diseñó una tabla de registro que facilitó la sistematización de la información obtenida, permitiendo clasificar los estudios según su relevancia, eliminar duplicados y

descartar aquellos que no cumplieran con los parámetros establecidos para la presente investigación.

3.9 ANÁLISIS DE DATOS

El análisis de datos en la presente revisión sistemática sobre el efecto de las terapias biológicas versus las convencionales en pacientes con artritis reumatoide se enfocará en evaluar la calidad de los estudios mediante un proceso detallado. El FLC 3.0 que es una herramienta avanzada utilizada para realizar un filtrado eficiente y detallado de la literatura científica, especialmente en el contexto de revisiones sistemáticas y su propósito es ayudar a los investigadores a gestionar grandes volúmenes de estudios identificados en bases de datos, garantizando que solo se incluyan aquellos de mayor calidad y relevancia para la pregunta de investigación. (Gasteiz, 2017). Este será utilizado para filtrar la literatura científica, permitiendo organizar los artículos relevantes según los criterios de inclusión y exclusión, garantizando que solo los estudios de alta calidad sean considerados. Seguidamente, los datos extraídos de los estudios seleccionados serán sometidos a un análisis cualitativo, en el que se identificarán temas recurrentes sobre la calidad de vida y funcionalidad de los pacientes.

Para evaluar la calidad de la evidencia, se emplearán los Criterios de Oxford, que clasifica los estudios según su tipo y calidad, y el sistema GRADE, que clasifica la evidencia según el riesgo de sesgo, consistencia, precisión y aplicabilidad de los resultados. (Albasini, 2014) .El uso de estos enfoques permitirá sintetizar la evidencia disponible y hacer recomendaciones confiables sobre los efectos de las terapias en la calidad de vida y funcionalidad de los pacientes con artritis reumatoide.

CAPITULO IV

PRESENTACION DE RESULTADOS

4.1 Resultados de la investigación

Esta sección presenta los hallazgos obtenidos tras la sistematización de los datos, organizando los estudios incluidos según su aporte al cuerpo de evidencia y su relación con los objetivos específicos planteados. La selección de los artículos se realizó siguiendo los lineamientos PRISMA, a través de bases de datos médicas y utilizando operadores booleanos para optimizar la búsqueda.

Tras una revisión rigurosa, se incluyeron 14 estudios enfocados en el análisis comparativo entre terapias biológicas y terapias convencionales en pacientes adultos con artritis reumatoide.

4.1.2 Estudios incluidos en la investigación

Edad y sexo

En su mayoría, los estudios que se analizan incluyen una población entre los 45 y 65 años, existiendo un predominio femenino correspondiente al (60-89%) como por ejemplo en Machado-Duque et al., 2022; Sosa Aquino et al., 2022 y Tachkov et al., 2021. Sin embargo, Haliton et al., 2020 refiere que la edad parece estar relacionada con una mayor cantidad de comorbilidades y una menor adherencia al tratamiento, siendo ello una posible razón de los efectos limitados del tratamiento.

Duración de la enfermedad

En los estudios que consideraron la artritis reumatoide de comienzo temprano (Camargo Barrios et al, 2023 y Olofsson et al. 2021) se observó una mayor remisión clínica con terapias biológicas o terapias combinadas. A diferencia de los pacientes de larga data (10 años o más) en los que los efectos positivos en la calidad de vida y función son más modestos (Tachkov et al., 2021;

Sosa Aquino et al., 2022), a pesar de que el dolor mejora y hay mayor control inflamatorio (Olga Sosa Aquino, 2021).

Comorbilidades y estado funcional

En relación con las comorbilidades, se observa que un menor número de condiciones clínicas y un mejor estado funcional inicial se asocian con mayores mejoras en la calidad de vida durante el tratamiento con terapias biológicas (Haliton et al, 2020). Por el contrario, los pacientes que presentan múltiples comorbilidades tienden a obtener resultados menos favorables y, con mayor frecuencia, abandonan el tratamiento debido a efectos secundarios o a dificultades económicas. (Pasquel Morán et al, 2021).

Gravedad de la enfermedad al inicio

En los estudios con pacientes refractarios al metotrexato y con alta actividad inflamatoria (Eriksson et al., 2013; Olofsson et al., 2021) se observa que durante las terapias combinadas se puede lograr una disminución relevante del dolor y la actividad de la enfermedad, mejorando la calidad de vida del paciente. A pesar de ello, también se observó que la reducción de la discapacidad no fue diferente a la terapia triple convencional.

Adherencia al tratamiento

Machado-Duque et al. (2022) reportaron que el 57,9% de los pacientes presentó dificultades con la adherencia al tratamiento, lo cual influyó de manera significativa en los resultados terapéuticos, incluso en aquellos que utilizaban biosimilares anti-TNF. Asimismo, los efectos secundarios representaron un factor limitante para la continuidad del tratamiento.

En las siguientes tablas se resumen las características de cada uno de los 14 estudios integrados a la presente revisión sistemática, las cuales se analizarán en función del objetivo propuesto.

En la Tabla N° 6 se presentan los principales estudios de revisión sistemática y revisiones narrativas incluidos en la presente investigación. En la mayoría de ellos se observa concordancia en cuanto a los resultados, destacando que las terapias biológicas muestran una mayor eficacia en la reducción de la actividad inflamatoria y la mejora funcional frente a las terapias convencionales. Sin embargo, uno de los estudios no reportó diferencias significativas, lo que refleja la existencia de cierta heterogeneidad metodológica y clínica entre los trabajos analizados.

Tabla N° 6. Estudios de revisión sistemática y revisiones narrativas.

Artículo	Autor	Año	Tipo de estudio	Tipo de terapia	Características clínicas de la muestra	Resultados
1	Singh et al.	2020	Revisión sistemática (Cochrane)	Biológica, Placebos y tradicionales comparados.	45—65 años Sin comorbilidades graves. Fracaso en terapias tradicionales.	Los bDMARDs mejoran la actividad de la AR.
2	Camargo et al.	2023	Revisión sistemática	Biológicos en AR temprana	Pacientes con artritis reumatoide temprana Mayores a 18 años con criterios clínicos estandarizados	RR 1.08 (0.94–1.23); no diferencia significativa

3	Reumatología Clínica España	2020	Revision Narrativa	Infliximab + MTX vs MTX solo	Adultos con AR refractaria, actividad moderada-severa	Mejora significativa en actividad, función y progresión, tolerable
4	Mamasaidov et al.	2025	Revision narrativa de la literatura	bDMARDs: inhibidores TNF, IL-6, JAK	No aplicable (revisión). Incluye estudios RCT, cohortes y encuestas en pacientes con AR tratados con bDMARDs	bDMARDs (inhibidores TNF, IL-6 y JAK) mejoran significativamente la QoL en AR, disminuyendo dolor, fatiga y discapacidad

Fuente. Elaboración propia, 2025.

En la anterior tabla se presentan los estudios de tipo revisión sistemática y narrativa incluidos en la presente investigación. En la mayoría de ellos se observa un patrón similar respecto a la eficacia de las terapias biológicas frente a las convencionales, destacando resultados positivos en la disminución de la actividad inflamatoria y mejoría funcional. Sin embargo, uno de los estudios no mostró diferencias significativas entre ambos tratamientos, lo que evidencia cierta variabilidad metodológica y clínica entre las investigaciones analizadas.

En la Tabla N° 7 se resumen los estudios que analizaron la efectividad clínica y la seguridad de las terapias biológicas frente a las terapias convencionales. La mayoría de los trabajos muestra una mejor respuesta terapéutica y control de la enfermedad con el uso de agentes biológicos, aunque algunos presentan resultados equivalentes entre ambas modalidades. También se identifican diferencias en la adherencia y en la aparición de efectos adversos, aspectos que influyen en la variabilidad de los resultados observados entre los estudios.

Tabla N°7. Estudios de efectividad clínica y seguridad

Artículo	Autor	Año	Tipo de estudio	Tipo de terapia	Características clínicas de la muestra	Resultados
10	Machado-Duque et al.	2022	Estudio retrospectivo (2015–2019)	Infliximab biosimilar 58 %; etanercept biosimilar 42 %	207 adultos con artritis reumatoide, además de otros grupos (EA, colitis ulcerosa, psoriasis), Edad 48,7 ± 15,1 Mujeres 61,4 %	61,6 % alcanzaron control; 22,2 % tuvieron reacciones; 57,9 % presentaron problemas de adherencia
11	Olofsson et al.	2022	Comparativo (21 meses) ECA SWEFOT, subanálisis dolor	Infliximab+MTX vs SSZ+HCQ+MTX	258 adultos (~48.5 años, 73–77 % mujeres) con AR temprana y activa. Actividad basal	Menor AUC dolor (p=0.01); riesgo de dolor inaceptable 32 % vs 45 % (RR 0.68 SD95 %); sin cambio en dolor refractario

					Alta actividad (DAS28 > 3.2) tras 3 meses MTX	
12	Eriksson et al.	2021	Ensayo Clínico Aleatorizado	Infliximab+MTX vs SSZ+HCQ+MTX	204 adultos (~48.5 años, 73–77 % mujeres) Con respuesta insuficiente a 3–4 meses de metotrexato No se reporta DAS28, pero todos eran no respondedores a MTX, implicando alta actividad inflamatoria	Similar en ambos (–4.9 vs –6.2 d/m; diff 1.6 d/m, no significativo)
13	Pasquel Morán et al.	2021	Estudio Observacional	Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Anakinra	Adultos con AR refractaria post-FARME	Medicamentos biológicos mejoran remisión; riesgos de infección; abandono por

						costo o falta de respuesta
14	Pasquel Morán et al.	2021	Revisión	Adultos con AR refractaria post-FARME	Infliximab, Etanercept, Adalimumab, Anakinra	Medicamentos biológicos mejoran remisión; riesgos de infección; abandono por costo o falta de respuesta.

Fuente. Elaboración propia, 2025.

En la anterior tabla se resumen los estudios relacionados con la efectividad clínica y la seguridad de las terapias biológicas frente a las convencionales. La mayoría coincide en demostrar una mejor respuesta y control de la enfermedad con el uso de agentes biológicos, aunque algunos reportaron resultados similares entre grupos o problemas de adherencia asociados a efectos adversos y costos. Estos hallazgos muestran que, si bien las terapias biológicas son eficaces, su impacto puede variar dependiendo del contexto clínico y las condiciones de cada paciente.

En la Tabla N° 8 se exponen los estudios que evaluaron la calidad de vida y la funcionalidad en pacientes adultos con artritis reumatoide tratados con terapias biológicas y convencionales. En general, los hallazgos muestran una tendencia positiva hacia la mejoría del bienestar y la capacidad funcional en quienes recibieron terapias biológicas. No obstante, algunos trabajos

evidencian resultados dispares, donde la percepción subjetiva de la calidad de vida no siempre coincide con los parámetros clínicos de control de la enfermedad, lo que demuestra variabilidad entre los métodos de evaluación utilizados.

Tabla N°8. Estudios centrados en calidad de vida y funcionalidad.

Artículo	Autor	Año	Tipo de estudio	Tipo de terapia	Características clínicas de la muestra	Resultados
5	Sosa Aquino et al.	2022	Estudio observacional analítico de corte transversal.	No se evalúan terapias (solo asociación funcional-QoL).	200 pacientes adultos con artritis reumatoide con duración de la enfermedad de 14 años+ Edad 47,5 años Mujeres 89,5 %	Calidad de vida considerada “buena” y discapacidad “ligera” en la muestra; existe una relación inversa significativa entre capacidad funcional y calidad de vida

6	Olga Sosa Aquino	2021	Estudio piloto longitudinal	Anti-TNF (etanercept/infliximab)	37 adultos con artritis reumatoide tratados con anti-TNF. Edad y sexo no detallados. Duración promedio de artritis ~11.8 ± 7.3 años	Mejoras en funcionamiento físico y social
7	Ivanov et al.	2022	Prospectivo longitudinal	bDMARDs (infliximab, etanercept, adalimumab, rituximab, golimumab, certolizumab, tocilizumab) o tofacitinib	174 adultos naïve a bDMARDs con AR activa	Todos mejoraron; tofacitinib mejoró HAQ más (0.563) vs etanercept (0.250); sin diferencias en SF-36 entre tratamientos
8	Tachkov et al.	2021	Observacional Transversal	Biológicos (etanercept, adalimumab, etc.)	101 adultos (54 años, 87% mujeres), duración AR: 12 años	DAS28 bajo (2.98), pero EQ-5D bajo (0.52); asimetría

					Duración promedio del tratamiento biológico: 4.2 años	entre control clínico y QoL
9	Haliton Alves de Oliveira Jr. et al.	2020	Cohorte prospectiva (seguimiento 12 meses)	DMARDs biológicos (monoterapia o combinados con DMARDs sintéticos)	428 pacientes con artritis reumatoide, espondilitis anquilosante o artritis psoriásica. Adultos ≥ 18 años.	Mejoras significativas en calidad de vida medidas con EQ-5D a los 6 y 12 meses ($p < 0.001$). Mejores resultados en pacientes sin comorbilidades y mejor función inicial.

Fuente. Elaboración propia, 2025.

En la anterior tabla se muestran los estudios que evaluaron la calidad de vida y funcionalidad en pacientes con artritis reumatoide. En general, todos los estudios reflejan mejoras tras la implementación de terapias biológicas, aunque con variaciones en la magnitud del efecto. Algunos estudios reportaron discrepancias entre la mejoría clínica y la percepción subjetiva

del bienestar, lo que evidencia una heterogeneidad entre los resultados según las herramientas utilizadas y las características de cada población.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE

RESULTADOS

Las características clínicas de los pacientes analizados en los estudios revisados evidencian una influencia significativa en la respuesta terapéutica frente a la artritis reumatoide. En la mayoría de las investigaciones, las poblaciones estudiadas estuvieron conformadas predominantemente por mujeres adultas, con edades que oscilaron entre los 45 y 65 años, rango etario en el que la enfermedad presenta una mayor prevalencia y actividad clínica. El tiempo de evolución de la enfermedad fue variable, superando en algunos casos los 10 años (Sosa Aquino et al., 2022; Tachkov et al., 2021). Estas condiciones clínicas podrían estar relacionadas con la efectividad diferencial observada entre terapias biológicas y convencionales, especialmente en pacientes con mayor cronicidad de la enfermedad.

En los pacientes con artritis reumatoide temprana se evidenció mejora en las tasas de remisión, en especial con el tratamiento convencional, como en Camargo Barrios et al. (2023), donde no hubo diferencias de remisión significativas entre biológicos y FARME en esta etapa. Al contrario, pacientes con artritis reumatoide refractaria o con escasa mejoría en tratamientos mostraron una mejor respuesta a las terapias biológicas, lo cual dependió del perfil clínico del paciente debido a secuelas de tratamientos previos u otras morbilidades (Haliton et al., 2020; Ivanov et al., 2022).

Dicho patrón podría indicar la existencia de una ventana de oportunidad terapéutica en la artrosis reumatoide temprana, y que, a mayor duración de la enfermedad y deterioro funcional inicial, mayor será la limitación terapéutica, ofreciendo resultados menos favorecedores incluso en las terapias biológicas. A esto se añade que las comorbilidades adicionales van a disminuir tanto la calidad de vida como la efectividad del tratamiento, como reportaron Haliton et al. (2020).

En relación con el objetivo de comparar la efectividad de las terapias biológicas frente a las terapias convencionales la evidencia señaló que las terapias biológicas son más efectivas que las terapias convencionales en pacientes con la enfermedad activa y refractaria, en especial en los índices de actividad como ACR50 y el DAS28 (Singh et al., 2020; Ivanov et al., 2022).

No obstante, los estudios que incluyeron pacientes con artrosis reumatoide temprana como el de Camargo Barrios et al. (2023) y Eriksson et al. (2021), no mostraron diferencias entre la terapia biológica y la triple terapia convencional, esto en la remisión clínica y tampoco en la incapacidad laboral. Esto refuerza la idea de que en fases tempranas de la enfermedad los FARMES son el tratamiento más adecuado, mientras que los tratamientos biológicos deben quedar reservados para los pacientes que tienen dificultades para obtener resultados con el tratamiento tradicional o tienen actividad inflamatoria sostenida.

Desde un punto de vista del dolor, el subanálisis de Olofsson et al. (2021) señaló que los pacientes que recibieron tratamiento de infliximab más metotrexato percibieron menos dolor en comparación a los que recibieron tratamiento tradicional, aunque no existieron diferencias en el dolor refractario, evidenciando lo complejo del tratamiento de los síntomas de la artritis reumatoide.

Asimismo, es necesario considerar la dimensión económica, debido a que el costo-efectividad también es un elemento de análisis relevante para comparar la viabilidad de ambos tipos de terapia. En estos términos, el estudio de Cubillos Mendoza et al (2023) informó que etanercept es más costo-efectivo que adalimumab en la práctica clínica real, esto puede ser relevante la interrogante sobre qué tan sostenibles pueden ser tratamientos biológicos en sistemas de salud

limitados a nivel de recursos. Sumado a que uno de los factores de poca adherencia al tratamiento es justamente el tener que afrontar su alto coste económico.

A modo general respecto al objetivo 3 la mayoría de los estudios concluyeron que hay mejoras en la funcionalidad y calidad de vida luego de iniciar terapias biológicas en especial en las áreas de dolor y movilidad (Haliton et al., 2020; Mamasaidov et al., 2025). Esto se corrobora mediante instrumentos como el EQ-5D, HAQ y SF-36 que fueron los utilizados para la evaluación de los desenlaces.

En el estudio de Ivanov et al. (2022), tanto los bDMARDs como los inhibidores de JAK ponderaron con la mejoría de la calidad de vida y la funcionalidad física a pesar de que tofacitinib tuvo mayor efectividad que etanercept al evaluarse mediante el HAQ. Por otro lado, Tachkov et al. (2021) indicó discrepancia entre el buen control clínico (DAS28 bajo) y la percepción baja de la calidad de vida (EQ-5D bajo), lo que da cuenta de la necesidad de ampliar los criterios de evaluación y considerar parámetros más personales y no solo los criterios clínicos.

Estudios observacionales como Sosa Aquino et al. (2022) revelaron que la calidad de vida se puede mantener incluso en pacientes con una mantención prolongada de la enfermedad, aunque esto también dependerá de otros factores como el apoyo socio familiar, el nivel de dolor y adaptación funcional.

En la presente revisión sistemática se analizaron 14 estudios, los cuales permitieron examinar la seguridad, efectividad y calidad de vida alcanzada de los pacientes con artritis reumatoide durante el tratamiento con terapias biológicas y/o terapias convencionales en función de su perfil clínico. Los resultados obtenidos evidencian una ventaja de las terapias biológicas por

sobre las terapias convencionales en cuanto a beneficios relacionados con el control clínico (ACR50 y DAS28), además de mejor calidad de vida, en especial en pacientes con la enfermedad activa, refractaria y sin morbilidades añadidas.

En cuanto a las terapias convencionales es pertinente señalar que continúan siendo una opción viable en etapas tempranas de la enfermedad, presentando un perfil de seguridad aceptable y de menor coste económico, siendo de ayuda en escenarios clínicos puntuales.

Los resultados obtenidos coinciden con las recomendaciones del Colegio Americano de Reumatología y de PANLAR, quienes manifiestan que el uso de bDMARDs es útil en casos en donde la terapia con metotrexato es insuficiente. (Fajardo, 2024)

Además, los resultados tienen una potente implicación clínica. Siendo necesario que la elección del tratamiento sea guiada por el perfil individual del paciente, es decir, su edad, estado funcional, comorbilidades y duración de la enfermedad. Por un lado, los bDMARDs entregan una respuesta más rápida y sostenida pero su uso debe ser evaluado de forma sistemática en función de las comorbilidades y edad del paciente al momento de efectuar el tratamiento. En contraste, los FARMES convencionales continúan siendo una solución terapéutica robusta, en especial en fases tempranas de la enfermedad y en casos menos graves.

Respectos a los hallazgos encontrados, estos tienen una importante relación con la práctica clínica y prospectivas de investigación ya que mediante los resultados presentados se evidencia que el uso de terapias biológicas en pacientes con artritis reumatoide puede ser viable, seguro y efectivo en pacientes que no responden a terapias convencionales, sin embargo, para ello es necesario la clasificación estratégica de los pacientes de acuerdo a criterios clínicos para poder

minimizar los efectos secundarios y lograr una mayor cantidad de beneficios. Por lo anterior, es necesario que se realicen estudios clínicos adicionales que comparen los tratamientos a partir de subgrupos específicos, así como valoraciones económicas del coste de los distintos tipos de terapia para conocer con mayor detalle su impacto en la funcionalidad, ausentismo laboral, y calidad de vida a largo plazo.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1 CONCLUSIONES

La artritis reumatoide sigue considerándose una patología de gran complejidad y muy incapacitante, siendo la respuesta al tratamiento y su evolución determinados por una multiplicidad de factores tanto clínicos como sociales y funcionales. Desde esta perspectiva, la revisión sistemática realizada permitió examinar, contrastar y sintetizar la evidencia disponible sobre la eficacia de las terapias biológicas y las terapias convencionales en personas adultas mayores de 18 años diagnosticadas con artritis reumatoide. Asimismo, permitió describir la respuesta clínica, el grado de funcionalidad y la calidad de vida alcanzada por los pacientes, considerando no solo los aspectos propios de la enfermedad, sino también la experiencia individual de quienes la padecen.

El análisis realizado da cuenta de que las terapias biológicas han significado un avance importante para el manejo clínico de la artritis reumatoide, especialmente en pacientes con la enfermedad en curso, refractaria o con poca respuesta a los tratamientos convencionales. Los bDMARDs y los inhibidores de JAK evidencian resultados positivos, siendo capaces de ayudar a la mejoría clínica, disminuir la actividad inflamatoria, disminuir el avance radiográfico y mantener o mejorar la calidad de vida. A pesar de ello, la mejoría observada no es universal ni constante. La respuesta a la terapia va a ser diferente dependiendo de las características particulares de cada paciente, teniendo mayores posibilidades de afrontar positivamente la enfermedad aquellos cuyo curso de enfermedad ha sido menor, se mantienen físicamente funcionales y no tienen otras morbilidades. Este resultado da cuenta de que para que los tratamientos sean efectivos debe haber un diagnóstico y tratamiento

temprano que se debe acompañarse de una correcta categorización clínica que permita identificar de mejor manera el tratamiento adecuado para el paciente.

Por su parte, los FARMES convencionales siguen teniendo un rol clínico significativo, sobre todo en estados tempranos de la artritis reumatoide. La revisión indica que, para pacientes sin refractariedad al tratamiento inicial, el tratamiento convencional combinado aún ofrece una efectividad similar a los tratamientos biológicos en remisión clínica y mantención de la funcionalidad. Esto tiene un impacto clínico y económico relevante ya que permite a los servicios de salud lograr un manejo más asertivo de los recursos evitando intervenciones costosas cuando aún se pueden obtener resultados positivos con terapias convencionales.

Respecto a la capacidad funcional y calidad de vida, la presente revisión indica perspectivas complejas. A pesar de que las terapias biológicas impactan positivamente en la recuperación clínica del paciente y en la actividad inflamatoria, ello no siempre significa que el paciente va a percibir una mejor calidad o bienestar subjetivo. Este tipo de sucesos de disociación entre fenómenos evidenciados por estudios como el de Tachkov et al. (2021) ocurre porque se observa un buen control clínico (DAS28 bajo) pero un EQ-5D bajo, resalta la necesidad de incluir estratégicamente desenlaces relacionados a la subjetividad del paciente que puedan influir en la respuesta terapéutica. El control del dolor, la fatiga, la salud mental y la inclusión social son dimensiones necesarias para el abordaje integral y sistemático de la artritis reumatoide.

De la misma forma, la baja adherencia al tratamiento continúa siendo un problema transversal en la evaluación de las terapias biológicas. El factor económico, los efectos secundarios, lo difícil de seguir la rutina terapéutica o las bajas posibilidades de acceder a la medicación son limitantes constantes que impiden que las pacientes puedan mantener las terapias. Estas

dificultades resaltadas en estudios como el de Machado-Duque et al. (2022), destaca que es imperativo construir políticas de salud pública que faciliten el acceso a la medicación para mantener los tratamientos.

También se identificaron dificultades relacionadas a la evidencia ya que muchos de los estudios que analizaron la calidad de vida y funcionalidad fueron de tipo observacional con riesgo de sesgo por confusión y nula aleatorización. Además, los instrumentos que se utilizaron para medir la calidad de vida fueron diversos (EQ-5D, SF-36, HAQ, QoL-RA), siendo inviable una comparación directa y precisa. De igual forma, la presente revisión permite dar cuenta de cuál es el panorama y tendencias dentro de la literatura científica.

En resumen, la información presentada en esta revisión sistemática permite confirmar que el tratamiento de la artritis reumatoide debe realizarse a partir de un análisis personalizado a partir de las características clínicas individuales del paciente, incluyendo aspectos como la fase de la enfermedad, las comorbilidades, el estado funcional antes de comenzar la terapia y el estado emocional y motivacional del paciente. La decisión terapéutica debe tener como objetivo conseguir una mayor eficacia, seguridad, coste- efectividad y calidad de vida teniendo en cuenta un enfoque integral.

Lo anterior da paso a considerar futuras líneas de investigación que puedan profundizar en la identificación de indicadores clínicos de respuesta al tratamiento y también en diseñar estudios prospectivos que adicionen desenlaces con foco en el paciente de forma prioritaria. También sería relevante que se realizaran estudios en contextos reales, que evalúen el impacto económico, funcional y en la salud mental de las distintas terapias, teniendo como objetivo no

solo la disminución inflamatoria sino también la recuperación en la independencia funcional, adaptación social y el bienestar global del paciente con artritis reumatoide.

El objetivo general de esta revisión sistemática fue determinar el efecto de las terapias biológicas versus las terapias convencionales en la calidad de vida y funcionalidad de pacientes adultos con artritis reumatoide, a partir de la evidencia publicada entre 2015 y 2025. Con relación a ello, es posible concluir que este objetivo se resolvió de manera eficiente, debido a que se identificaron y analizaron estudios de diferentes escenarios globales que permitieron responder a la interrogante de investigación planteada de forma consistente.

De esta manera es posible afirmar que las terapias biológicas mejoran la calidad de vida y la funcionalidad de los pacientes con artritis reumatoide de forma significativa, sobre todo en casos con enfermedad activa y refractaria, a pesar de ello, las terapias convencionales siguen siendo una opción de tratamiento efectiva en artritis reumatoide temprana obteniéndose mejoras amplias en funcionalidad y percepción del bienestar.

El impacto finalmente dependerá de factores clínicos relacionados al estado premórbido del paciente, siendo el tipo de terapia un factor relevante pero no esencial, ya que las comorbilidades, la duración de la enfermedad, el nivel socioeconómico y la calidad de vida durante tratamientos previos de igual manera tendrán un rol relevante que influirán en la funcionalidad tanto durante como después del tratamiento biológico o convencionales.

6.2 RECOMENDACIONES

- El tratamiento de la artritis reumatoide requiere un abordaje más sistemático, complejo y amplio que en años anteriores, considerando la evolución y diversidad de las terapias disponibles.
- Es necesario adoptar un enfoque terapéutico individualizado y centrado en la subjetividad del paciente, teniendo en cuenta comorbilidades, duración de la enfermedad, capacidad funcional previa, gravedad y expectativas del paciente.
- La toma de decisiones clínicas debe ser compartida entre el profesional de salud y el paciente, promoviendo su rol activo en el proceso terapéutico.
- La calidad de vida y la funcionalidad deben ser objetivos primarios en el tratamiento, y no considerarse desenlaces secundarios.
- Se recomienda el uso rutinario de escalas estandarizadas como el EQ-5D, SF-36 y HAQ para el monitoreo dinámico de la evolución del paciente.
- Es fundamental fortalecer la educación terapéutica y la alfabetización en salud para mejorar la adherencia y reducir la interrupción o abandono de los tratamientos.
- Los profesionales deben dedicar tiempo a educar y resolver dudas, generando una relación de confianza y transparencia con los pacientes.
- Se debe garantizar el acceso equitativo a las terapias biológicas, independientemente de la ubicación geográfica o nivel socioeconómico del paciente.

- Es necesario establecer lineamientos estratégicos que aseguren el uso costo-efectivo de las terapias, reservando los biológicos para casos refractarios y utilizando terapias convencionales combinadas en fases tempranas.
- Se recomienda crear y fortalecer registros nacionales o multicéntricos de pacientes con artritis reumatoide, incluyendo datos clínicos, calidad de vida, adherencia, funcionalidad y desenlaces a largo plazo.
- Es urgente promover estudios clínicos más robustos que evalúen de forma combinada la calidad de vida, funcionalidad y la remisión clínica, para obtener un panorama más completo del impacto terapéutico.
- Se debe fomentar la investigación orientada a identificar biomarcadores y predictores de respuesta terapéutica, para mejorar la personalización del tratamiento desde etapas tempranas.
- Es importante estudiar la relación entre factores psicosociales (ansiedad, estrés, aislamiento, depresión), la funcionalidad y la respuesta al tratamiento.
- Las futuras intervenciones deben ser multidisciplinarias e incluir componentes farmacológicos y no farmacológicos, como rehabilitación física, manejo del dolor, y estrategias de interacción social.
- Se recomienda combinar terapias farmacológicas con ejercicio terapéutico adaptado, educación en autocuidado, programas psicosociales e intervención en hábitos de vida saludables.

- Implementar un modelo de atención sanitaria integral y multidisciplinario, con la colaboración de reumatólogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, enfermería y nutricionistas, puede mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida.
- El enfoque futuro en el tratamiento de la artritis reumatoide debe centrarse en una atención personalizada, integral y sostenible que abarque de forma global las dificultades del paciente, más allá de los indicadores clínicos tradicionales.

BIBLIOGRAFIA

1. Abud Mendoza, C., et al. (2024). Recomendaciones actualizadas sobre el uso de medicamentos en artritis reumatoide. *Reumatología Clínica*.
2. Balderas, M. A. (2017). Calidad de vida en pacientes con artritis reumatoide. *Revista Mexicana de Reumatología*, 22(1), 13–18.
3. Camargo Barrios, D. F., Camargo Gómez, C. L., & Escudero Morales, C. (2023). Terapia biológica en artritis reumatoide temprana: revisión sistemática. *Revista Colombiana de Reumatología*, 30(2), 107–116.
4. Camargo Barriosa, D., et al. (2017). Uso de terapias biológicas en AR en etapas tempranas. *Reumatología Internacional*.
5. Cordero Alfaro, M., et al. (2021). Efectividad del tocilizumab intravenoso en la práctica clínica habitual en Costa Rica. *Revista Centroamericana de Reumatología*.
6. Cubillos Mendoza, L., & Pinto Álvarez, J. (2023). Adalimumab vs Etanercept: Coste-Efectividad en pacientes con AR. *Revista de Salud Pública*.
7. Elizarrarás Rivas, J., et al. (2023). Prevalencia de artritis reumatoide en Latinoamérica. *Revista de Medicina Clínica*.
8. Eriksson, J. K., Neovius, M., Bratt, J., Petersson, I. F., van Vollenhoven, R. F., Geborek, P., et al. (2021). Biological vs Conventional Combination Treatment and Work Loss in Early RA. *JAMA Internal Medicine*, 181(1), 48–57. <https://doi.org/10.1001/jamainternmed.2020.6400>

9. Fajardo, L. (2024). Guías clínicas PANLAR para el tratamiento de AR. *Revista Panamericana de Reumatología*, 11(2), 87–95.
10. Freire, R. (2022). Terapias biológicas y modelos experimentales en AR. *Revista Iberoamericana de Reumatología*, 15(1), 25–34.
11. García, M. T. (2002). Factores pronósticos en artritis reumatoide. *Revista Clínica de Reumatología*.
12. Haliton Alves de Oliveira Junior, T. P., Acurcio, F. D. A., Almeida, A. M. M., Ribeiro Dos Santos, J. B., Ribeiro da Silva, M. R., Kakehasi, A. M., & Cherchiglia, M. L. (2020). Impact of biologic DMARDs on quality of life. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 60(6), 582–590.
13. Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. (2022). Guía del Colegio Americano de Reumatología (ACR) 2021. Bogotá: IETS.
14. Ivanov, I. H., Petrova, P., Konstantinov, V., Dimitrova, D., Stoyanova, T., & Petkova, R. (2022). Calidad de vida y actividad en AR con bDMARDs y tofacitinib: Estudio prospectivo en Bulgaria. *Clinical Rheumatology*, 41(1), 37–46.
15. Lozano, M. (2011). Seguridad a largo plazo de terapias biológicas en artritis reumatoide. *Reumatología Clínica*, 7(4), 222–228.
16. Mamasaidov, A., Sakibaev, K., Zhumabaeva, S., Isakov, U., Eshbaeva, C. A., Abdyllaev, J., Abdikhalilov, B., & Salieva, R. S. (2025). Impact of Biological Therapies on Quality of Life in Rheumatoid Arthritis: A Narrative Review. *International Journal of Rheumatology*, 12(1), 55–63.
17. Machado-Duque, M. E., Gaviria-Mendoza, A., Toro-Jiménez, J. C., Cano-Marín, S., Osorio-Gutiérrez, L., Hernández-Cano, L. F., & Machado-Alba, J. E. (2022). Efectividad y seguridad de

biosimilares de infliximab y etanercept en pacientes con AR. *Revista Colombiana de Reumatología*, 29(1), 5–12.

18 Krabben A, Huizinga TW, Mil AH. Biomarkers for radiographic progression in rheumatoid arthritis. *Curr Pharm Des.* 2015;21(2):147-69. doi: 10.2174/1381612820666140825122525. PMID: 25163742.

19. Olofsson, T., Wallman, J. K., Jöud, A., Schelin, M. E. C., Ernestam, S., van Vollenhoven, R. F., Saevarsdottir, S., & Lampa, J. (2022). Pain Over Two Years After Start of Biologic vs Conventional Combo in Early RA. *Arthritis Care & Research*, 74(6), 934–942. <https://doi.org/10.1002/acr.24512>

20. *Reumatología Clínica España.* (2020). Revisión clínica sobre infliximab en AR. *Reumatología Clínica*, 16(4), 295–300.

21. Rocha, L. (2024). Terapéutica farmacológica actual para AR: Revisión sistemática. *Revista Iberoamericana de Ciencias Médicas*, 14(1), 11–28.

22. Singh, J. A., Christensen, R., Wells, G. A., et al. (2020). Biological Therapies for Rheumatoid Arthritis: A Cochrane Overview. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2. Art. No.: CD013503. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013503.pub2>

23. Sosa Aquino, O. (2021). Calidad de vida tras terapia anti-TNF en AR. *Revista Paraguaya de Reumatología*.

24. Sosa Aquino, O., Cáceres Bordón, V. I., López de Torrez, M. R., & Rodríguez Riveros, M. I. (2022). Calidad de vida y capacidad funcional en artritis reumatoide. *Revista Clínica del Paraguay*, 18(2), 23–30.

25. Tachkov, K., Boyadzhieva, V., Stoilov, N., Mitov, K., & Petrova, G. (2021). Is There Symmetry in Disease Control & QoL with Biologics. *Symmetry*, 13(12), 2381. <https://doi.org/10.3390/sym13122381>
26. Taylor PC, et al. Biologic therapies in rheumatoid arthritis: An overview of mechanisms and outcomes. *Lancet Rheumatol*. 2023;5(2): e87–e98.
27. Singh JA, et al. Comparative effectiveness of biologics in rheumatoid arthritis: A network meta-analysis. *Arthritis Care Res*. 2022.
28. Strand V, et al. Humanistic and economic burden of rheumatoid arthritis and the role of biologic therapy. *Rheumatology International*. 2022.
29. Smolen JS, et al. Treating rheumatoid arthritis to target: 2023 update of the EULAR recommendations. *Ann Rheum Dis*. 20

GLOSARIO Y ABREVIATURAS

Agente biológico: Fármacos obtenidos a partir de materiales biológicos o de sus componentes activos, elaborados mediante técnicas de biotecnología moderna que permiten reproducir o modificar procesos naturales del organismo.

Artritis reumatoide: Enfermedad autoinmune crónica que causa dolor, rigidez e inflamación en las articulaciones, causando pérdida de la función articular.

Calidad de vida: Conjunto de condiciones físicas, mentales y sociales que favorecen el desarrollo pleno y el bienestar integral de las personas, especialmente en el contexto de enfermedades crónicas.

Citoquinas: Proteínas pequeñas liberadas por células del sistema inmunológico que regulan la inflamación y la respuesta inmune. Algunas citoquinas están implicadas en la progresión de la AR.

DMARDs (Fármacos modificadores de la enfermedad): Medicamentos que ralentizan la progresión de la artritis reumatoide y no solo alivian los síntomas. Pueden ser convencionales o biológicos.

Funcionalidad: Habilidad del individuo para desempeñar sus actividades diarias y mantener su autonomía funcional. En artritis reumatoide, esta dimensión suele medirse mediante instrumentos como el HAQ o el SF-36.

Inhibidores del TNF: Terapia biológica que bloquea la acción del TNF, una citoquina que contribuye a la inflamación en la Artritis reumatoide.

Metotrexato: Fármaco DMARD convencional, ampliamente utilizado como tratamiento de primera línea en la artritis reumatoide.

Revisión sistemática: Método de investigación que recopila, evalúa y sintetiza estudios relevantes sobre una pregunta específica, siguiendo criterios rigurosos de inclusión y exclusión.

Terapias biológicas: Tratamientos desarrollados a partir de organismos vivos que actúan de forma dirigida sobre el sistema inmunológico. Se utilizan cuando los DMARDs convencionales no son efectivos.

Terapias convencionales: Tratamientos farmacológicos tradicionales para la AR, como el metotrexato, sulfasalazina e hidroxiclороquina.

Funcionalidad: Capacidad de una persona para realizar actividades cotidianas. En AR, se evalúa comúnmente con escalas como el HAQ o el SF-36.

HAQ (Health Assessment Questionnaire): Cuestionario utilizado para medir la discapacidad funcional en pacientes con Artritis Reumatoide, este evalúa actividades diarias como vestirse, caminar o alimentarse.

DECLARACIÓN JURADA

DECLARACIÓN JURADA

Yo Sthetanie López Ordóñez, mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 604280360 egresado de la carrera de Medicina y Cirugía de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de Licenciatura en Medicina y Cirugía, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: Efecto de las terapias biológicas versus terapias convencionales como tratamiento en pacientes adultos con Artritis Reumatoide relacionado con la calidad de vida y funcionalidad: Revisión Sistemática 2025, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público.

En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 06 días del mes de Noviembre del año dos mil veinticinco.



Firma del estudiante

Cédula: 604280360

CARTAS DE APROBACIÓN

CARTA DEL LECTOR

San José, 22 noviembre 2025

Departamento de Servicios Estudiantiles
Universidad Hispanoamericana
Presente


Estimados señores:

El estudiante Stefanie Víquez Ordoñez, cédula de identidad número 604280360, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: "*Efecto de las terapias biológicas versus terapias convencionales como tratamiento en pacientes adultos con artritis reumatoide relacionado con la calidad de vida y funcionalidad: revisión sistemática 2015-2025*". El cual ha elaborado para optar por el grado de Licenciatura en Medicina y Cirugía.

He revisado y he hecho las observaciones relativas al contenido analizado, particularmente, lo relativo a la coherencia entre el marco teórico y el análisis de datos; la consistencia de los datos recopilados y la coherencia entre estos y las conclusiones; asimismo, la aplicabilidad y originalidad de las recomendaciones, en términos de aporte de la investigación. Además, he verificado que se han realizado las modificaciones esenciales correspondientes a las observaciones indicadas.

Por consiguiente, este trabajo cuenta con los requisitos para ser presentado en la defensa pública.

Atentamente,



GINA TORRES ARTAVIA
MEDICO
Firmado por: GINA TORRES ARTAVIA (AUTENTICACION)

Dra. Gina Torres Artavia
110510646
Código 15472

San José, 09 de noviembre de 2025

Señores

Departamento de Registro

Universidad Hispanoamericana

Estimados señores:

El estudiante *Sthefanie Viquez Ordoñez*, cédula de identidad número 3-0400-0059, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación el trabajo de ***EFFECTO DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS VERSUS TERAPIAS CONVENCIONALES COMO TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON ARTRITIS REUMATOIDE RELACIONADO CON LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD: REVISIÓN SISTEMÁTICA 2025***, el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Medicina y Cirugía. He verificado que se ha incluido las observaciones y hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría; y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación, antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos, conclusiones y recomendaciones.

Los resultados obtenidos por el postulante implican la siguiente calificación:

A.	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
B.	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	15%
C.	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN	30%	22%
D.	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	15%
E.	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEÓRICO	20%	18%
F.	TOTAL		80%

Por consiguiente, se avala el traslado de la tesis al proceso de lectura

Atentamente

**MAXIN
CUBERO
DOUDINSKEI**

Digitally signed by
MAXIN CUBERO
DOUDINSKEI
Date: 2025.11.09
23:37:52 -06'00'

Dr. Maxin Cubero Doudinskei

COD. 15753

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO**

POLITICA DE ENTREGA DE TRABAJOS FINALES DE GRADUACION (TFG)

El Centro de Información Tecnológico (CENIT), resguardará los TFG y los tendrá a disposición de los usuarios.

El proceso de confección del TFG será dictado por la Dirección de Carrera en conjunto con la Dirección de Registro.

Los criterios para la recepción serán los siguientes:

1. Una vez defendido el trabajo final deberá el estudiante realizar el depósito del TFG en el repositorio institucional, para dicho fin se encuentra a disposición del estudiante una plataforma online. (Para hacerle llegar el procedimiento al estudiante es necesario que el Departamento de Registro nos haga llegar cada cuatrimestre la lista oficial de los estudiantes matriculados en el requisito de graduación)
2. El colaborador de registro verificará el cumplimiento de las disposiciones requeridas, para ello contará con un acceso a la plataforma, realizado esto procederá a darle el visto bueno para que el CENIT realice la última revisión. (Para llevar el control de cuáles TFG cuentan con el VB de Registro, se contará con un formato en Excel que se encontrará ubicado en la carpeta compartida entre Registro y el CENIT)
3. El colaborador de biblioteca deberá verificar que el archivo enviado por el estudiante cuente con los requerimientos establecidos (Formato PDF, carta tutor, lector, filólogo, declaración jurada y licencia de autorización de los autores), una vez realizada la revisión se procederá a dar el visto bueno final.
4. Como parte de las cartas que debe contener el documento se encuentra la licencia de autorización de los autores, con el fin de que el documento quede a disposición de los usuarios en la Biblioteca Digital. (Ver anexo)
5. Una vez que el estudiante cuente con el visto bueno final y siempre y cuando no tenga pendientes en biblioteca, se pondrá a su disposición el Paz y Salvo para que proceda realizar el pago de los derechos de graduación (Los colaboradores del CENIT se encargaran de genera los Paz y Salvo y compartirlos con Registro por medio de la carpeta compartida).

La presente entra en vigor de manera inmediata a su conocimiento y fecha, siendo los ___ días del mes de ___ de ___ en San José, Costa Rica.

Dirección de Registro

Dirección del CENIT

ANEXOS

**UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
CENTRO DE INFORMACION TECNOLOGICO
(CENIT)
CARTA DE AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA LA CONSULTA,
LA REPRODUCCION PARCIAL O TOTAL Y PUBLICACIÓN
ELECTRÓNICA DE LOS TRABAJOS FINALES DE GRADUACION**

San José, 24 de Noviembre de 2025

Señores:

Universidad Hispanoamericana
Centro de Información Tecnológico (CENIT)

Estimados Señores:

El suscrito (a) Sthefanie Víquez Ordoñez con número de identificación 604280360 autora del trabajo de graduación titulado "EFECTO DE LAS TERAPIAS BIOLÓGICAS VERSUS TERAPIAS CONVENCIONALES COMO TRATAMIENTO EN PACIENTES ADULTOS CON ARTRITIS REUMATOIDE RELACIONADO CON LA CALIDAD DE VIDA Y FUNCIONALIDAD: REVISIÓN SISTEMÁTICA 2015-2025" presentado y aprobado en el año 2025 como requisito para optar al título de Licenciatura en Medicina y Cirugía; Si autorizo al Centro de Información Tecnológico (CENIT) para que con fines académicos, muestre a la comunidad universitaria la producción intelectual contenida en este documento.

De conformidad con lo establecido en la Ley sobre Derechos de Autor y Derechos Conexos N° 6683, Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica.

Cordialmente,



604280360

Firma y Documento de Identidad

**ANEXO 1 (Versión en línea dentro del Repositorio)
LICENCIA Y AUTORIZACIÓN DE LOS AUTORES PARA PUBLICAR
PERMITIR LA CONSULTA Y USO**

Parte 1. Términos de la licencia general para publicación de obras en el repositorio institucional

Como titular del derecho de autor, confiero al Centro de Información Tecnológico (CENIT) una licencia no exclusiva, limitada y gratuita sobre la obra que se integrará en el Repositorio Institucional, que se ajusta a las siguientes características:

- a) Estará vigente a partir de la fecha de inclusión en el repositorio, el autor podrá dar por terminada la licencia solicitándolo a la Universidad por escrito.
- b) Autoriza al Centro de Información Tecnológico (CENIT) a publicar la obra en digital, los usuarios puedan consultar el contenido de su Trabajo Final de Graduación en la página Web de la Biblioteca Digital de la Universidad Hispanoamericana
- c) Los autores aceptan que la autorización se hace a título gratuito, por lo tanto, renuncian a recibir beneficio alguno por la publicación, distribución, comunicación pública y cualquier otro uso que se haga en los términos de la presente licencia y de la licencia de uso con que se publica.
- d) Los autores manifiestan que se trata de una obra original sobre la que tienen los derechos que autorizan y que son ellos quienes asumen total responsabilidad por el contenido de su obra ante el Centro de Información Tecnológico (CENIT) y ante terceros. En todo caso el Centro de Información Tecnológico (CENIT) se compromete a indicar siempre la autoría incluyendo el nombre del autor y la fecha de publicación.
- e) Autorizo al Centro de Información Tecnológica (CENIT) para incluir la obra en los índices y buscadores que estimen necesarios para promover su difusión.
- f) Acepto que el Centro de Información Tecnológico (CENIT) pueda convertir el documento a cualquier medio o formato para propósitos de preservación digital.
- g) Autorizo que la obra sea puesta a disposición de la comunidad universitaria en los términos autorizados en los literales anteriores bajo los límites definidos por la universidad en las "Condiciones de uso de estricto cumplimiento" de los recursos publicados en Repositorio Institucional.

SI EL DOCUMENTO SE BASA EN UN TRABAJO QUE HA SIDO PATROCINADO O APOYADO POR UNA AGENCIA O UNA ORGANIZACIÓN, CON EXCEPCIÓN DEL CENTRO DE INFORMACIÓN TECNOLÓGICO (CENIT), EL AUTOR GARANTIZA QUE SE HA CUMPLIDO CON LOS DERECHOS Y OBLIGACIONES REQUERIDOS POR EL RESPECTIVO CONTRATO O ACUERDO.