Artículos originales

Caracterización clínica según grupo etáreo de pacientes con artritis reumatoide

Clinical Characterization According to Age Group of Patients with Rheumatoid Arthritis

Neima Ayde Bravo Mego[1] María Lucelita Silva Coronel[1] José Ander Asenjo Alarcón[1]

[1] Universidad Nacional Autónoma de Chota, Facultad de Ciencias de la Salud, Cajamarca, Peru

Cómo citar este artículo:
Bravo-Mego N, Silva-Coronel M, Asenjo-Alarcón J. Caracterización clínica según grupo etáreo de pacientes con artritis reumatoide. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2024 [citado 2026 Nov 16]; 14(3):[aprox. 7 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/1403

Resumen

Fundamento: la artritis reumatoide afecta la calidad de vida de los pacientes, por las alteraciones funcionales que provoca, identificar las manifestaciones clínicas según sus particularidades favorecerá la actuación diversificada y personalizada.
Objetivo: determinar las características clínicas según grupo etáreo de pacientes con artritis reumatoide atendidos en un hospital primario de Perú.
Métodos: se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, efectuado entre agosto y setiembre del 2023, con 50 pacientes inscritos en el Hospital de Chota, Perú. Los datos se obtuvieron con una ficha de recolección revisada y adaptada. El análisis estadístico incluye frecuencias absolutas y relativas, intervalos de confianza al 95 %, Chi cuadrado de homogeneidad y prueba exacta de Fisher con $p < 0,05$ de significancia.
Resultados: el 82,8 % de adultos y el 81,0 % de adultos mayores presentaron dolor poliarticular; nódulos subcutáneos el 24,1 % y 19,0 %; rigidez matutina el 24,1 % y 9,5 %; deformidad articular el 20,7 % y 9,5 % y adormecimiento articular el 10,3 % y 19,0 % de adultos y adultos mayores; el 96,6 % de adultos y 90,5 % de adultos mayores tuvieron factor reumatoide positivo y proteína C reactiva elevada; el 53,6 % y 47,6 % respectivamente. Las diferencias clínicas y de laboratorio según grupo etáreo no fueron significativas ($p > 0,05$).
Conclusión: el dolor poliarticular fue la manifestación más frecuente, con factor reumatoide positivo y proteína C reactiva elevada, tanto en adultos como en adultos mayores. El acompañamiento individualizado coadyuvará a una valoración más específica de los pacientes, con el fin de establecer medidas de control y soporte adaptadas.

Palabras clave: signos y síntomas, artritis reumatoide, factor reumatoide, grupos de edad, hospitales, Perú

Abstract

Foundation: rheumatoid arthritis affects the quality of life of patients due to the functional alterations it causes; identifying the clinical manifestations according to their particularities will favor diversified and personalized action.
Objective: to determine the clinical characteristics according to age group of patients with rheumatoid arthritis treated in a primary hospital in Peru.
Methods: a descriptive, retrospective and cross-sectional study was carried out between August and September 2023, with 50 patients enrolled at the Chota Hospital, Peru. The data were obtained with a revised and adapted collection form. The statistical analysis includes absolute and relative frequencies, 95 % confidence intervals, Chi square for homogeneity and Fisher's exact test with $p < 0.05$ for significance.
Results: 82.8 % of adults and 81.0 % of older adults presented polyarticular pain; subcutaneous nodules 24.1 % and 19.0 %; morning stiffness 24.1 % and 9.5 %; joint deformity 20.7 % and 9.5 % and joint numbness 10.3 % and 19.0 % of adults and older adults; 96.6 % of adults and 90.5 % of older adults had positive rheumatoid factor and elevated C-reactive protein; 53.6 % and 47.6 % respectively. The clinical and laboratory differences according to age group were not significant ($p > 0.05$).
Conclusion: polyarticular pain was the most frequent manifestation, with positive rheumatoid factor and elevated C-reactive protein, both in adults and older adults. Individualized support will contribute to a more specific assessment of patients, in order to establish adapted control and support measures.

Key words: signs and symptoms, arthritis, rheumatoid, rheumatoid factor, age groups, hospitals, Peru

Recibido: 2024-03-28 17:43:44
Aprobado: 2024-08-09 13:14:15

Correspondencia: Neima Ayde Bravo Mego. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Nacional Autónoma de Chota. Cajamarca. Perú. ander1213@hotmail.com

Introducción

La artritis reumatoide es un padecimiento crónico que cursa con un proceso inflamatorio multisistémico, de origen indeterminado, autoinmune según su clase, con predilección en su afectación a las articulaciones distales y tejidos blandos periarticulares y con capacidad de alterar las estructuras anatómicas y fisiológicas, hasta conllevar a la discapacidad, si no se controla adecuadamente y a tiempo.[1] Por su carácter crónico y multisistémico coexiste con multimorbilidad y la génesis de comorbilidades se instauran de forma más célere y sencilla, lo que hace más complicado el abordaje terapéutico, así como el control efectivo de la enfermedad de base.[2]

La manifestación clínica de la artritis reumatoide más llamativa para los pacientes y el equipo de salud es el dolor poliarticular, generado por el cuadro inflamatorio persistente, que afecta diferentes vías de conducción del sistema nervioso; su importancia radica, entre otras, en la disminución de la capacidad funcional, pérdida de la autonomía y afectación emocional en los pacientes.[3] En un estudio en Japón, el 80 % de los pacientes con artritis reumatoide presentaron dolor poliarticular inaceptable, que fue más intenso al inicio de la enfermedad o cuando aún no recibían tratamiento antiinflamatorio o atención médica, así mismo, determinaron que la edad no tuvo injerencia significativa en la presencia o ausencia de dolor poliarticular.[4]

Los nódulos subcutáneos pueden estar presentes en el 40 % de los pacientes con artritis reumatoide y su localización suele ser más frecuente en la superficie de extensión de los antebrazos, en las zonas de presión ósea o encima de las articulaciones, que sumado al proceso inflamatorio potencian la inmovilidad en las áreas afectadas.[5] Otra manifestación concurrente es la rigidez matinal, que puede manifestarse en el 12 % de los pacientes con artritis reumatoide en curso inflamatorio, por esta razón pierden la habilidad motora fina para realizar sus actividades de la vida diaria y las acciones básicas de autocuidado se convierten en una utopía.[6]

La persistencia de la enfermedad en el tiempo, ocasiona problemas de difícil reversión, e incluso, pueden hacerse irreversibles, tal es así que, el 40 % de los pacientes con artritis reumatoide pueden desarrollar deformidad articular ligera en la columna cervical y el 7 % subluxación atlantoaxial, luego de 10 años de su diagnóstico, a pesar de recibir terapia antirreumática.[7] Así mismo, si la artritis reumatoide se acompaña de neuropatía periférica, los pacientes desarrollarán como síntomas principales el entumecimiento articular (84,8 %) y la debilidad muscular (21,7 %), serios problemas que se asocian a accidentes cotidianos por la pérdida de la sensibilidad nerviosa.[8]

Los indicadores bioquímicos que permiten valorar la progresión de la artritis reumatoide y el grado de deterioro a nivel óseo y del cartílago, son el factor reumatoide, la proteína C reactiva y los anticuerpos anti-péptidos cíclicos citrulinados, por lo que, su presencia alterada puede significar un trato diferenciado para los pacientes, según las condiciones concomitantes existentes, pues mientras más distantes de la normalidad estén estos indicadores, mayor perjuicio habrá en las zonas articulares afectadas, desde erosión ósea hasta destrucción del cartílago.[9]

El futuro de los pacientes con artritis reumatoide no es muy alentador, debido a la inflamación crónica del revestimiento articular, detrimento en las articulaciones, discapacidad, pérdida ocupacional y adherencia insuficiente a las recomendaciones terapéuticas y de cuidado, no obstante, las evidencias también señalan mejoras en la calidad de vida de los pacientes, si se someten escrupulosamente a las indicaciones de tratamiento farmacológico y no farmacológico, así como, cambios en las rutinas diarias y en la aplicación de estrategias adecuadas de adaptación a la nueva situación.[10]

En este sentido, la comunicación científica de las características clínicas particulares de los pacientes con artritis reumatoide según su etapa cronológica de vida, suma en gran medida a la atención de salud con diversificación contextualizada, a partir de la priorización de las manifestaciones clínicas y el grado de compromiso al que están expuestos. Ante a esta realidad, se dispuso como objetivo: determinar las características clínicas según grupo etáreo de pacientes con artritis reumatoide atendidos en un hospital primario de Perú.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo y transversal, efectuado entre agosto y setiembre del 2023, con 50 pacientes inscritos en el Hospital José Soto Cadenillas de Chota, Perú. La población la constituyeron pacientes con

diagnóstico de artritis reumatoide que fueron atendidos en el hospital durante junio del 2021 y diciembre del 2022, se enrolaron a pacientes de 30 años de edad en adelante, hombres y mujeres y que tenían historia clínica con todos los datos requeridos para la investigación. Se excluyeron a los pacientes con otro tipo de artritis o comorbilidades asociadas y aquellos que no tenían todos los exámenes.

El análisis documental fue la técnica utilizada para recolectar los datos y el instrumento una ficha de recolección adaptada de la Guía de Práctica Clínica de Artritis Reumatoide del Seguro Social de Salud del Perú,[11] la cual contiene información sobre: edad de los pacientes [adulto: 30 – 59 años, adulto mayor: 60 años a más], sexo: hombres y mujeres, cuadro clínico: dolor poliarticular, nódulos subcutáneos, rigidez matutina, deformidad articular, adormecimiento articular e inmovilidad, dicotomizadas en presenta o no presenta y resultados de laboratorio: factor reumatoide: positivo o negativo, proteína C reactiva: normal o elevada, anemia: presenta o no presenta, plaquetas: normal o trombocitosis y leucocitos: leucopenia, normal o leucocitosis. La codificación de los valores finales de las variables se realizó al momento de ingresar los datos al software estadístico.

Concedido el permiso para recolectar los datos de las historias clínicas, se continuó con la identificación de los datos de filiación de los pacientes y número de historia clínica, se revisó cada una de manera detallada y se extrajo en la ficha de recolección toda la información pertinente y necesaria, proceso que fue realizado en turnos de la mañana y de la tarde durante dos meses aproximadamente, hasta cubrir el periodo de pacientes atendidos con esta enfermedad.

El análisis estadístico incluyó frecuencias absolutas y relativas, intervalos de confianza del 95 %, Chi Cuadrado de homogeneidad y prueba exacta de Fisher con $p < 0,05$ de significancia. El SPSS v. 26 se utilizó como software para la creación de la matriz de datos, según la codificación de cada una de las variables y luego se generaron los resultados.

Las pautas éticas fueron parte del desarrollo investigativo y se cumplieron con normalidad. Para el inicio operativo del estudio se obtuvo la aprobación del director del hospital de Chota, luego del responsable del servicio de admisión, para acceder a las historias clínicas. Los datos se trataron con mucha cautela por parte de los investigadores, a fin de salvaguardar la identidad e información personal de los pacientes.

Resultados

El 82,8 % de los adultos y el 81,0 % de los adultos mayores presentaron dolor poliarticular; nódulos subcutáneos el 24,1 % y 19,0 %; rigidez matutina el 24,1 % y 9,5 %; deformidad articular el 20,7 % y 9,5 %; y adormecimiento articular el 10,3 % y 19,0 %, en ese mismo orden. Las características clínicas según grupo etáreo no presentaron diferencias estadísticas significativas ($p > 0,05$), es decir son independientes de la edad. (Tabla 1).

Tabla 1. Caracterización clínica según grupo etáreo de pacientes con artritis reumatoide

Cuadro clínico	Grupo etáreo				p-valor
	Adulto (29)		Adulto mayor (21)		
	n (%)	IC 95 %	n (%)	IC 95 %	
Dolor poliarticular					
Presenta	24 (82,8)	69,1-96,5	17 (81,0)	64,2-97,8	1,000
No presenta	5 (17,2)	3,5-30,9	4 (19,0)	2,2-35,8	
Nódulos subcutáneos					
Presenta	7 (24,1)	8,5-39,7	4 (19,0)	2,2-35,8	0,741
No presenta	22 (75,9)	60,3-91,5	17 (81,0)	64,2-97,8	
Rigidez matutina					
Presenta	7 (24,1)	8,5-39,7	2 (9,5)	-3,0-22,0	0,271
No presenta	22 (75,9)	60,3-91,5	19 (90,5)	78,0-103,0	
Deformidad articular					
Presenta	6 (20,7)	6,0-35,4	2 (9,5)	-3,0-22,0	0,441
No presenta	23 (79,3)	64,6-94,0	19 (90,5)	78,0-103,0	
Adormecimiento articular					
Presenta	3 (10,3)	-0,8-21,4	4 (19,0)	2,2-35,8	0,434
No presenta	26 (89,7)	78,6-100,8	17 (81,0)	64,2-97,8	
Inmovilidad					
Presenta	0 (0,0)	-	0 (0,0)	-	-
No presenta	29 (100,0)	-	21 (100,0)	-	

* Chi cuadrado de homogeneidad: $p < 0,05$. ** Prueba exacta de Fisher: $p < 0,05$

El 96,6 % de los adultos y el 90,5 % de los adultos mayores tuvieron factor reumatoide positivo; proteína C reactiva elevada el 53,6 y 47,6 %, respectivamente. Las características de laboratorio según grupo etáreo no presentaron diferencias estadísticas significativas ($p > 0,05$), por ende, la edad no es un factor determinante en estos resultados. (Tabla 2).

Tabla 2. Características de laboratorio según grupo etáreo de pacientes con artritis reumatoide

Resultados de laboratorio	Grupo etáreo				p-valor
	Adulto (29)		Adulto mayor (21)		
	n (%)	IC 95 %	n (%)	IC 95 %	
Factor reumatoide					
Positivo	28 (96,6)	90,0-103,2	19 (90,5)	78,0-103,0	0,565
Negativo	1 (3,4)	-3,2-10,0	2 (9,5)	-3,0-22,0	
Proteína C reactiva					
Normal	13 (46,4)	28,2-64,6	11 (52,4)	31,0-73,8	0,680
Elevada	15 (53,6)	35,4-71,8	10 (47,6)	26,2-69,0	
Anemia					
Presenta	4 (13,8)	1,2-26,4	3 (14,3)	-0,7-29,3	1,000
No presenta	25 (86,2)	73,6-98,8	18 (85,7)	70,7-100,7	
Plaquetas					
Normal	26 (89,7)	78,6-100,8	20 (95,2)	86,1-104,3	0,630
Trombocitosis	3 (10,3)	-0,8-21,4	1 (4,8)	-4,3-13,9	
Leucocitos					
Leucopenia	1 (3,4)	-3,2-10,0	0 (0,0)	-	0,215
Normal	22 (75,9)	60,3-91,5	20 (95,2)	86,1-104,3	
Leucocitosis	6 (20,7)	6,0-35,4	1 (4,8)	-4,3-13,9	

* Chi cuadrado de homogeneidad: $p < 0,05$. ** Prueba exacta de Fisher: $p < 0,05$

Discusión

Los resultados presentan similitudes proporcionales en algunas características clínicas de la artritis reumatoide y en otros casos no presentan diferencias con los reportados en otros estudios. Las cifras de dolor poliarticular son similares a los encontrados en Japón,[4] donde el 80 % de los pacientes lo presentaron, del mismo modo, determinaron que la edad no incide significativamente en el dolor poliarticular de nódulos subcutáneos de las cifras reportadas en China[5] porque duplicaron a las del estudio, con el 40 %. La rigidez matinal en adultos alcanzó el 12 % en un estudio de Países Bajos[6] que se corresponde con la mitad de la frecuencia encontrada en este estudio; en el mismo país[7] en un estudio distinto, la deformidad articular estuvo presente en el doble de pacientes (40 %) y el adormecimiento articular fue mucho mayor (84,8 %) en un estudio realizado en China.[8] Las variaciones en las frecuencias de las características clínicas de la enfermedad en los pacientes, pueden estar supeditadas a diversos factores como la etapa en la que se encuentra, años de evolución de la enfermedad, presencia de complicaciones o comorbilidades, respuesta terapéutica o injuria patológica.

En lo relacionado con las características de laboratorio, los resultados coinciden con los reportados en un estudio inglés,[9] que señala al factor reumatoide y a la proteína C reactiva como alterados en pacientes con artritis reumatoide, por otro lado, un estudio en Países Bajos,[6] reporta al factor reumatoide positivo en el 21 % de pacientes, ambos pueden estar alterados independientemente del grupo etáreo en el que se encuentran los pacientes. La importancia de estos indicadores radica en que permiten valorar el avance de la patología articular y los daños ocasionados en las estructuras óseas y cartilaginosas.

El dolor poliarticular se presenta como parte de los signos del proceso inflamatorio activo en las articulaciones, ocasiona molestias en los pacientes por las limitaciones físicas para el desarrollo de las actividades diarias y ocupacionales, la libertad de movimientos se ven reducidos y los grados de dependencia pueden instaurarse y requerir apoyo para el autocuidado. El dolor crónico también desencadena una reacción emocional de impotencia y sufrimiento en los pacientes, puesto que se desprenden de su rutina diaria para cambiar sus hábitos de vida a la nueva realidad,[3,4] en este contexto, el sistema de soporte clínico conformado por

familiares, cuidadores y profesionales de la salud, adquiere relevancia para sopesar los efectos de la artritis reumatoide.

La reacción inflamatoria persistente puede alcanzar las capas subcutáneas de la piel y provocar la formación de nódulos subcutáneos en zonas contiguas a las articulaciones o de presión ósea, en casos más graves pueden formarse en órganos internos como el corazón, pulmones o pleura y dañar sistemáticamente su funcionamiento, ante ello, la valoración clínica continua permitirá la identificación de alteraciones corporales internas o externas sujetas a medidas de prevención diversas, es una de las maneras más eficaces de contribuir a la mejora de la calidad de vida de los pacientes o dotarles de más años potencialmente activos.[5]

Otro signo acompañante en la artritis reumatoide es la rigidez matinal, que interfiere directamente en la capacidad motora fina de los pacientes, incapacitándoles para realizar acciones simples como sostener pequeños objetos con las manos, realizar tareas domésticas rutinarias o prácticas de autocuidado. Así mismo, la pérdida de flexibilidad en las articulaciones puede dar lugar a estigmas por parte del círculo cercano o de la sociedad, lo que puede conllevar a otros problemas de nivel emocional o psicológico en los pacientes y estos a desequilibrios hormonales que potencian la reacción inflamatoria, convirtiéndola en un círculo vicioso.[6,12]

Con el paso de los años y la cronicidad de la artritis reumatoide, los pacientes presentan las secuelas de la enfermedad manifestadas en deformidad articular, situación difícil de revertir si las alteraciones anatómicas y funcionales se han consolidado en daños estructurales, esto puede suceder si la enfermedad permanece activa y descontrolada por periodos prolongados, por ende, es posible identificar los cambios morfológicos articulares que ocurren paulatinamente en los pacientes, siempre y cuando la valoración clínica sea efectiva, para permitir actuar en consecuencia en la ejecución de medidas de control oportunas y dirigidas a prevenir las complicaciones de la enfermedad.[7,13]

El sistema nervioso también está comprometido en el alcance de la artritis reumatoide, esta enfermedad puede afectar las vías de conducción nerviosas periféricas hasta causar la pérdida de sensibilidad en los pacientes, lo que se manifiesta con frecuencia en entumecimiento articular y debilidad muscular, responsables de incidentes traumáticos cotidianos y de trabajo en los afectados. Las pruebas de sensibilidad nerviosa deben formar parte del paquete integral de atención de rutina a los pacientes con artritis reumatoide, con la finalidad de identificar problemas tempranos de insensibilidad y tomar las acciones necesarias para frenar su progresión.[8,14]

Las pruebas complementarias que acompañan el diagnóstico y la valoración evolutiva de la artritis reumatoide son el factor reumatoide, la proteína C reactiva y los anticuerpos anti-péptidos cíclicos citrulinados, este último aún no implementado en el hospital primario de estudio, por su costo de realización y por el déficit de profesionales especializados. Estas pruebas son útiles para determinar el deterioro de las estructuras articulares según los años de evolución de la enfermedad, por lo que deben ser indicadas durante periodos prudenciales. Por tanto, las pruebas de laboratorio deben sumarse a la valoración clínica y pruebas de imágenes, para tener resultados concluyentes.[9,15]

Las características clínicas y de laboratorio de los pacientes con artritis reumatoide son similares en adultos y adultos mayores, debido a que la enfermedad presenta propiedades inherentes independientes de la edad, su naturaleza autoinmune le proporciona un curso fisiopatológico particular, por ende, las estrategias de valoración clínica de los pacientes pueden ser unificadas para una mayor captación en la atención de salud y reducción en la carga de trabajo de los profesionales de la salud, al tener planes diferenciados, este aspecto podría optimizar la gestión de recursos de toda índole.

Las fuentes secundarias son consideradas como las de mayor sesgo, porque el investigador no controla las mediciones, no obstante, si las mediciones son realizadas por profesionales de la salud, estas presentan la validez necesaria, para ser estudiadas. De otro lado, los exámenes se realizan a exigencia del curso de la artritis reumatoide y este es el mejor momento para su obtención.

La manifestación clínica más frecuente en los adultos y adultos mayores fue el dolor poliarticular, con factor reumatoide positivo y proteína C reactiva elevada, sin diferencias estadísticas significativas por grupo etáreo en las características clínicas y características de laboratorio. El acompañamiento individualizado coadyuvará a una valoración más específica de los pacientes, con el fin de establecer medidas

de control y soporte adaptadas.

Sin duda, las manifestaciones clínicas de los pacientes con artritis reumatoide tienen injerencia preponderante en su calidad de vida, por las limitaciones que acarrea, discapacidad y minusvalía, por ello, la planificación oportuna de medidas de atención y secuencialmente direccionadas, paliará el impacto de la enfermedad, para brindar a los pacientes el uso más efectivo de sus años de vida potencialmente activos.

Conflicto de intereses:

Los autores declaran la no existencia de conflictos de intereses relacionados con el estudio.

Los roles de autoría:

1. Conceptualización: Neima Ayde Bravo Mego, María Lucelita Silva Coronel, José Ander Asenjo Alarcón.
2. Curación de datos: Neima Ayde Bravo Mego, María Lucelita Silva Coronel, José Ander Asenjo Alarcón.
3. Análisis formal: Neima Ayde Bravo Mego, María Lucelita Silva Coronel, José Ander Asenjo Alarcón.
4. Adquisición de fondos: Esta investigación no contó con la adquisición de fondos.
5. Investigación: Neima Ayde Bravo Mego, María Lucelita Silva Coronel, José Ander Asenjo Alarcón.
6. Metodología: Neima Ayde Bravo Mego, María Lucelita Silva Coronel, José Ander Asenjo Alarcón.
7. Administración del proyecto: Neima Ayde Bravo Mego, María Lucelita Silva Coronel, José Ander Asenjo Alarcón.
8. Recursos: Neima Ayde Bravo Mego, María Lucelita Silva Coronel, José Ander Asenjo Alarcón.
9. Software: José Ander Asenjo Alarcón.
10. Supervisión: José Ander Asenjo Alarcón.
11. Validación: Neima Ayde Bravo Mego, María Lucelita Silva Coronel, José Ander Asenjo Alarcón.
12. Visualización: Neima Ayde Bravo Mego, María Lucelita Silva Coronel, José Ander Asenjo Alarcón.
13. Redacción del borrador original: Neima Ayde Bravo Mego, María Lucelita Silva Coronel, José Ander Asenjo Alarcón.
14. Redacción, revisión y edición: Neima Ayde Bravo Mego, María Lucelita Silva Coronel, José Ander Asenjo Alarcón.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Díaz F, Hernández MV. Rheumatoid arthritis. Med Clin (Barc). 2023;161(12):533-42

2. Katz J, Bartels CM. Multimorbidity in Rheumatoid Arthritis: Literature Review and Future Directions. Curr Rheumatol Rep. 2024;26(1):24-35

3. Taylor PC. Pain in the joints and beyond the challenge of rheumatoid arthritis. Lancet Rheumatol. 2023;5(6):e351-e60

4. Tanaka Y, Takahashi T, van Hoogstraten H, Kato N, Kameda H. Effect of sarilumab on unacceptable pain and inflammation control in Japanese patients with moderately-to-severely active rheumatoid arthritis: Post hoc analysis of a Phase III study (KAKEHASI). Mod Rheumatol. 2024;34(4):670-7

5. Wang N, Hu N, Sun H, Zhang F. Facial Subcutaneous Nodule as the First Presentation Finding in a Patient with Rheumatoid Arthritis. Indian J Dermatol. 2023;68(6):695-7

6. Khidir SJH, Krijbolder DI, Glas HK, van Mulligen E, van der Helm AHM. Patient burden and joint-inflammation during development of RA from arthralgia: is it similar in ACPA-positive and ACPA-negative disease?. Rheumatology (Oxford). 2024;4(4):1093

7. Lebouille AB, Spenkelink D, Allaart CF, Vleggeert CLA. The association between Disease Activity Score and rheumatoid arthritis-associated cervical deformity: radiological evaluation of the BeSt trial. J Neurosurg Spine. 2023;38(4):465-72

8. Ding YQ, Zhang L, Zeng HL, Liu SY. Clinical analysis of 46 rheumatoid arthritis patients with

peripheral neuropathy. Zhonghua Nei Ke Za Zhi. 2021;60(3):222-6

9. Abdelhafiz D, Baker T, Glascow DA, Abdelhafiz A. Biomarkers for the diagnosis and treatment of rheumatoid arthritis - a systematic review. Postgrad Med. 2023;135(3):214-23

10. Brown P, Pratt AG, Hyrich KL. Therapeutic advances in rheumatoid arthritis. BMJ. 2024;38(4):e070856

11. Seguro Social de Salud del Perú. Guía de Práctica Clínica Artritis Reumatoide [Internet]. Perú: EsSalud; 2011 [citado 24 Mar 2024]. Disponible en: https://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/informacion/guia_artritisreumatoide2011.pdf

12. Han ZY, Chen Y, Chen YD, Sun GM, Dai XY, Yin YQ, Geng YQ. Latent characteristics and influencing factors of stigma in rheumatoid arthritis: A latent class analysis. Medicine (Baltimore). 2023;102(23):e34006

13. Yoshii I, Sawada N, Chijiwa T. Associations between clinical metrics of joint deformity, disease duration, disease activity, functional capacity, quality of life, pain, and fatigue in patients with rheumatoid arthritis. Clin Rheumatol. 2023;42(4):1027-38

14. Higginbotham D, Fleifel D, Tsai A. Trigger Wrist Caused by a Rheumatoid Nodule on the Flexor Pollicis Longus Tendon. Ochsner J. 2023;23(1):64-6

15. Limon M. The assessment of rheumatoid factor levels and hemogram parameters as predictors for rheumatologic disease. Int J Rheum Dis. 2023;26(6):1041-7