Descargado el: 13-11-2026 ISSN 2221-2434

Artículos originales

Caracterización clínico-epidemiológica de pacientes con artritis reumatoide

Clinical and Epidemiological Characterization of Patients with Rheumatoid Arthritis

Zoe Alina González Otero[1] Jorge Luis Egüez Mesa[1] Celestino Fusté Jiménez[1] Eugenio Alejandro Reyes Medina[2] José Alberto Borges López[1] Lázaro Hermes González Otero[1]

[1] Universidad de Ciencias Médicas, Santa Clara, Villa Clara, Cuba
[2] Hospital Provincial Universitario Arnaldo Milián Castro, Santa Clara, Villa Clara, Cuba

Cómo citar este artículo:
González-Otero Z, Egüez-Mesa J, Fusté-Jiménez C, Reyes-Medina E, Borges-López J, González-Otero L. Caracterización clínico–epidemiológica de pacientes con artritis reumatoide. **Revista Finlay** [revista en Internet]. 2015 [citado 2026 Nov 13]; 5(4):[aprox. 10 p.]. Disponible en: https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/382

Resumen

Fundamento: la artritis reumatoide es una enfermedad autoinmune crónica y sistémica de tipo inflamatorio, de manifestaciones variadas que producen grados diversos de molestias y limitaciones.
Objetivo: caracterizar de forma clínico-epidemiológica a todos los pacientes con artritis reumatoide hospitalizados en los Servicios Clínicos del Hospital Provincial Universitario Arnaldo Milian Castro.
Métodos: se realizó un estudio descriptivo, transversal en el Hospital Arnaldo Milián Castro entre el año 2009 y el 2013. El universo lo constituyeron los 280 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide con independencia del tiempo de evolución. Se analizaron las variables: edad, sexo, color de la piel, antecedentes patológicos personales, manifestaciones clínicas, complicaciones, órganos afectados, tiempo del diagnóstico y tratamiento. Se calculó el Chi cuadrado y la razón de prevalencia con un intervalo de confianza del 95 %.
Resultados: la artritis se presentó en 2 hombres de cada 5 mujeres, predominó el color de la piel blanca, y los adultos en edad media. La hipertensión arterial fue el principal antecedente patológico. Predominó la artralgia y la limitación de movimientos. No se presentaron antecedentes familiares de enfermedad reumática. El tiempo de diagnóstico estuvo por debajo de los seis meses, y entre las complicaciones estuvo la infección. El tratamiento más utilizado fue la combinación de antinflamatorios no esteroideos y esteroides.
Conclusión: la artritis tuvo mayor prevalencia en el sexo femenino, el color de piel blanca y en edad media. La hipertensión arterial fue el principal antecedente patológico. En el cuadro clínico predominó la artralgia y la limitación de movimientos. El tratamiento más utilizado fue la combinación de antinflamatorios no esteroideos y esteroides.

Palabras clave: artritis reumatoide, enfermedades autoinmunes, diagnóstico clínico, antiinflamatorio, antiinflamatorios no esteroideos

Abstract

Background: rheumatoid arthritis is a chronic systemic inflammatory disease, it has varied clinical manifestations and cause different degrees of discomfort and disability.
Objective: to conduct a clinical and epidemiological characterization of all rheumatoid arthritis patients admitted to the clinical services of the Arnaldo Milián Castro Provincial University Hospital.
Methods: a cross-sectional study was conducted in the clinical services of the Arnaldo Milián Castro University Hospital from 2009 through 2013. The universe consisted of 280 patients hospitalized due to rheumatoid arthritis. The following variables were studied: age, sex, skin color, past medical history, clinical manifestations, complications, affected organs, time of diagnosis and treatment. Chi square and prevalence ratio with a 95% confidence interval were calculated.
Results: arthritis was found in 2 men every 5 women. White middle-aged patients predominated. Hypertension was the major illness described in the past medical history. Arthralgia and movement limitations prevailed. No family history of rheumatic disease was found. The time of diagnosis was less than six months and infection was among the most frequent complications. The most common treatment was the combination of non-steroidal anti-inflammatory drugs and steroids, especially in seropositive patients.
Conclusions: rheumatoid arthritis was more common in females and white middle-aged patients. Hypertension was the major illness found in the past medical history. Patients with two target organs affected predominated. Arthralgia and movement limitations prevailed in the clinical picture. The most common treatment was the combination of non-steroidal anti-inflammatory drugs and steroids.

Key words: arthritis rheumatoid, autoimme diseases, clinical diagnosis, anti-inflammatory agents, anti-inflammatory agents non- steroidal

Recibido: 2015-07-24 10:17:34
Aprobado: 2015-12-09 10:32:44

Correspondencia: Zoe Alina González Otero. Universidad de Ciencias Médicas. Villa Clara. metdecanato@ucm.cfg.sld.cu

INTRODUCCIÓN

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune, crónica y sistémica de tipo inflamatorio, que afecta primariamente las articulaciones y las estructuras periarticulares, pero que puede afectar: ojos, corazón, vasos, pulmones y el sistema nervioso. La artritis es simétrica y a veces remitente. Produce destrucción progresiva de las articulaciones afectadas, con deformaciones asociadas.[1] En quienes no logran un buen resultado terapéutico, provoca incapacidad del músculo esquelético que se manifiesta de manera progresiva. Aunque la causa de la AR es desconocida, múltiples factores interactúan en un sujeto genéticamente susceptible: factores genéticos, inmunológicos, hormonales, el tabaquismo y las infecciones que conllevan a una predisposición para el desarrollo de AR.[2] Su principal mecanismo fisiopatológico consiste en la propensión de erosionar, y por tanto, destruir las estructuras óseas. Es la enfermedad del tejido conectivo más frecuente a nivel mundial. Afecta el 1 % de la población, más frecuente en mujeres que en hombres (3:1), entre los 30 y 50 años de edad, y produce gran discapacidad, de modo que tras 1 y 3 años, entre el 33 y el 40 % de los pacientes, presentan reducción de la capacidad laboral generando costos elevados al sistema de salud, los que pueden reducirse cerca del 20 % con la realización de un temprano pronóstico y con el inicio de una adecuada rehabilitación.[3,4] Por tanto, una vez establecido el diagnóstico, urge identificar los pacientes de peor pronóstico para implementar tempranamente tratamientos encaminados a minimizar la destrucción ósea.[5-8] Teniendo en cuenta que la población del país ha envejecido y aumentado su expectativa de vida, la reumatología debe proyectarse en con vistas a lograr que los pacientes con AR alcancen una mayor supervivencia. Siendo una entidad nosológica frecuente, con proyecciones al incremento de la morbimortalidad, en la provincia de Villa Clara no se han realizado investigaciones que caractericen a los pacientes ingresados en la atención secundaria con diagnóstico de AR.

En tal sentido nuestro objetivo estuvo encaminado a caracterizar de forma clínico-epidemiológica a los pacientes con AR hospitalizados en los Servicios Clínicos del Hospital Provincial Universitario Arnaldo Milián Castro. Caracterizar este problema de salud, supone la oportunidad de incorporar a la manera de pensar y hacer de la comunidad médica, la convicción de que es necesario su diagnóstico, pues de esa forma se pueden identificar de forma más oportuna aquellos individuos enfermos.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal, en 280 pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide hospitalizados en los Servicios Clínicos del Hospital Provincial Universitario Arnaldo Milián Castro durante el período comprendido entre el 2009 y el 2013. La muestra se seleccionó de forma intencional, cumpliendo los criterios de poseer 20 o más años de edad y que dieran su consentimiento informado para participar en el estudio.

Los datos se recogieron utilizando un cuestionario diseñado por los autores de esta investigación y se aplicó a todos los pacientes diagnosticados con AR, mediante entrevistas realizadas en la sala, por los médicos de los servicios con previo entrenamiento, donde se evaluó y se siguió cada paciente; estas evaluaciones consistieron en la revisión de las historias clínicas individuales en el archivo del Hospital y la realización de interrogatorios exhaustivos, exámenes físicos, de laboratorio y radiológicos necesarios para esta investigación, los datos se incluyeron en una planilla de vaciamiento confeccionada al efecto. Para el diagnóstico de AR se utilizaron los criterios (clínicos y de laboratorio) del Colegio Americano de Reumatología[9] que establece el diagnóstico de artritis reumatoide cuando están presentes cuatro de los siete criterios instituidos, siempre y cuando del criterio número uno al cuatro, estuviesen presentes, al menos durante 6 semanas.

Estos son los siete criterios a tener en cuenta:

- rigidez matutina de al menos una hora de duración.
- artritis en 3 o más articulaciones.
- artritis de las articulaciones de la mano.
- artritis simétrica.
- nódulo reumatoideo.
- cambios radiológicos compatibles con AR.
- factor reumatoideo positivo.

Las variables utilizadas fueron: edad (grupos de edades), sexo (masculino y femenino), color de la piel (blanca y no blanca), antecedentes patológicos personales (hipertensión arterial,

gastritis, diabetes mellitus, asma bronquial, osteoartritis, cardiopatía isquémica, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, infección urinaria, tumores, hipotiroidismo).

Y como manifestaciones clínicas, síntomas de: artralgia, rigidez, fiebre, decaimiento, anorexia, pérdida de peso, y como signos: artritis, limitación de movimientos, deformidad, nódulo benigno, lesiones en la piel, debilidad muscular. Para el diagnóstico de los síntomas se tuvo en cuenta lo referido por el paciente, y para los signos los resultados del examen físico y los exámenes complementarios; órganos afectados (sistema de órgano, sistemas de órganos, 3 o más sistemas de órganos, sin afectación), tiempo del diagnóstico (antes de 6 meses, de 6 meses a 4 años, de 5 a 9 años, más de 10 años), tratamiento (esteroides, antinflamatorios no esteroideos (AINES), esteroides, AINE + esteroides, esteroides + fármacos modificadores del curso de la evolución de la enfermedad (FAME) + AINE, esteroides + FAME.

Se tuvieron en cuenta los principios bioéticos de la investigación pues a todas las personas encuestadas se les pidió su consentimiento de participación. El proyecto inicial fue aprobado por el comité de ética de la investigación científica de la Institución. Para la elaboración de los resultados se utilizó calculadora manual y computadora con procesador core II dúo y sistema operativo Windows Seven con paquete computacional Word XP como procesador de texto, así como para el diseño de los cuadros se utilizó Microsoft Excel. Se utilizó paquete estadístico SPSS versión 15.0. Los resultados se expresaron en números y porcientos en tablas y gráficos. Para determinar asociación estadística entre las variables fue aplicado el test Chi cuadrado de independencia (X^2), y prueba de comparación de medias (t), seleccionando como un nivel de significación estadístico $\alpha = 0,05$.

RESULTADOS

De un total de 280 pacientes, predominó el sexo femenino y el grupo etario entre 40 y 59 años. La razón femenino/masculino tuvo una relación 5:2. (Tabla 1).

Tabla 1. Pacientes con artritis reumatoide según edad y sexo

Edad (años)	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	%
20 a 39	14	5,00	28	10,00	**42**	**15,00**
40 a 59	39	13,93	95	33,93	**134**	**47,86**
60 a 79	20	7,14	65	23,21	**85**	**30,36**
80 y más	7	2,50	12	4,29	**19**	**6,79**
Total	**80**	**28,57**	**200**	**71,43**	**280**	**100**

Respecto al color de la piel, puede observarse que predominó el color de piel blanca. (Tabla 2).

Tabla 2. Pacientes con artritis reumatoide según color de la piel

Color de la piel	Nº	%
Blanco	209	74,64
No blanca	71	25,36
Total	**280**	**100**

Entre los antecedentes más frecuentes se encontraron la hipertensión arterial con un 24,29 %, en el grupo entre 60 y 79 años de edad donde representó el 35,29 %. Seguidamente la gastritis que fue un antecedente identificado en 57 casos para un 20,36 %, siendo también significativamente mayor su presencia en el grupo de 60 a 79 años de edad. La diabetes mellitus estuvo presente en 46 pacientes (16,43 %), con una presencia significativa en el grupo

de edad de 60 a 79 años. (Tabla 3).

Tabla 3. Pacientes con artritis reumatoide según antecedentes patológicos personales y edad

Antecedentes patológicos personales	Edad									
	20 a 39 años		40 a 59 años		60 a 79 años		≥ 80 años		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Hipertensión arterial	9	21,43	25	18,66	30	35,29	4	21,05	**68**	**24,29**
Gastritis	3	7,14	30	22,39	23	27,06	1	5,26	**57**	**20,36**
Diabetes mellitus	1	2,38	24	17,91	19	22,35	2	10,53	**46**	**16,43**
Asma bronquial	6	14,29	19	14,18	11	12,94	2	10,53	**38**	**13,57**
Osteoartritis	0	0,00	17	12,69	18	21,18	1	5,26	**36**	**12,86**
Cardiopatía isquémica	0	0,00	10	7,46	10	11,76	4	21,05	**24**	**8,57**
EPOC	0	0,00	10	7,46	8	9,41	5	26,32	**23**	**8,21**
Infección urinaria	3	7,14	6	4,48	6	7,06	1	5,26	**16**	**5,71**
Tumores	1	2,38	7	5,22	6	7,06	0	0,00	**14**	**5,00**
Hipotiroidismo	0	0,00	7	5,22	6	7,06	0	0,00	**13**	**4,64**

Entre los síntomas más frecuentes se encontró la artralgia en 136 pacientes (48,6 %), seguido de la rigidez en 89 casos (31,8 %), y la fiebre en 72 casos (25,7 %). Respecto a los signos, la artritis se identificó en 121 pacientes (43,2 %), la limitación de movimientos se observó en 121 casos (43,2 %), y en menor medida la deformidad en 41 pacientes (14,6 %). (Tabla 4).

Tabla 4. Pacientes con artritis reumatoide según edad y manifestaciones clínicas

Manifestaciones clínicas	Edad (años)									
	29 a 39		40 a 59		60 a 79		≥ 80		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Síntomas										
Rigidez	11	26,2	40	29,9	31	36,5	7	36,8	**89**	**31,8**
Fiebre	13	31,0	34	25,4	22	25,9	3	15,8	**72**	**25,7**
Decaimiento	6	14,3	30	22,4	17	20,0	5	26,3	**58**	**20,7**
Anorexia	1	2,4	17	12,7	17	20,0	1	5,3	**36**	**12,9**
Pérdida de peso	1	2,4	13	9,7	16	18,8	4	21,1	**34**	**12,1**
Signos										
Artritis	19	45,2	60	44,8	37	43,5	5	26,3	**121**	**43,2**
Limitación de movimientos	13	31,0	60	44,8	42	49,4	6	31,6	**121**	**43,2**
Deformidad	4	9,5	22	16,4	15	17,6	0	0,0	**41**	**14,6**
Nódulo benigno	3	7,1	14	10,4	12	14,1	1	5,3	**30**	**10,7**
Lesiones en la piel	4	9,5	15	11,2	6	7,1	1	5,3	**26**	**9,3**
Debilidad muscular	2	4,8	2	1,5	3	3,5	0	0,0	**7**	**2,5**

Predominaron los pacientes con dos sistemas de órganos afectados para un 40,36 %, con solo un sistema se encontró el 34,64 %, con 3 o más se encontró el 22,14 %. Los órganos afectados se relacionaron significativamente con el sexo femenino. (Tabla 5).

Tabla 5. Pacientes con artritis reumatoide según sexo y órganos afectados

Órganos afectados	Masculino		Femenino		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1 sistema	30	37,50	67	33,50	**97**	**34,64**
2 sistemas	22	27,50	91	45,50	**113**	**40,36**
3 o más sistemas	23	28,75	39	19,50	**62**	**22,14**
Sin afectación	5	6,25	3	1,50	**8**	**2,86**
Total	**80**	**100**	**200**	**100**	**280**	**100**

Del total de 280 pacientes estudiados, 108 que representó el 38,6 % se diagnosticaron en los primeros 6 meses del comienzo de la sintomatología, 105 casos (37,5 %) se diagnosticaron entre 6 meses y cuatro años, 47 pacientes (16,8 %) entre 5 y 9 años, con 10 o más años se identificaron 20 pacientes (7,1 %). La distribución del tiempo de diagnóstico fue homogénea en ambos sexos. (Tabla 6).

Tabla 6. Pacientes con artritis reumatoide según tiempo de diagnóstico y sexo

Tiempo de diagnóstico	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino			
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
< 6 meses	39	48,8	69	34,5	**108**	**38,6**
6 meses a 4 años	22	27,5	83	41,5	**105**	**37,5**
5 a 9 años	11	13,8	36	18	**47**	**16,8**
≥ 10 años	8	10	12	6	**20**	**7,1**
Total	**80**	**100**	**200**	**100**	**280**	**100**

Los seropositivos representan el mayor porciento con respecto a los seronegativos. Las infecciones se presentaron en 115 casos (41,07 %), de los que la mayor parte fueron seropositivos. Las restantes complicaciones se desglosan a continuación. (Tabla 7).

Tabla 7. Pacientes con artritis reumatoide según complicaciones y seropositividad

Complicaciones	Seropositivos (n = 196) 70 %		Seronegativos (n = 84) 30 %		Total (n = 280)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Infecciones	83	42,3	32	38,10	**115**	**41,07**
Sistema endocrino metabólico	38	19,4	16	19,05	**54**	**19,29**
Sistema cardiovascular	29	14,8	12	14,29	**41**	**14,64**
Sistema respiratorio	21	10,7	8	9,52	**29**	**10,36**
Sistema digestivo	16	8,2	4	4,76	**20**	**7,14**
Oculares	13	6,6	5	5,95	**18**	**6,43**
Sistema Renal	8	4,1	2	2,38	**10**	**3,57**
Piel	3	1,5	1	1,19	**4**	**1,43**
Sin Felty	2	1,0	1	1,19	**3**	**1,07**

Predominaron los pacientes con tratamiento compuesto por anti-inflamatorios no esteroideos asociado a esteroides, que representó el 45,36 % del total. En los seropositivos 116 pacientes (59,18 %) tenían este tratamiento. (Tabla 8).

Tabla 8. Pacientes con artritis reumatoide según tratamiento y seropositividad

Tratamiento	Seropositivos (n = 196)		Seronegativos (n = 84)		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AINE + esteroides	116	59,18	11	13,10	**127**	**45,36**
AINE	20	10,20	36	42,86	**56**	**20,00**
AINE + esteroides + FAME	34	17,35	0	0,00	**34**	**12,14**
Esteroides	8	4,08	15	17,86	**23**	**8,21**
Esteroides + FAME	18	9,18	0	0,00	**18**	**6,43**
Total	**196**	**100**	**62**	**73.81**	**258**	**92,14**

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio coinciden con otros de la literatura revisada, en los que se expresa, que la enfermedad es mucho más frecuente en mujeres. También hay coincidencia en cuanto a la edad de manifestación de la enfermedad con mayor incidencia hacia la edad media de la vida. Li P y col.[10] en estudio de adherencia terapéutica en pacientes con artritis reumatoide, establece comparación entre tres grupos de tratamiento y encontró una edad promedio de 54,9 – 55,9 y 63,3 años respectivamente. Este mismo autor encontró un predominio del sexo femenino de un 90 %, valores muy similares a los encontrados en la presente investigación. Blanco FJ y col.[11] en estudio epidemiológico, transversal, no controlado, multicéntrico realizado en 15 comunidades autónomas de España en el año 2006, encontraron la edad media de los pacientes de 54,6 (DE = 15,4) años. Respecto al color de la piel, el predominio de pacientes con color de piel blanca en el presente estudio se puede relacionar con las características demográficas de la provincia Villa Clara en la que existe predominio de este color de piel en la población y se muestra como coincidencia con

otros estudios. Li P[10] y col. encontraron que el 50 % de los pacientes estudiados tuvieron color de la piel blanca. Blanco FJ [11] refiere un 76,23 %, muy similar al resultado de la presente investigación y Peláez-Ballestas[12] habla de un 81 % de predominio de color de la piel blanca en pacientes con artritis reumatoide. No se encontró ninguna investigación que hiciera referencia a elevada incidencia de artritis reumatoide en personas de color de la piel negra ni otras agrupaciones étnicas.

Seguidamente se expresaron los antecedentes patológicos personales según la edad de los pacientes con predomino de la hipertensión arterial como principal antecedente patológico personal. Este resultado corrobora que los antecedentes patológicos personales de mayor frecuencia se corresponden con las enfermedades crónicas no transmisibles que también son frecuentes por encima de los 40 años de edad donde se incrementa su prevalencia con respecto a la población general.[2-4] En la literatura revisada, se plantea la presencia de diabetes, cataratas, hipertensión arterial sistémica, dislipidemias, ateroesclerosis, y osteonecrosis avascular como manifestación de los eventos adversos por el uso continuado de los esteroides, por lo que se recomienda tener en cuenta la presencia de alguna de estas enfermedades antes del comienzo del tratamiento.[4,7,13,14] Varios autores[15-17] han estudiado una gama de variables genéticas y ambientales como posibles factores de riesgo de artritis reumatoide como: exposición hormonal, consumo de tabaco, componentes de la alimentación, genotipo HLA y exposición microbiana, pero a la fecha no se han identificado factores de riesgo decisivos de la AR. De los factores ambientales analizados, la evidencia más constante es la asociación entre el tabaquismo y la AR; la mayoría de los estudios sobre este factor de riesgo han determinado que los antecedentes de tabaquismo se relacionan con la aparición de AR, para constituir un riesgo elevado de 1,3 a 2,4.[17]

La distribución de pacientes con artritis reumatoide según edad y manifestaciones clínicas resume entre los principales síntomas la artralgia seguida de la rigidez y la fiebre. La artritis se identificó como principal signo. La artritis reumatoide es una enfermedad sistémica autoinmune, crónica, que afecta principalmente las articulaciones que tienen movimiento. La sintomatología encontrada en los pacientes estudiados se corresponde con la literatura consultada que refiere predominio de manifestaciones como el dolor, la rigidez y limitación de los movimientos. En estudio realizado por Blanco FJ,[11] fue el dolor expresado por 111 pacientes (92,5 %), con significado estadístico p 0,000, en la mayoría fue la causa por la que acudieron a consulta, seguido de la rigidez después del reposo en 100 pacientes para un (83,3 %). Peláez-Ballestas[12] refiere el dolor como síntoma cardinal en los pacientes con artritis reumatoide aunque informa presencia de deformidad y exiliado muscular en las articulaciones afectadas. Otros autores refieren presencia de fiebre, decaimiento y anorexia, sobre todo en pacientes jóvenes. [18,19]

La literatura consultada coincide en plantear que la artritis reumatoide no solo produce afectaciones a nivel articular sino también sistémicas. En el presente estudio predominaron los pacientes con daño en uno o dos sistemas, aunque por el acceso a los Servicios de Reumatología favorecen el diagnóstico temprano de la enfermedad. Arboleya L,[20] encontró resultados similares a los nuestros con un 35,26 % de pacientes con afectación de dos sistemas de órganos, seguido de aquellos pacientes con afectación de un solo sistema. Rossini M[21] informa en su estudio hubo un predominio de pacientes con afectación de un solo sistema de órganos. Blanco FJ,[11] determina un 15 % de pacientes sin afectación de ningún órgano, cifra superior a la encontrada en el presente reporte.

La distribución del tiempo de diagnóstico fue homogénea en uno y otro sexo, y el 38,6 % se diagnosticaron en los primeros 6 meses del comienzo de la sintomatología. La AR se define típicamente como una artritis que se diagnostica dentro de los primeros 6 meses de manifestación de la enfermedad. El diagnóstico temprano de la AR es de sumo interés debido a que el tratamiento oportuno puede mejorar su pronóstico. [14,17] Estudios de la evolución natural de la AR parecen indicar que este padecimiento sigue uno de tres cursos: monocíclico, en el 20 % de las personas que reciben un diagnóstico inicial de AR, por ejemplo los que han tenido un episodio que se alivió a los dos años de su presentación inicial y no se repitió; policíclico en el 70 % como la variación en los niveles de la enfermedad activa, y a afección progresiva e imparable, en el 10 % de los pacientes.[22,15] Anaya JM, encontró que en el 75 % de las personas con AR la enfermedad entró en remisión después de cinco años. Una investigación en los Estados Unidos ha analizado el lapso entre la aparición de

síntomas y el diagnóstico en el que se reportó una mediana de tiempo de aproximadamente 4 semanas entre la manifestación de los síntomas y la consulta médica, y una mediana de tiempo de 18 semanas entre la consulta médica y el diagnóstico de AR (para una mediana total de 36 semanas). Los autores de esta investigación observaron que había incluso una demora en el diagnóstico de los pacientes con las características más distintivas de la AR como rigidez matutina y factor reumatoide seropositivo, y concluyeron que se dificulta el reconocimiento temprano porque solo la mitad de las personas que terminan por padecer AR presentan rasgos específicos de dicha enfermedad[17] resultados que coinciden con los de este reporte con una mayor frecuencia de pacientes diagnosticados antes de los seis meses de comienzo de la sintomatología.

En la literatura se refiere que las enfermedades cardiovasculares (ECV) son la causa principal de aproximadamente la mitad de todas las muertes de personas con AR.[4,6,7] Massardo L[13] refiere una incidencia de ECV en las personas con AR similar a la de aquellas que no tienen esta enfermedad reumática, pero plantea que las personas con AR presentan más evidencias de arterioesclerosis subclínica. Este autor expresa que no se sabe si el aumento en la mortalidad por ECV se debe a los factores de riesgo del perfil de las personas con AR (como presencia de hipertensión, más probablemente en fumadores) o a los efectos de los medicamentos para tratar la enfermedad.

Las infecciones también han sido mencionadas como una importante causa primaria de muerte en las personas con AR y pueden representar una cuarta parte de los fallecimientos de personas con AR. No se precisa si esta mayor sensibilidad ocasionada por la inmunosupresión se debe a la disfunción inmunitaria intrínseca en las personas con AR, a los efectos de los medicamentos usados para tratarla o a ambos factores.[23,24]

Aragón LS[25] refiere que el tipo de morbilidad más típico en pacientes con AR juvenil se relaciona con los efectos colaterales de los tratamientos utilizadas, particularmente los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos; el dolor abdominal con relación a gastritis o enfermedad ulcerosa, hepatotoxicidad y más raramente toxicidad renal. Existen también problemas psicológicos significativos.

La artritis reumatoide es clínicamente muy heterogénea y variable en su evolución, lo que ocasiona que no se pueda detallar un mismo tratamiento para todos los pacientes, ya que este va a depender del curso clínico y de situaciones concretas que se van a presentar en el transcurso de esta enfermedad. Históricamente, el tratamiento farmacológico de la AR ha seguido un método tradicional escalonado. Se comienza con medicamentos antiinflamatorios corticoesteroides o no esteroides, posteriormente se introducen FAME o de acción lenta, y finalmente medicamentos modificadores de la respuesta biológica (MRB) si la persona no ha reaccionado a los fármacos anteriores. En la actualidad, se ha propuesto un tratamiento más agresivo para personas con AR precoz, en el que se prescriban FAME en los tres meses siguientes al diagnóstico.[26-31]

Los criterios del Colegio Americano de Reumatología[9] emitidos en 1987 se utilizan para el diagnóstico clínico de la AR y para su definición en estudios epidemiológicos. Un paciente debe reunir cuatro de siete criterios que se basan en la observación clínica como el número de articulaciones afectadas, pruebas de laboratorio como el factor reumatoide positivo y exámenes radiológicos para la evidencia de erosión articular.

Un estudio reciente realizado por Blanco y col.[11] refiere que del total de pacientes evaluados, al 96,7 % se les instauró tratamiento con al menos un FAME, al 62,1 % se les administraron AINE, al 59,2 % corticoesteroides y al 3,8 % una terapia biológica.

Westhovens R[32] en su estudio refiere que de los pacientes que recibieron FAME, el 90,3 % recibió tratamiento con un solo FAME, el 9,5 % con 2 FAME y el 0,2 % con 3 FAME. En politerapia, los FAME que más a menudo se administraron conjuntamente fueron MTX + hidroxicloroquina (4,8 %), MTX + leflunomida (2,0 %) y MTX + sulfasalazina (1,5 %). El FAME más frecuentemente utilizado en monoterapia fue el MTX (81,3 %), seguido de la leflunomida (4,1 %) y la hidroxicloroquina (3,2 %). Resultados que coinciden con otros autores consultados.[33-37]

La caracterización clínico epidemiológica realizada de la artritis reumatoide en los pacientes tratados en el Hospital Arnaldo Milián Castro de Villa Clara se corresponde a lo planteado en las fuentes bibliográficas consultadas, pues la prevalencia estuvo dada en el sexo femenino, en los pacientes de color de la piel blanca y en edad media de la vida. La

hipertensión arterial fue el principal antecedente patológico, con predominio de pacientes con dos órganos diana afectados. En el cuadro clínico predominó la artralgia y la limitación de movimientos. Por lo general no presentaron antecedentes familiares de enfermedad reumática. El tiempo de diagnóstico estuvo por debajo de los seis meses, y entre las complicaciones estuvo la infección, tanto en los seropositivos como en los seronegativos. Se identificó anemia, leucocitosis, elevación de enzimas séricas e inmunoglobulinas y disminución de dos factores del complemento. El tratamiento más utilizado fue la combinación e AINES y esteroides principalmente en los seropositivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Krieckaert CL, Lems WF. Biologicals and bone loss. Ther Adv Musculoskelet Dis. 2012;4(4):245-7

2. Klareskog L, Catrina AI, Paget S. Rheumatoid arthritis. Lancet. 2009;373(9664):659-72

3. Macedo A, Oakley S, Gullick N, Kirkham B. An examination of work instability, functional impairment, and disease activity in employed patients with rheumatoid arthritis. J Rheumatol. 2009;36(2):225-30

4. Gamboa R, Medina M, Acevedo E, Pastor C, Cucho M, Gutiérrez C, et al. Prevalencia de enfermedades reumatológicas y discapacidad en una comunidad urbana-marginal: resultados del primer estudio COPCORD en el Perú. Rev Peru Reumatol. 2009;15(1):40-6

5. Lacativa PG, Farias ML. Osteoporosis and inflammation. Arq Bras Endocrinol Metabol. 2010;54(2):123-32

6. Mora C, González A, Díaz J, Quintana G. Costos directos de la artritis reumatoide temprana en el primer año de atención: simulación de tres situaciones clínicas en un hospital universitario de tercer nivel de Colombia. Biomédica. 2009;29(1):43-50

7. Acevedo EM. Algunos aspectos de la artritis reumatoide en Perú. Rev Soc Peru Med Interna. 2012;25(1):56-67

8. Kang KY, Lee KY, Kwok SK, Ju JH, Park KS, Hong, YS, et al. The change of bone mineral density according to treatment agents in patients with ankylosing spondylitis. Joint Bone Spine. 2011;78(2):188-93

9. Aletaha D, Neogi T, Silman A, Funovits J, Felson D, Bingham C. Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. Arthritis Rheum. 2010;62(9):2569-81

10. Li P, Blum MA, Von J, Hennessy S, Doshi JA. Adherence, discontinuation, and switching of biologic therapies in medicaid enrollees with rheumatoid arthritis. Value Health. 2010;13(6):805-22

11. Blanco FJ, Ballina J, Carbonell J, Martín E, Tornero J, Ramírez E, et al. Descriptive study of the use of DMARD in patients with rheumatoid arthritis or persistent arthritis who start drug treatment in Spain (FIRST). Reumatol Clin. 2011;7(2):88-93

12. Peláez I, Sanin LH, Moreno J, Álvarez J, Burgos R, Garza M, et al. Epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico. A study of 5 regions based on the COPCORD methodology. J Rheumatol Suppl. 2011;86(1):3-8

13. Massardo L, Suárez ME, Cardiel MH, Nava A, Levy RA, Laurindo I, et al. Management of patients with rheumatoid arthritis in Latin America. A consensus position paper from Pan-American League of Associations of Rheumatology and Grupo Latino Americano de estudio de Artritis Reumatoide. J Clin Rheumatol. 2009;15(4):203-10

14. Alonso E, Bravo JM, Rubio E, Gil E, Gantes MA. Glucocorticoides en artritis reumatoide: ¿casi siempre o casi nunca?. Reumatol Clin. 2011;7(6):407-11

15. Massardo L, Pons BA, Wojdyla D, Cardiel MH, Galarza CM, Sac-nun MP, et al. Early rheumatoid arthritis in Latin America: low socioeconomic status relates to high disease activity at baseline. Arthritis Care Res (Hoboken). 2012;64(8):1135-43

16. Singh JA, Holmgren AR, Noorbaloochi S. Accuracy of veterans administration databases for a diagnosis of rheumatoid arthritis. Arthritis Rheum. 2004;51(6):952-7

17. Criswell LA, Gregersen PK. Current

understanding of the genetic aetiology of rheumatoid arthritis and likely future developments. Rheumatology (Oxford). 2005;44 Suppl 4:9-13

18. Raaschou P, Simard JF, Neovius M, Askling J; Anti-Rheumatic Therapy in Sweden Study Group. Does cancer that occurs during or after anti-tumor necrosis factor therapy have a worse prognosis?: A national assessment of overall and site-specific cancer survival in rheumatoid arthritis patients treated with biologic agents. Arthritis Rheum. 2011;63(7):1812-22

19. Baker JF, Baker DG, Toedter G, Shults J, Von JM, Leonard MB. Associations between vitamin D, disease activity, and clinical response to therapy in rheumatoid arthritis. Clin Exp Rheumatol. 2012;30(5):658-64

20. Arboleya L, Castaneda S. Osteoinmunología: el estudio de la relación entre el sistema inmune y el tejido óseo. Reumatol Clin. 2013;9(5):303-15

21. Rossini M, Maddali S, La Montagna G, Minisola G, Malavolta N, Bernini L, et al. Vitamin D deficiency in rheumatoid arthritis:prevalence, determinants and associations with disease activity and disability. Arthritis Res Ther. 2012;12(6):216

22. Matuszewska A, Szechiński J. Evaluation of Selected Bone Metabolism Markers in Rheumatoid Arthritis Patients. Adv Clin Exp Med. 2013;22(2):193-202

23. Acevedo EM. Algunos aspectos de la artritis reumatoide en Perú. Rev Soc Peru Med Interna. 2012;25(1):65-9

24. Gabriel SE, Michaud K. Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases. Arthritis Res Ther. 2009;11(3):229

25. Aragón LS. Artritis reumatoidea. Memorias del VI simposio actualizaciones en enfermería [Internet]. Cali: Congreso De Enfermería; 2013 [citado 24 Mar 2015]. Disponible en: http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/memorias.html

26. Bykerk VP, Akhavan P, Hazlewood GS, Schieir O, Dooley A, Haraoui B, et al. Canadian Rheumatology Association Recommendations for the pharmacological management of rheumatoid arthritis with traditional and biologic disease-modifying antirheumatic drugs. J Rheumatol. 2012;39(8):1559-82

27. Bombardier C, Hazlewood GS, Akhavan P, Schieir O, Dooley A, Haraoui B, et al. Canadian Rheumatology Association recommendations for the pharmacological management of rheumatoid arthritis with traditional and biologic disease-modifying antirheumatic drugs: part II. Safety. J Rheumatol. 2012;39(8):1583-602

28. Burgos R, Catoggio LJ, Galarza C, Ostojich K, Cardiel MH. Current therapies in rheumatoid arthritis: a Latin American perspective. Reumatol Clin. 2013;9(2):106-12

29. Cardiel MH. Treat to target strategy in rheumatoid arthritis: real benefits. Reumatol Clin. 2013;9(2):101-5

30. Tornero J, Sanmartí R, Rodríguez V, Martín E, Marenco JL, González I, et al. Update of the Consensus Statement of the Spanish Society of Rheumatology on the management of biologic therapies in rheumatoid arthritis. Reumatol Clin. 2010;6(1):23-36

31. Smolen JS, Landewé R, Breedveld FC, Buch M, Burmester G, Dougados M, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs. Ann Rheum Dis. 2014;73(3):492-509

32. Westhovens R, Robles M, Ximenes AC, Nayiager S, Wollenhaupt J, Durez P, et al. Clinical efficacy and safety of abatacept in methotrexate-naïve patients with early rheumatoid arthritis and poor prognostic factors. Ann Rheum Dis. 2009;68(12):1870-7

33. Wells AF, Westhovens R, Reed DM, Fanti L, Becker JD, Covucci A, et al. Abatacept plus methotrexate provides incremental clinical benefits versus methotrexate alone in methotrexate-naive patients with early rheumatoidarthritis who achieve radiographic nonprogression. J Rheumatol. 2011;38(11):2362-8

34. Bukhari M, Abernethy R, Deighton C, Ding T, Hyrich K, Lunt M, et al. BSR and BHPR guidelines on the use of rituximab in rheumatoid arthritis. Rheumatology. 2011;50(12):2311-3

35. Fleischmann R, Cutolo M, Genovese MC, Lee EB, Kanik KS, Sadis S. Phase IIb dose-ranging

study ofthe oral JAK inhibitor tofacitinib (CP-690,550) or adalimumab monotherapy versus placebo in patients with active rheumatoid arthritis with an inadequate response to disease-modifying antirheumatic drugs. Arthritis Rheum. 2012;64(3):617-29

36. Kremer JM, Bloom BJ, Breedveld FC, Coombs JH, Fletcher MP, Gruben D. The safety and efficacy of JAK inhibitorin patients with active rheumatoid arthritis: results of a double-blind, placebo-controlled phase IIa trial of three dosage levels of CP-690,550 versus placebo. Arthritis Rheum. 2009;60(7):1895-905

37. da Mota LM, Cruz BA, Brenol CV, Pereira IA, Rezende LS, Bertolo MB, et al. 2012 Brazilian Society of Rheumatology Consensus for the treatment of rheumatoid arthritis. Rev Bras Reumatol. 2012;52(2):135-74