

Revista Cubana de *Reumatología*

Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen XVII, Número 1; 2015 ISSN: 1817-5996

www.revreumatologia.sld.cu



ARTÍCULO ORIGINAL DE INVESTIGACIÓN

Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes con artritis reumatoide. Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro

Clinical and epidemiological characterization of patients with rheumatoid arthritis from Arnaldo Milián Castro. University Teaching Hospital

Reyes Medina Eugenio Alejandro*, **Nerey González Wonderly***, **Suárez Rodríguez Bárbara Lorenza****, **Egüez Mesa Jorge Luis*****

*Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Reumatología

**Especialista de 2do Grado en Reumatología. Universidad de Ciencias Médicas Villa Clara

***Especialista de 1er Grado en Medicina General Integral y Reumatología

Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Universidad de Ciencias Médicas Villa Clara. Villa Clara, Cuba.

RESUMEN

La artritis reumatoide es una enfermedad auto inmune crónica y sistémica de tipo inflamatorio, de causa desconocida, sus manifestaciones son variadas y producen grados diversos de molestias y limitaciones. Con el Objetivo de caracterizar de forma clínico-epidemiológica a todos los pacientes con esta entidad hospitalizados en los servicios clínicos del Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro en 5 años, se realizó investigación descriptiva trabajando con una muestra de 280 pacientes, observamos que esta patología se presentó en cinco mujeres cada dos hombres, de procedencia urbana, piel blanca y edad media de la vida. La hipertensión arterial, osteoartritis y la diabetes mellitus, constituyeron los antecedentes patológicos personales más importantes en el grupo de 60-79 años, no siendo significativo en este estudio los antecedentes familiares de enfermedad reumática. El cuadro clínico de fiebre, rigidez, deformidad y nódulo reumatoideo predominó significativamente en los seropositivos y la infección fue la complicación más frecuente. El tiempo de diagnóstico estuvo por debajo de los seis meses. El tratamiento más utilizado fue la combinación de antiinflamatorios no esteroideos, esteroides y fármacos modificadores de la enfermedad principalmente en los seropositivos.

Palabras Clave: artritis reumatoidea, poliartritis crónica

ABSTRACT

Rheumatoid arthritis is a chronic autoimmune and systemic disease of inflammatory type with an unknown cause. Its manifestations varies bringing about different degrees of discomfort and limitations. With the objective of characterizing all hospitalized patients clinically and epidemiologically at the Arnaldo Milian Castro University Hospital in 5 years, working descriptive research was conducted with a sample of 280 patients; this pathology was shown in 5 women out of 2 cities me. They were white and middle aged. Osteoarthritis and Diabetes Mellitus, were the most important personal medical history in the group of 60-79 years, the family history of rheumatic disease was nor significant. Fever, stiffness, deformity and rheumatoid nodule significantly predominated in seropositive patients and infection was the most frequent complication. Diagnose was below the 6 months. The most common treatment was the combination of non steroids and disease modifying drugs mainly in seropositive patients.

Keywords: rheumatoid arthritis, chronic polyarthritis.

INTRODUCCIÓN

Desde tiempos antiguos algunos de los aforismo de Hipócrates ya se referían a enfermedades articulares y la palabra reuma fue introducida en el siglo I DC, el concepto de reumatismo como síndrome músculo esquelético corresponde a la era moderna ya en 1858 el Sr. Alfred Garrod introdujo el vocablo artritis reumatoide para nombrar un síndrome que el apreció diferente a la gota y a la fiebre reumática aguda.¹

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad autoinmune crónica y sistémica de tipo inflamatorio, de causa desconocida, que afecta primariamente las articulaciones y las estructuras periarticulares pero que puede afectar ojos, corazón, vasos, pulmones y el sistema nervioso. Sus manifestaciones son variadas y producen grados diversos de molestias y limitaciones. La artritis en general es simétrica y a veces remitente. Sin embargo, si no se logra controlar produce destrucción progresiva de las articulaciones afectadas, con deformaciones asociadas. En quienes no logran un buen resultado terapéutico, provoca incapacidad músculo esquelética progresiva importante. Afecta cerca del 1 % de la población mundial, predomina más en mujeres que en hombres (3:1), se presenta con mayor frecuencia entre los 30 y 60 años de edad, y lleva a una gran discapacidad del paciente, de modo que tras uno y tres años de enfermedad, el 33 y el 40 % de los pacientes, respectivamente, presentan reducción de la capacidad laboral que generan costos relevantes al sistema de salud, los cuales pueden reducirse cerca de un 20 % con el control temprano e inicio de rehabilitación de la enfermedad.^{2,3}

Teniendo en cuenta que la población del país ha envejecido y además ha aumentado su expectativa de vida, la reumatología debe proyectarse en trabajar para lograr que los pacientes con AR alcancen una supervivencia mayor, sobre todo si al revisar la literatura encontramos que en países del primer mundo como España, Francia e Inglaterra existe disminución de dicha expectativa en las personas que padecen la enfermedad y que además esta se ve ensombrecida por las enfermedades

concomitantes y complicaciones que sobrevienen por el tratamiento o la inmunodepresión propia de ellas.^{4,5} y por ser esta una entidad nosológica frecuente, con proyecciones al incremento de la morbimortalidad, en el Hospital Universitario Clínico Quirúrgico Arnaldo Milián Castro de la provincia de Villa Clara no se ha realizado investigación que caracterice a los pacientes ingresados con diagnóstico de AR, por lo que un estudio que incluya los casos durante cinco años, puede aportar información para tomar decisiones que pueden ser puestas a prueba en futuros estudios analíticos posteriores.

Se diseña el presente estudio con el objetivo general de caracterizar de forma clínico-epidemiológica los pacientes con AR hospitalizados en los servicios clínicos del Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro y como objetivos específicos caracterizar

los pacientes con AR según variables epidemiológicas, describir las manifestaciones clínicas y complicaciones de la enfermedad y su relación con el factor reumatoideo, determinar el tiempo de diagnóstico de la enfermedad e identificar la relación del factor reumatoideo y el tratamiento aplicado

MÉTODOS

Se realizó una investigación de desarrollo, observacional, descriptiva, transversal, en el Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro de Villa Clara durante el período comprendido desde octubre de 2011 a marzo de 2014.

La población de estudio estuvo constituida por 291 pacientes, todos hospitalizados en algún momento de su enfermedad en los servicios clínicos de la institución anteriormente mencionada con diagnóstico de AR independientemente del tiempo de evolución en el periodo comprendido de enero de 2009 a diciembre de 2013.

La muestra fue seleccionada de manera no probabilística por criterios quedando la misma conformada por 280 pacientes que cumplieron las siguientes condiciones:

Criterios de inclusión

Total de personas de 20 o más años de edad hospitalizada en los servicios clínicos de la institución donde se realizó el estudio.

Todo paciente que cumpla cuatro o más criterios diagnósticos establecidos para la AR

Criterios de exclusión

Pacientes que no contaron en sus historias clínicas con todos los datos necesarios para la realización del estudio.

Técnicas y procedimientos

En la recogida de la información el dato primario se obtuvo a través de revisión de historias clínicas de los pacientes y se fueron registrando en una guía de revisión documental creada por el autor para este fin. Se utilizaron variables como edad, sexo, color de la piel, antecedentes patológicos personales, familiares de enfermedad reumática, manifestaciones clínicas, presencia de factor reumatoide, complicaciones y tratamiento. Posteriormente se introdujeron en una base de datos en el programa Excel para más tarde ser procesados en el paquete estadístico SPSS versión 19.0 y así poder representar los resultados en tablas y/o gráficos según correspondiera.

Se utilizaron como medida de resumen números absolutos, por ciento, media y desviación típica de la media y razón. Para determinar asociación estadística entre las variables, se realizó test de independencia basado en la distribución Chi cuadrado para relacionar variables cualitativas, determinándose su estadígrafo (X^2), la significación asociada a ella (P) tomando como criterio, si $p > 0.05$ no hay significación, $p < 0.05$ significativo y $p < 0.01$ muy significativo.

Se tuvieron en cuenta los principios bioéticos de la investigación según la declaración de Helsinki, y el establecido por comisión de ética internacional de beneficencia, no maleficencia, autonomía y respeto, además los resultados solo son con fines científicos no se incluyeron datos que pudieran servir para identificar a los integrantes de la muestra estudiada.

RESULTADOS

La distribución por edad y sexo de los pacientes con AR e incluidos en la investigación se muestran en la tabla 1. De un total de 280 pacientes ingresados con esta patología en el hospital Arnaldo Milián Castro 134 pertenecieron al grupo etario de 40-59 años, para un 47.86 %, seguido de 85 pacientes con edades entre 60 y 79 años con un 30.36 %.

Entre 20 y 39 años se encontraron 42 pacientes que representaron un 15 % y en el grupo de 80 y más 19 casos para un 6.79 %. Respecto al sexo, 200 pacientes que constituyeron el 71.43 % fueron mujeres y 80 masculinos para un 28.57 %.

La razón femenino/masculino se dio en una relación 5:2. Las mujeres presentaron en promedio 55.84 ± 15.19 años y en los hombres la edad promedio fue 54 ± 16.68 años. La significación de la prueba de comparación de medias corrobora que la edad promedio en ambos grupos fue aproximadamente igual, $p = 0.3837$.

Tabla 1. Pacientes con AR según edad y sexo. Hospital Arnaldo Milián Castro. 2009-2013.

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

Fuente: Historias clínicas

Edad media masculina = 54 años

Edad media femenina = 55.84 años

Desv. Típica = 16.68 años, Desv. Típica = 15.19 años $t = 0.8725$, $p = 0.3837$, Razón Femenino/Masculino = 5:2

Respecto al color de la piel, observamos que 209 pacientes tenían color de piel blanco constituyendo el 74.64 %, y 71 color no blanco para un 25.36 %. Existe predominio significativo ($p = 0.0000$) de pacientes con color de piel blanco.

De acuerdo a la procedencia de pacientes estudiados, 162 pacientes procedieron de área urbana (57.86 %) y 118 (42.14 %) de área rural. $p = 0.000$.

Se identificaron los antecedentes patológicos personales de los pacientes y su relación con la edad. La hipertensión arterial se encontró en 68 pacientes, representando el 24.29 %, con un predominio significativo ($p = 0.0420$), en el grupo entre 60 y 79 años de edad donde representó el 35.29 %.

La diabetes mellitus estuvo presente en 46 pacientes (16.43 %), con una presencia significativa en el grupo de edad de 60 a 79 años, $p = 0.0306$.

El asma bronquial fue un antecedente encontrado en 38 casos (13.57 %), se observó más en las edades entre 20 y 39 años (14.29 %) y entre 40 y 59 años (14.18 %), aunque las diferencias no fueron significativas, $p > 0.05$.

Solo en 20 casos se recogió antecedentes familiares de enfermedad reumática (7.14 %) y los más frecuentes fueron: fiebre reumática (2.86 %) y artritis reumatoide (2.50 %).

La determinación sérica de los anticuerpos anti-inmunoglobulina (IGG) designado, como el factor reumatoideo, ha constituido una herramienta básica en el diagnóstico por más de 60 años.

En la tabla 2 se refleja la distribución de manifestaciones clínicas más frecuentes identificadas.

Entre los síntomas la artralgia se evidenció en 136 pacientes (48.57 %), la rigidez en 89 casos (31.79 %), la fiebre en 72 casos (25.71 %), el decaimiento en 58 pacientes (20.71 %), la anorexia en 36 casos (12.86 %), la pérdida de peso en 34 pacientes (12.14 %).

Tabla 2. Pacientes con AR según manifestaciones clínicas y factor reumatoideo. Hospital Arnaldo Milián Castro. 2009-2013.

Manifestaciones clínicas		Seropositivos		Seronegativos		Total	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
SÍNTOMAS	Artralgia	91	46.43	45	53.57	136	48.57
	Rigidez	77	39.29	12	14.29	89	31.79
	Fiebre	62	31.63	10	11.90	72	25.71
	Decaimiento	46	23.47	12	14.29	58	20.71
	Anorexia	25	12.76	11	13.10	36	12.86
	Pérdida de peso	24	12.24	10	11.90	34	12.14
SIGNOS	Artritis	79	40.31	42	50.00	121	43.21
	Limitación de mov.	81	41.33	40	47.62	121	43.21
	Deformidad	35	17.86	6	7.14	41	14.64
	Nódulo reumatoideo	27	13.78	3	3.57	30	10.71
	Lesiones piel	19	9.69	7	8.33	26	9.29
	Debilidad muscular	6	3.06	1	1.19	7	2.50

Fuente: Historias clínicas. Nota: Por ciento en relación a total por columna

	Z	p
Rigidez	3.9769	0.0001
Fiebre	3.3120	0.0009
Deformidad	2.1395	0.0324
Nódulo Reumatoideo	2.3190	0.0204

La rigidez y la fiebre se presentaron con mayor frecuencia en los pacientes seropositivos, con una significación de la prueba de comparación de proporciones de $p = 0.0001$ para la rigidez y de $p = 0.0009$ para la fiebre.

Respecto a los signos, la artritis se identificó en 121 pacientes (43.21 %), la limitación de movimientos se observó en 121

casos (43.21 %), la deformidad en 41 pacientes (14.61 %), el nódulo reumatoideo en 30 pacientes (10.71 %), las lesiones de piel en 26 pacientes (9.29 %), y la debilidad muscular en 7 casos (2.50 %).

La deformidad y el nódulo reumatoideo se presentaron con una frecuencia mayor en los pacientes seropositivos, con una significación de la prueba de comparación de proporciones de $p = 0.0324$ para la deformidad y de $p = 0.0204$ para los nódulos reumatoideos.

En la tabla 3 se distribuyeron los pacientes con artritis reumatoide según complicaciones y resultado del factor reumatoideo.

Los seropositivos fueron 196 casos (70 %) y los seronegativos fueron 84 casos (30 %). Las infecciones se presentaron en 115 casos (41.07 %), de los que la mayor parte fueron seropositivos (42.3 %). Los tipos más frecuente fueron las infecciones de piel, respiratorias, urinarias y del sistema nerviosos central.

Tabla 3. Pacientes con AR según complicaciones y factor reumatoideo. Hospital Arnaldo Milián Castro. 2009-2013.

Complicaciones	Seropositivos (n = 196) 70%		Seronegativos (n = 84) 30%		Total (n = 280)	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Infecciones	83	42.3	32	38.09	115	41.07
Alteraciones gastrointestinales	32	16.32	25	29.76	57	20.36
Osteoporosis	33	16.83	21	25.00	54	19.28
Sist endocrino	25	12.75	17	20.23	42	15.00
Sist cardiovascular	29	14.79	12	14.28	41	14.64
Sist respiratorio	21	10.71	8	9.52	29	10.36
Oculares	13	6.63	5	5.95	18	6.43
Sist Renal	8	4.08	2	2.38	10	3.57
Piel	3	1.53	1	1.19	4	1.43
Síndrome de Felty	2	1.02	1	1.19	3	1.07

Fuente: Historias clínicas. Comparación de proporciones $p > 0.05$

En relación a el tiempo de diagnóstico de la enfermedad. Del total de 280 pacientes estudiados, 108 que representan 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, $p = 0.0483$ lo que se considera aproximadamente igual a 0.05.

La tabla 4 se resume la información de los pacientes con AR según tratamiento y resultado del factor reumatoideo. Predominaron los pacientes con tratamiento compuesto por antiinflamatorios no esteroideos (AINE) más esteroides más fármacos modificadores de la enfermedad (FAME), estos fueron 127 y representaron el 45.36 % del total. En los seropositivos 116 pacientes (59.18 %) tenían este tratamiento y 11 pacientes (13.10 %) en los seronegativos.

Tabla 4. Pacientes con AR según tratamiento y seropositividad. Hospital Arnaldo Milián Castro. 2009-2013.

Tratamiento	Seropositivos (n = 196)		Seronegativos (n = 84)		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
AINE, esteroides y FAME	116	59.18	11	13.10	127	45.36
Esteroides y FAME	20	10.20	36	42.86	56	20.00
AINE y esteroides	34	17.35	0	0.00	34	12.14
AINE y otras terapias	8	4.08	15	17.86	23	8.21
Esteroides	18	9.18	0	0.00	18	6.43
Total	196	100	62	73.81	258	92.14

Fuente: Historias clínicas. $X^2 = 103.9597$ $p = 0.0000$

Existió una distribución significativamente diferente del tratamiento en los seropositivos y seronegativos, $p = 0.0000$. En los primeros se utilizó con mayor frecuencia AINE más esteroides más FAME y en los segundos, esteroides más FAME.

DISCUSIÓN

Los resultados expresados en la tabla 1 tienen coincidencia con la literatura revisada donde se expresa de forma general que la enfermedad es mucho más frecuente en mujeres. También coincidimos en cuanto a la edad de manifestación de la enfermedad con mayor incidencia hacia la edad media de la vida.⁶⁻⁸

En relación al color de piel en el presente estudio se puede relacionar con las características demográficas de la Provincia Villa Clara en la que existe predominio del color de piel blanco en la población debida en gran parte a la descendencia europea originada durante el período de colonización española.

Blanco FJ.⁷ refiere un 76.23 %, muy similar al resultado de la presente investigación y Peláez-Ballestas,⁸ habla de un 81 % de predominio de la raza blanca en pacientes con AR.

Coincidimos con autores como Massardo L,⁹ quien encontró predominio de pacientes en áreas urbanas en América Latina, coincidiendo además con otros autores como Peláez-Ballestas

I,⁸ Este resultado puede deberse a la existencia de mayor densidad de población en área urbana con respecto a la rural.

En el estudio se alcanzaron cifras significativas de pacientes con AR con presencia de otras enfermedades asociadas, siendo la hipertensión arterial, la diabetes mellitus y la osteoartritis las más frecuentes, lo que está dado por la prevalencia de estas enfermedades por encima de los 40 años, influenciado por malos hábitos alimenticios, tóxicos (tabaquismo, café) y factores ambientales característicos de nuestro país o como manifestación de los eventos adversos por el uso continuado de los esteroides.

Estudios realizados en Chile,¹⁰ coinciden con el nuestro, donde se encontró una asociación de la AR con enfermedades como la hipertensión arterial, diabetes mellitus en relación al uso de fármacos (AINE y esteroides).

En relación a antecedentes familiares de enfermedad reumática solo encontramos casos de fiebre reumática y AR pero se ha demostrado aumento de la frecuencia de otras enfermedades autoinmunes en familiares de pacientes con AR, así como agregación familiar de AR en familiares de pacientes con otras enfermedades autoinmunes tales como lupus eritematoso sistémico y síndrome de Sjögren primario.¹¹

Como mostró la tabla 2 todos los síntomas se evidenciaron más en los pacientes con factor reumatoideo positivo, además se muestra como la deformidad y los nódulos reumatoideos se presentaron más en los seropositivos, el factor reumatoideo positivo ha sido señalado como marcador de peor pronóstico por su asociación a nódulo reumatoideo, mayor frecuencia de erosiones y formas clínicas más graves,¹²

Las manifestaciones clínicas 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,⁷ 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, continuó a este la rigidez después del reposo en 100 pacientes para un (83,3 %). Peláez-Ballestas I.⁸ refiere el dolor como síntoma cardinal en los pacientes con AR aunque informa presencia de deformidad y exiliado muscular en las articulaciones afectadas. La literatura consultada coincide en plantear que la AR no solo produce afectaciones a nivel articular sino también sistémicas.^{7,8}

Al referirnos a las complicaciones tabla 3 los resultados pueden deberse a la relación estrecha que existe entre factor reumatoideo positivo y el grado de agresividad de la enfermedad, siendo las manifestaciones clínicas de estos pacientes (seropositivos) más llamativa que las personas con factor reumatoideo negativo, por ello aparece un predominio

mayor de las complicaciones como infecciones, osteoporosis, afectación cardiovasculares, respiratorias y otras en aquellos pacientes seropositivos, aunque también el uso de fármacos prolongado favorece a la aparición de las mismas.

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.¹³

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 la 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.¹⁴

Aragón Pinto LS.¹⁵ refiere que el tipo de morbilidad más típico en pacientes con ARJ se relaciona con los efectos colaterales de las medicaciones utilizadas, particularmente los analgésicos y AINES; que causan dolor abdominal con relación a gastritis o enfermedad ulcerosa, afectación hepática y más raramente toxicidad renal. Existen también problemas psicológicos significativos.

En relación al tiempo de diagnóstico la literatura plantea que la AR se define típicamente como una enfermedad que se debe diagnosticar dentro de los primeros 6 meses de comienzo de las manifestaciones clínicas. El diagnóstico temprano de la AR es de sumo interés debido a que el tratamiento oportuno puede mejorar su pronóstico.^{12,16}

Esto siempre no es posible y en ocasiones los enfermos no llegan con deformidades pero en nuestro estudio estos resultados están dados, por el creciente incremento de reumatólogos en la provincia de Villa Clara, lo que nos ha permitido constar con prestaciones de servicio de los mismos en casi todos los municipios de la provincia, lo que a su vez favorece un diagnóstico y un tratamiento oportuno de esta entidad y consecuentemente una mejor calidad y bienestar de vida en estos pacientes.

Refiriéndonos al tratamiento, tabla 4, la AR es una enfermedad clínicamente heterogénea, variable en su presentación y evolución, lo que ocasiona que no se pueda detallar una misma conducta para todos los pacientes, ya que este va a depender del curso clínico y de situaciones concretas que se van a presentar a lo largo del mismo, por eso aquellas personas que presenten un factor reumatoideo positivo pueden asociarse a manifestaciones clínicas más intensa, peor pronóstico, con diferentes grado de deformidad, deterioro de la función articular, compromiso de órganos y sistemas que demandan un tratamiento precoz y oportuno basado en terapias

combinadas que incluyan el uso FAME en etapas temprana de la enfermedad.

Históricamente, el tratamiento farmacológico de la AR ha seguido un método tradicional escalonado. Se inicia la terapia farmacológica con medicamentos AINES, después esteroides, posteriormente se introducen FAME o de acción lenta y finalmente medicamentos modificadores de la respuesta biológica si la persona no ha reaccionado a los fármacos anteriores. En la actualidad, se ha propuesto un tratamiento más agresivo para personas con reumatismo articular precoz, en el que se prescriban medicamentos antirreumáticos modificadores de la enfermedad en los tres meses siguientes al diagnóstico.¹⁷

Estudio reciente realizado por Blanco FJ.⁷ refiere que del total de pacientes evaluados, al 96,7 % se les aplicó tratamiento con al menos un FAME, al 62,1 % se les administraron AINE, al 59,2 % corticoesteroides y al 3,8 % terapia biológica.

Westhovens R.¹⁸ en su estudio refiere que de los pacientes que recibieron FAME, el 90,3 % recibió tratamiento con uno solo, el 9,5 % con 2 y el 0,2 % con 3 de este grupo de fármacos. En politerapia, los FAME que más a menudo se administraron conjuntamente fueron metotrexate más hidroxycloquina (4,8 %), metotrexate más Leflunomida (2,0 %) y metotrexate más sulfasalazina (1,5 %). El fármaco del grupo de FAME más frecuentemente utilizado en monoterapia fue el metotrexate (81,3 %), seguido de la leflunomida (4,1 %) y la hidroxycloquina (3,2 %). Resultados que coinciden con otros autores consultados.^{19,20}

CONCLUSIONES

La AR se presentó en cinco mujeres cada dos hombres, de procedencia urbana, de piel blanca y edad media de la vida. La hipertensión arterial, osteoartritis y la diabetes mellitus, constituyeron los antecedentes patológicos personales más importantes en el grupo de 60-79 años, no siendo significativo en este estudio los antecedentes familiares de enfermedad reumática. El cuadro clínico de fiebre, rigidez, deformidad y nódulo reumatoideo predominó significativamente en los seropositivos y la infección fue la complicación más frecuente. El tiempo de diagnóstico estuvo por debajo de los seis meses. El tratamiento más utilizado fue la combinación de AINES, esteroides y FAME principalmente en los seropositivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Iglesias Gamarra A, Quintana G, Restrepo Suárez JF. Prehistoria, historia y arte de la Reumatología. *Rev Colomb Reumatol.* [Internet]. 2006 Jan./Mar [citado 23 octubre 2014];13(1). Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-81

2. Kriekkaert Charlotte LM, Willem F. Lems. Biologicals and bone loss. *Therapeutic Advances in Musculoskeletal Disease*. *Ther Adv Musculoskel Dis*. 2012; 4(4): 245-7.
3. Deal C. Bone loss in rheumatoid arthritis: systemic, periarticular, and focal. *Curr Rheumatol Rep* [Internet]. 2012 [citado 23 octubre 2014];14:231-7. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.1007/s11926-012-0253-7#page-1>
4. Choy, E. Understanding the dynamics: pathways involved in the pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Rheumatology* [Internet]. 2012 [citado 23 octubre 2014];51 Suppl. 5:S3-11. Disponible en: http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/51/suppl_5/v3.short
5. Keystone E, Smolen J. van Riel P. Developing an effective treatment algorithm for rheumatoid arthritis. *Rheumatology* [Internet]. 2012 [citado 23 octubre 2014];51 Suppl. 5:S48-54. Disponible en: http://rheumatology.oxfordjournals.org/content/51/suppl_5/v48.full
6. Li P, Blum MA, Von Feldt J, Hennessy S, Doshi J. Adherence, Discontinuation, and Switching of Biologic Therapies in Medicaid Enrollees with Rheumatoid Arthritis. *Value in Health*. [Internet]. 2010 [citado 23 octubre 2014];13(6):805-12. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1524->
7. Blanco FJ, Ballina J, Carbonell J, Martín-Mola E, Tornero J, Ramírez E, Galván J. 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.
8. Peláez-Ballestas I, Sanin LH, Moreno-Montoya J, Alvarez-Nemegyei J, Burgos-Vargas R, Garza-Elizondo M, et al., Grupo de Estudio Epidemiológico de Enfermedades Músculo Articulares (GEEMA). Epidemiology of the rheumatic diseases in Mexico. A study of 5 regions based on the COPCORD methodology. *J Rheumatol*. [Internet]. 2011 [citado 23 octubre 2014];86:3-8. Disponible en: [http://refhub.elsevier.com/S2173-5743\(14\)00028-8/sbref0005](http://refhub.elsevier.com/S2173-5743(14)00028-8/sbref0005)
9. Massardo L, Pons-Estel BA, Wojdyla D, Cardiel MH, Galarza Maldonado 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* [Internet]. 2012 [citado 23 octubre 2014];64:1135-43. Disponible en: [http://refhub.elsevier.com/S2173-5743\(14\)00028-8/sbref0060](http://refhub.elsevier.com/S2173-5743(14)00028-8/sbref0060)
10. Rothschild BM, Turner KR, De Luca MA. Symmetrical erosive peripheral polyarthritis in the late archaic period of Alabama. *Science* [Internet]. 1988 [citado 23 octubre 2014];241:1498-501. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/004901729090050P>
11. Huizinga TW, Pisetsky DS, Kimberly RP. Associations, populations, and the truth: recommendations for genetic association studies in Arthritis & Rheumatism. *Arthritis Rheum* [Internet]. 2004 [citado 23 octubre 2014];50:2066-71. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/art.20360/full>
12. kokuina E, Chico A, Carballar L, Gutiérrez A, Soto J, Estévez M. Factor reumatoide Asociación con la erosión radiológica y actividad de la artritis reumatoide. *Rev Cubana Med* [Internet]. 2008 jul.-sep. [citado 12 julio 2014];47(3):[aprox. 8 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003475232008000300004&lng=es&nrm=iso
13. 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* [Internet]. 2009 [citado 23 octubre 2014];29(1):43-50. Disponible en: <http://www.revistabiomedica.org/index.php/biomedica/article/viewArticle/40>
14. Acevedo-Vásquez EM. Algunos aspectos de la artritis reumatoide en Perú. *Rev Soc Peru Med Interna* [Internet]. 2012 [Citada 8 octubre 2014];25(1). Disponible en: http://www.medicinainterna.org.pe/revista/revista_25_1_2012/rev_spmi_2012_1_revision_de_tema.pdf
15. Aragón Pinto LS. Artritis reumatoidea. Memorias del VI simposio actualizaciones en enfermería. [Internet]. 2013 [citado 23 octubre 2014] Disponible en: <http://www.encolombia.com/medicina/enfermeria/memorias.html>
16. GUIPCAR group. Update of the Clinical Practice Guideline for the Management of Rheumatoid Arthritis in Spain. Spanish Society of Rheumatology. AHRQ National Guideline Clearinghouse; Guideline summary NCG-9044 [Internet]. 2011 [citado 23 octubre 2014]; p. 367. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X0900257>
17. Bykerk V, Akhavan P, Hazlewood GS, Schieir O, Dooley A, Haraoui B, et al. Canadian Rheumatology Association Recommendations for the pharmacological management of RA. *J Rheumatol* [Internet]. 2012 [citado 23 octubre 2014];39:1559-82. Disponible en: [http://refhub.elsevier.com/S2173-5743\(14\)00028-8/sbref0030](http://refhub.elsevier.com/S2173-5743(14)00028-8/sbref0030)

-
18. Westhovens R, Robles M, Ximenes AL, 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.* [Internet]. 2009 [citado 23 octubre 2014];68:1870-7. Disponible en: <http://ard.bmj.com/content/68/12/1870.short>
19. 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-naïve patients with early rheumatoid arthritis who achieve radiographic non progression. *J Rheumatol.* 2011;38:2362-8.
20. Henrique da Mota LM, Afonso Cruz B, Viegas Brenol C, Alves Pereira I, Rezende-Fronza LS, Barros Bertolo M, et al. 2012 Brazilian Society of Rheumatology Consensus for the treatment of rheumatoid arthritis. *Rev Bras Reumatol.* 2012;52:135-74.
-

Los autores refieren no tener conflicto de intereses

Recibido: 23 de noviembre de 2014

Aprobado: 27 de diciembre de 2014

Autor para la correspondencia *Dra. Bárbara Lorenza Suárez Rodríguez* E-mail: barbarasr@capiro.vcl.sld.cu
Servicio de reumatología. Hospital Universitario "Arnaldo Milián Castro". Universidad de Ciencias Médicas Villa Clara. Villa Clara, Cuba.