

COMORBILIDADES EN PACIENTES ECUATORIANOS CON ARTRITIS REUMATOIDE

Ferro C¹, Maldonado G², Intriago MJ², Aguirre C², Paredes P², Lopez R³, Martínez J³, Córdova N³, Moreno M³, Vera C⁴, Vargas S⁴, Vallejo C⁴, Ríos C⁵

¹Universidad Católica Santiago de Guayaquil, ²Universidad de Especialidades Espíritu Santo,

³Hospital Luis Vernaza, Servicio de Reumatología, ⁴Sociedad Ecuatoriana de Reumatología, ⁵Centro de Reumatología y Rehabilitación

RESUMEN

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo
Recibido: 9/nov/2016
Aceptado: 24/nov/2016
On-line: 20/dic/2016

Palabras clave:
Artritis Reumatoide, comorbilidades, epidemiología

Introducción: La Artritis Reumatoide (AR) es una enfermedad inflamatoria crónica caracterizada por producir compromiso poliarticular y gran discapacidad en el paciente. En promedio un paciente con AR presenta aproximadamente 1.6 comorbilidades, siendo mayor a medida que aumenta la edad. **Materiales y métodos:** Estudio transversal descriptivo de selección de pacientes con diagnóstico establecido de artritis reumatoide, que además acudían a consultorios públicos o privados de reumatología en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. La selección se llevó a cabo mediante criterios de inclusión y exclusión. **Resultados:** Se analizaron 400 pacientes con diagnóstico establecido de AR, más del 50% de los participantes demostró tener alguna comorbilidad, las más frecuentes fueron: dislipidemias (55%), enfermedad gástrica (28%), hipertensión arterial (24%), obesidad y depresión (20%), seguidas de enfermedad tiroidea (15%), alergias (11%), hipertransaminasemia (10%), anemia (9%) y diabetes mellitus (7%). **Conclusión:** Los pacientes con AR tienen múltiples comorbilidades. Este es el primer estudio descriptivo de comorbilidades en sujetos con artritis reumatoide en Ecuador.

ABSTRACT

ARTICLE INFORMATION

Article history:
Received: November 9th, 2016
Accepted: November 24th, 2016
On-line: December 20th, 2016

Keywords:
Rheumatoid Arthritis, comorbidities, epidemiology

Introduction: Rheumatoid arthritis (RA) is a chronic inflammatory disease characterized by polyarticular involvement and great disability in the patient. On average, a patient with RA presents approximately 1.6 comorbidities, increasing as aging occurs. **Methods:** Descriptive cross-sectional study of selected patients with and established diagnosis of rheumatoid arthritis, who had also attended public or private rheumatology clinics in Ecuador. The selection was carried out using inclusion and exclusion criteria. **Results:** A total of 400 patients with an established diagnosis of RA were analyzed. More than 50% of the participants showed comorbidities. The most frequent were: dyslipidemia (55%), gastric disease (28%), hypertension (24%), obesity, depression (20%), followed by thyroid disease (15%), allergies (11%), hypertransaminasemia (10%), anemia (9%) and diabetes mellitus (7%). **Conclusion:** Patients with RA have multiple comorbidities. This is the first descriptive study of comorbidities in subjects with rheumatoid arthritis in Ecuador.

CORRESPONDENCIA

Christian Ferro Gutierrez
Universidad Católica Santiago de Guayaquil
ferroarna92@hotmail.com
Guayaquil, Ecuador

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO:

Ferro C, Maldonado G, Intriago MJ, Aguirre C, Paredes P, Lopez R, Martínez J, Córdova N, Moreno M, Vera C, Vargas S, Vallejo C, Ríos C. Comorbilidades en pacientes ecuatorianos con artritis reumatoide. Reumatología al Día. 2016. (11), 1; 5 - 9. Disponible en: www.serecuador.com.ec/revista/

INTRODUCCIÓN

La AR es una enfermedad inflamatoria crónica que se caracteriza por producir compromiso poliarticular y gran discapacidad en el paciente. La prevalencia en la población adulta es de aproximadamente del 0.5-1% en la mayoría de los países y la edad más común de inicio es entre la cuarta y sexta década de la vida. En los últimos años, el desarrollo de terapias más efectivas y el monitoreo cercano de los pacientes hasta lograr la remisión o una baja actividad de la enfermedad han logrado mejorar su pronóstico¹. Sin embargo, la AR se asocia a diversas comorbilidades que disminuyen la expectativa de vida². Esta enfermedad se asocia a un porcentaje alto de mortalidad, principalmente por las enfermedades concomitantes como las de riesgo cardiovascular e infecciosas^{3,4}. Aunque el progreso en cuanto al manejo de la AR ha evolucionado, la presencia de comorbilidades en estos pacientes sigue siendo un problema serio. Estas comorbilidades pueden estar asociadas al proceso reumático en sí, a su tratamiento o pueden ser independientes.

Entre las comorbilidades de la AR más frecuentes tenemos: anemia, osteoporosis, fracturas, infecciones, linfoma, úlceras gástricas, infarto de miocardio, depresión, cáncer de piel y otras neoplasias³. Un paciente promedio con AR desarrolla aproximadamente 1.6 comorbilidades, cantidad que se hace mayor a medida que aumenta su edad⁴.

El estudio más reciente COMORA (Comorbilidades en AR) demuestra una alta prevalencia de comorbilidades y sus factores de riesgo, entre ellas depresión en un 15%, asma en 6.6% y riesgo cardiovascular en un 6%, hubo además una variabilidad significativa entre los países y las enfermedades coexistentes además del cumplimiento de recomendaciones para el manejo y prevención de las mismas⁵. Dentro de las estrategias que se han planteado para sobrellevar esta situación tenemos el diagnóstico precoz de AR, tratamiento eficaz para disminuir la inflamación, métodos de detección y vigilancia adecuada para las comorbilidades y la colaboración entre las diferentes especialidades médicas para un correcto enfoque terapéutico de las enfermedades coexistentes.

El propósito de este estudio es identificar las principales comorbilidades en pacientes ecuatorianos que padecen AR y crear estrategias que mejoren el manejo de la misma.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio transversal descriptivo de selección de pacientes con diagnóstico establecido de artritis reumatoide, que además acudían a consultorios públicos o privados de reumatología en distintas ciudades de Ecuador (Guayaquil, Quito y Manta). La selección se llevó a cabo mediante criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico establecido de AR de acuerdo a los criterios del Colegio Americano de Reumatología 1987.
- Edad mayor a 18 años

Criterios de exclusión:

- Padecer de otra enfermedad del tejido conectivo.

Los pacientes que ingresaron al estudio firmaron un consentimiento informado y los datos fueron registrados en una ficha técnica, la cual incluía datos demográficos, comorbilidades, hábitos, tratamientos, laboratorio, número de articulaciones tumefactas y dolorosas, Escala Visual Analógica (EVA), índices de actividad y discapacidad (DAS28 y HAQ-DI)⁷ y depresión (PHQ-9)⁶.

Las siguientes comorbilidades fueron incluidas:

- Hipertensión Arterial: 2 o más tomas de presión arterial > 140/90 en 2 o más visitas al consultorio médico⁵.
- Diabetes Mellitus: ya sea tipo 1 o 2 causando variaciones en los niveles de glicemia en ayuno o postprandial, con terapéutica oral de hipoglucemiantes o insulina inyectable⁵.
- Enfermedad Tiroidea: se toma en cuenta hipotiroidismo o hipertiroidismo diagnosticado con exámenes de laboratorio y con su respectivo tratamiento establecido⁵.
- Enfermedad gástrica: se hace referencia principalmente a gastritis de tipo no especificada con su control adecuado⁵.
- Alergias: principalmente reacciones a alimentos, fármacos u otras sustancias, a las que los pacientes presenten hipersensibilidad y necesiten medicación para controlar dicha reacción⁵.
- Neoplasia: presencia de algún tipo de tumoración maligna confirmada por patología que haya requerido algún tipo de intervención quimioterapéutica⁵.
- Obesidad/Sobrepeso: se la mide con el IMC de los pacientes teniendo como referencia un valor > 25⁵. (>25 es solo sobrepeso)
- Hipertransaminasemia: aumento de enzimas hepáticas TGO/ALT (rango normal 5-40 u/L) o TGP/AST (rango normal 7-56 u/L) comprobadas por examen de laboratorio⁵.
- Depresión: categorizada según el cuestionario PHQ-9 validado al español, 0-4: sin depresión, 5-9: depresión leve, 10-14: moderada, 15-19: moderada a severa y 20-27: severa⁶.
- Dislipidemia: elevación de colesterol total y/o triglicéridos evidenciados en examen de laboratorio⁵.
- Anemia: un valor de hemoglobina inferior 12.5 mg/dL⁵.

Las comorbilidades fueron confirmadas mediante exámenes de laboratorio con vigencia de al menos tres meses de ingresar al estudio, diagnóstico establecido por un médico certificado y que el paciente este recibiendo medicación para la misma.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Los datos obtenidos fueron analizados en el programa estadístico SPSS V.22, con el que se calcularon medidas de tendencia central (media) para variables cuantitativas y medidas estadísticas descriptivas como frecuencias absolutas y relati-

vas para variables cualitativas, se calculó el OR (IC 95%) y correlación de Pearson con corrección de Fisher en el grupo de estudio, a su vez los valores considerados estadísticamente significativos fueron aquellos con una $p < 0.001$ con dos colas.

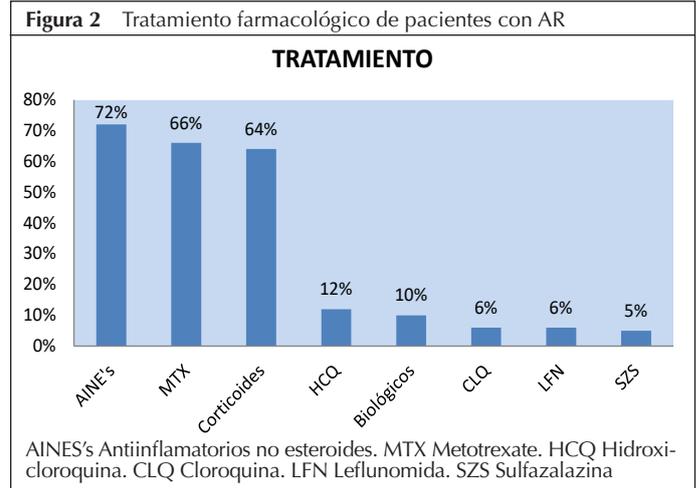
RESULTADOS

Se analizaron 400 pacientes con una media de edad de 50 años, 353 mujeres (88%) y 47 hombres (12%) de raza mestiza en su mayoría (94%) según el registro del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC)(Tabla 1).

Datos demográficos	n	%
Edad media en años	50 (18 - 90)	
Masculino	47	12
Femenino	353	88
Raza		
Blanca	14	3.5
Mestiza	375	94
Afroecuatoriano	5	1
Indígena	6	2
Atención		
Estatal	92	23
Mixta	179	45
Privada	129	32
Procedencia		
Urbana	47	12
Rural	353	88

Más del 50% de los participantes demostró tener alguna comorbilidad, tal como se evidencia en la figura 1.

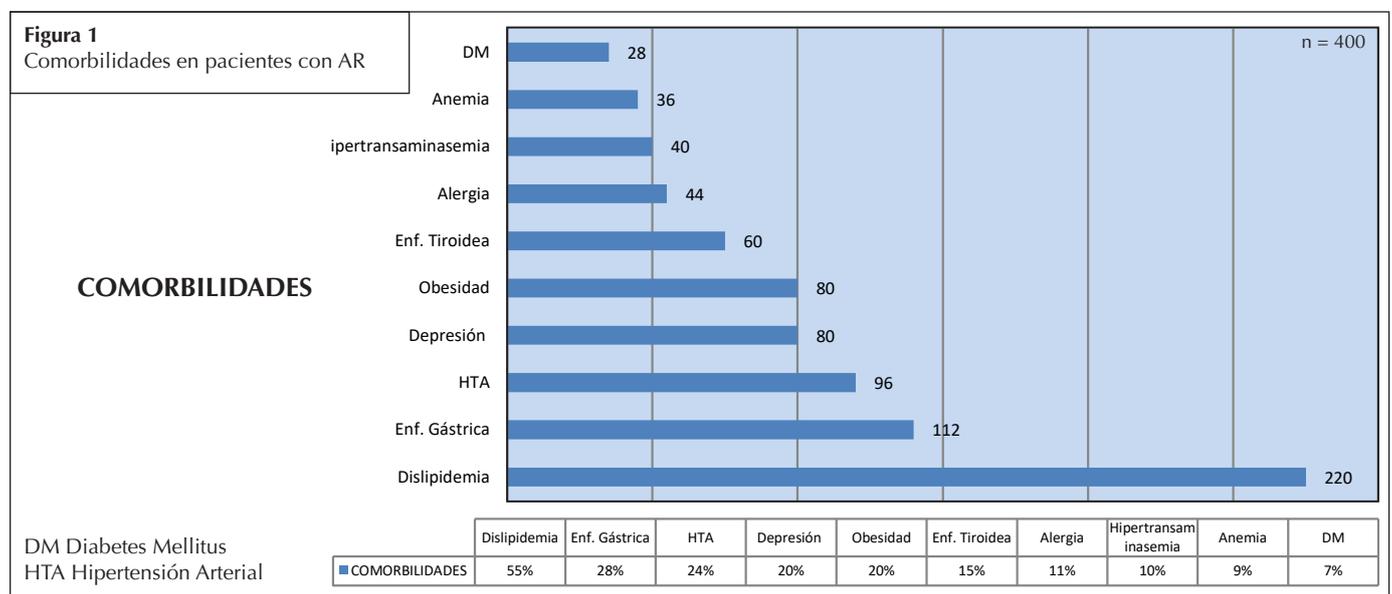
En cuanto al tratamiento la mayoría utilizaba AINE's (72%), metotexate (66%) y corticoides (64%)(Figura 2).



La media de actividad de la enfermedad por DAS-28/PCR fue de 3.3 (0.67 - 7.59), lo que indica actividad moderada, un HAQ-DI con un valor promedio de 0.8 (0 - 3) que nos indica discapacidad leve y un PHQ-9 con promedio de 5.3 (0 - 22) que muestra un grado de depresión leve (Tabla 2).

Actividad de la enfermedad	n = 400 (%)
DAS-28 media	3.3
HAQ-DI	0.8
Discapacidad funcional (HAQ<1.5)	108 (26.9%)
Discapacidad severa (HAQ>1.5)	28 (7%)
PHQ-9	5.3 [0-22]

Se establecieron relaciones de las comorbilidades las cuales tendrían concomitancia con la AR ya sea historia de la enfermedad o tratamiento y se encontró que los pacientes con depresión²² obtenían una puntuación alta en el cuestionario HAQ-DI ($p < 0.000$, IC 95%) y un DAS-28 con enfermedad activa ($p < 0.002$, IC 95%); se demostró también que la anemia presentaba relación con un DAS-28 en enfermedad activa ($p < 0.006$, IC 95%) y con respecto al tratamiento se evidenció que los pacientes que utilizaban corticoides padecían obesidad ($p < 0.02$, IC 95%).



Se evidenció una relación entre la depresión y la discapacidad de la enfermedad, aquellos pacientes con niveles elevados en el cuestionario PHQ-9 tenían puntuaciones más altas en el cuestionario HAQ-DI (p 0.000, IC 95%), además aquellos pacientes que presentaron depresión tenían un DAS-28 sugestivo de enfermedad activa (p 0.002, IC 95%), en referencia a los datos de laboratorio se demostró que la anemia presentaba relación con un DAS-28 en enfermedad activa (p 0.006, IC 95%).

DISCUSIÓN

Se encontró un gran número de comorbilidades en estos pacientes con AR. La comorbilidad más común fue la dislipidemia con 55%, seguido por enfermedad gástrica con 28% e hipertensión arterial con 23%. En el estudio COMORA que incluyó 3920 pacientes de 17 países, la comorbilidad más común fue la depresión, 15% menor a lo encontrado en el presente estudio que fue del 20%⁵.

Los pacientes con AR presentan una elevada morbimortalidad debido a eventos cardiovasculares, sin embargo la hiperlipidemia que constituye un factor de riesgo en la población general no se ha asociado a riesgo en pacientes con AR, posiblemente atribuido a la paradoja lipídica que se produce por el estado inflamatorio no controlado⁸.

La enfermedad gástrica fue la segunda comorbilidad más común, en contraste con el estudio de Steen y col. donde la incidencia fue de 1.2%, relacionado a mayor edad, historia GI previa y uso de AINE's, teniendo en cuenta que Ecuador es un país en vías de desarrollo donde la infección por H. Pylori es más común, a la cual podría atribuirse la causa de esta alta incidencia de enfermedad gástrica en nuestro estudio^{9,11}. En el estudio de Innala y col., se encontró que un 8% de los pa-

cientes presentaban diabetes mellitus, similar a este estudio¹⁰. Dickens y col. demostraron que existe una mayor prevalencia de depresión en aquellos pacientes con elevada actividad de la enfermedad; además Wang y col. confirmaron que existe una relación directa entre la depresión y los síntomas de dolor^{6,7,12,13}, datos similares a los demostrados en nuestro estudio.

Se evidenció además una relación entre la anemia y un valor alto en el DAS28/PCR (p 0.006, IC 95%) lo cual concuerda con el estudio de Wilson y col. que indica la anemia como un resultante o marcador de una AR activa muy sintomática¹⁴. En cuanto a las comorbilidades asociadas a los tratamientos de la AR, uno de los fármacos más utilizados en nuestra población fueron los corticoides los cuales son conocidos por aliviar y controlar las articulaciones tumefactas y dolorosas en la AR en un periodo corto de tiempo pero así mismo producen ciertos efectos adversos entre ellos el aumento de peso¹⁵, en este estudio se estableció un vínculo entre el uso de estos fármacos y la obesidad (p 0.02, IC 95%).

CONCLUSIÓN

Los pacientes con AR tienen una alta prevalencia de comorbilidades y factores de riesgo por lo cual los médicos deben estar preparados para implementar medidas de prevención y manejo precoz de las mismas. Se recomienda la toma sistemática de signos vitales y la realización de exámenes de laboratorio de acuerdo al perfil de riesgo de cada paciente con el fin de detectar comorbilidades que no se habían reconocido.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener ningún conflicto de interés.

REFERENCIAS

- Schoels m, knevel r, aletaha d, et al. Evidence for treating rheumatoid arthritis to target: results of a systematic literature search. Ann rheum dis 2010;69:638-43.
- Gabriel se. Why do people with rheumatoid arthritis still die prematurely? Ann rheum dis 2008;67:30-4.
- Gabriel se, michaud k. Epidemiological studies in incidence, prevalence, mortality, and comorbidity of the rheumatic diseases. Arthritis res ther 2009;11:229.
- Wolfe f, michaud k: the risk of myocardial infarction and pharmacologic and nonpharmacologic myocardial infarction predictors in rheumatoid arthritis: a cohort and nested case-control analysis. Arthritis rheum. 2008, 58: 2612-2621
- Dougados et al. Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring: results of an international, cross-sectional study (comora). Ann rheum dis. 2014 Jan;73(1):62-8.
- Patient health questionnaire (phq-9). National council for osteopathic research. Ncor.2013.
- Cardiel mh , abello-banfi m , ruiz-mercado r , alarcon-segovia d ; how to measure health status in rheumatoid arthritis in non-english speaking patients: validation of a spanish version of the health assessment questionnaire disability index (spanish haq-di). Department of immunology and rheumatology, instituto nacional de la nutrición salvador zubirán, mexico city, mexico. Clinical and experimental rheumatology [2003, 11(2):117-121]
- Semb ag et al. Lipids, myocardial infarction and ischaemic stroke in patients with rheumatoid arthritis in the apolipoprotein-related mortality risk (amoris) study. Ann rheum dis. 2010;69(11):1996-2001.
- Steen k, Nurmohamed m, Visman i, Heijerman m, Boers m, Dijkmans b, Lems w. Decreasing incidence of symptomatic gi ulcers and ulcer complications in patients with ra. Ann rheum dis. 2008 Feb;67(2):256-9. Epub 2007 jun 29.
- Innala I, sjöberg c. Et al. Comorbidity in patients with early rheumatoid arthritis-inflammation matters. Arthritis research & therapy. 2016,18:33.
- R.H. Hunt chair et al. Helicobacter pylori in developing countries. World gastroenterology organization global guideline. J gastrointest liver dis. September 2011 vol 20 no #, 299-304.
- Dickens chris, mcgowan linda, clark-carter david et al. Depression in rheumatoid arthritis: a systematic review of the literature with meta-analysis. Psychosomatic medicine 64:52-60.2002.
- Wang shu, chang cheng, hu li et al. Risk of developing depressive disorders following rheumatoid arthritis : a nationwide population-based study. Plos one 9(9): e107791. Doi:10.1371/journal.Pone.0107791. 2014.
- Wilson alisa. Yu hsing-ting. Goodnough lawrence tim. Nissenson allen r. Prevalence and outcomes of anemia in rheumatoid arthritis: a systematic review of literature. The american journal of medicine. Elsevier volume 116, issue 7, supplement 1, 2004, 50-57.
- King bruce m. Glucocorticoids and hypothalamic obesity. Neuroscience & biobehavioral reviews. Elsevier. Volume 12, issue 1, spring 1988, pages 29-3.