

Deyanira Miguel-Lavariega^{1a}, Jesús Elizararrás-Rivas^{2b}, Enrique Villarreal-Ríos^{3c}, Rafael Baltiérrez-Hoyos^{4d}, Ulises Velasco-Tobón^{5e}, Emma Rosa Vargas-Daza^{3f}, Liliana Galicia-Rodríguez^{3g}

Resumen

Introducción: la artritis reumatoide afecta aproximadamente entre 0.3 y 1.2% de la población mundial. En Latinoamérica diferentes estudios han estimado una prevalencia entre 0.2 y 0.5% en población mayor de 16 años de edad.

Objetivo: identificar el perfil epidemiológico de la artritis reumatoide.

Material y métodos: diseño transversal descriptivo llevado a cabo en población urbana de una institución de seguridad social en México. Se estudió la información del expediente clínico de 373 pacientes. El perfil epidemiológico incluyó la dimensión sociodemográfica, antecedentes heredofamiliares, de salud, clínicos, terapéuticos, bioquímicos, de manifestaciones extraarticulares y de complicaciones. Se calcularon porcentajes, promedios, e intervalos de confianza para porcentajes y promedios.

Resultados: las muñecas fueron las articulaciones más afectadas con 44.6% (IC 95%: 39.5-49.6%). La manifestación extraarticular con más alta prevalencia fue la astenia con 9.9% (IC 95%: 6.9-12.9%); el diagnóstico predominante de acuerdo con el CIE-10 fue la artritis reumatoide seropositiva con 59.8% (IC 95%: 54.8-64.8%) y se encontró el factor reumatoide positivo alto en un 78.3% (IC 95%: 74.1-82.5%); el tratamiento predominante fue con terapia combinada al diagnóstico en un 97.6%, (IC 95%: 96.0-99.1%). La duración del tratamiento fue > 10 años en el 34.1% (IC 95%: 29.2-38.8%).

Conclusión: este trabajo ha descrito el perfil epidemiológico del paciente con artritis reumatoide en diferentes dimensiones.

Abstract

Background: Rheumatoid arthritis affects approximately between 0.3 and 1.2% of the world population. In Latin America, different studies have estimated a prevalence between 0.2 and 0.5% in the population over 16 years of age.

Objective: To identify the epidemiological profile of rheumatoid arthritis.

Material and methods: Descriptive cross-sectional design carried out in an urban population of a social security institution in Mexico. The information of the clinical file of 373 patients was studied. The epidemiological profile included the sociodemographic dimension, family history, health, clinical, therapeutic, biochemical, extra-articular manifestations and complications. Statistical analysis percentages, means, confidence intervals for percentages and confidence intervals for averages were calculated.

Results: The wrists were the most affected joints with 44.6% (95% CI: 39.5-49.6%). The extra-articular manifestation with the highest prevalence was asthenia with 9.9% (95% CI: 6.9-12.9%); predominant diagnosis according to ICD-10 was seropositive rheumatoid arthritis with 59.8% (95% CI: 54.8-64.8%), and the rheumatoid factor was highly positive in 78.3% (95% CI: 74.1-82.5%); predominant treatment was with combined therapy at diagnosis in 97.6% (95% CI: 96.0-99.1%). The duration of treatment was > 10 years in 34.1% (95% CI: 29.2-38.8%).

Conclusion: This work has described the epidemiological profile of the patient with rheumatoid arthritis in different dimensions.

¹Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No. 65, Servicio de Medicina Familiar. Oaxaca, Oaxaca, México

²Instituto Mexicano del Seguro Social, Órgano de Operación Administrativa Desconcentrada Oaxaca, Coordinación Auxiliar Médica de Investigación en Salud. Oaxaca, Oaxaca, México

³Instituto Mexicano del Seguro Social, Coordinación de Investigación en Salud, Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud. Querétaro, Querétaro, México

⁴Universidad Autónoma Benito Juárez de Oaxaca, Facultad de Medicina y Cirugía, Laboratorio de Investigación: Fibrosis y Cáncer. Oaxaca, Oaxaca, México

⁵Instituto Mexicano del Seguro Social. Hospital General de Zona No. 1, Servicio de Reumatología. Oaxaca, Oaxaca, México

ORCID: [0000-0003-4006-1206^a](https://orcid.org/0000-0003-4006-1206), [0000-0003-3416-0267^b](https://orcid.org/0000-0003-3416-0267), [0000-0002-5455-2383^c](https://orcid.org/0000-0002-5455-2383), [0000-0003-3416-6917^d](https://orcid.org/0000-0003-3416-6917), [0000-0002-0923-5274^e](https://orcid.org/0000-0002-0923-5274), [0000-0002-7005-0076^f](https://orcid.org/0000-0002-7005-0076), [0000-0001-5140-8434^g](https://orcid.org/0000-0001-5140-8434)

Palabras clave
Artritis Reumatoide
Perfil de Salud
Epidemiología

Keywords
Arthritis, Rheumatoid
Health Profile
Epidemiology

Fecha de recibido: 23/11/2022

Fecha de aceptado: 13/03/2023

Comunicación con:

Enrique Villarreal Ríos

✉ enriquevillarrealrios@gmail.com

☎ 442 211 2300, extensión 511150

Cómo citar este artículo: Miguel-Lavariega D, Elizararrás-Rivas J, Villarreal-Ríos E, *et al.* Perfil epidemiológico de la artritis reumatoide. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2023;61(5):574-82. doi: [10.5281/zenodo.8316427](https://doi.org/10.5281/zenodo.8316427)

Introducción

La artritis reumatoide (AR) es una enfermedad crónico-degenerativa, inflamatoria y sistémica que presenta una amplia gama de manifestaciones clínicas. La manifestación más evidente es la destrucción articular progresiva de la membrana sinovial de las articulaciones.¹ Es más frecuente en mujeres que en hombres en una relación 3:1; el inicio es de los 40 a los 60 años, pero puede aparecer a cualquier edad.^{2,3} La sinovitis afecta a las articulaciones durante el curso de la enfermedad y puede producir destrucción del cartílago, erosiones óseas, deformidades articulares y diversos grados de discapacidad.³

La AR afecta aproximadamente entre 0.3 y 1.2% de la población mundial,^{4,5} con variaciones de frecuencia que dependen de los países y las etnias.² En Latinoamérica, la prevalencia se ha estimado entre 0.2 y 0.5% en población mayor de 16 años de edad.^{6,7} La etiología es diversa e incluye factores genéticos, agentes infecciosos, nutricionales y el tabaquismo.^{8,9}

La evolución de la AR es insidiosa. Inicialmente se manifiesta con síntomas generales que posteriormente se acompañan de síntomas característicos, entre ellos afectación poliarticular con distribución simétrica, manifestaciones extraarticulares, sistémicas y bioquímicas.⁹

La AR tiene un impacto negativo en la calidad de vida del paciente por el grado de discapacidad y por la mayor susceptibilidad que tiene de padecer otras enfermedades.^{10,11,12}

En México hay estudios que identifican las características específicas de la AR.^{13,14,15,16} Todos ellos se constituyen como el acervo de conocimiento en torno al tema, pero las investigaciones que evalúen el perfil epidemiológico de la AR de una población específica son escasas.^{17,18} En ese sentido se entiende como *perfil epidemiológico* la "caracterización del estado de salud de una población específica, teniendo en cuenta los factores que directa e indirectamente se relacionan con ella".¹⁹ Esta definición incita al investigador a elaborar una propuesta propia extensa o reducida del término perfil epidemiológico.

En este contexto el objetivo del artículo es identificar el perfil epidemiológico de la AR en una población específica.

Material y métodos

Se realizó un estudio transversal, descriptivo, con expedientes de pacientes con diagnóstico de AR, atendidos en una institución de seguridad social en Oaxaca, México, de enero de 2015 a diciembre de 2019. En todos los casos los

pacientes se encontraban en control por el médico familiar en el primer nivel de atención y contaron con evaluación del Servicio de Reumatología en el segundo nivel de atención.

El diagnóstico de AR se estableció de acuerdo con la nota médica con base en los criterios de la Liga Europea contra el Reumatismo y el Colegio Americano de Reumatología, EULAR/ACR 2010, y se clasificó según la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas relacionados con la salud en su décima edición (CIE-10)²⁰ (M053-Artritis reumatoide con compromiso de otros órganos, M058-Otras artritis reumatoides seropositivas, M059-Artritis reumatoide seropositiva, M060-Artritis reumatoide seronegativa, M068-Otras artritis reumatoides especificadas, M069-Artritis reumatoide no especificada, M071-Artritis reumatoide mutilante).

Se excluyeron expedientes de pacientes con diagnóstico de lupus eritematoso sistémico, RHUPUS, artritis idiopática juvenil o reclasificados con otra enfermedad y expedientes de pacientes embarazadas.

El tamaño de la muestra se calculó con la fórmula de porcentajes para población finita con nivel de confianza de 95% ($Z\alpha = 1.96$) y se asumió que la prevalencia de inflamación en articulaciones de las extremidades superiores era del 30% ($p = 0.30$), con margen de error de 5% ($d = 0.05$), y un total de expedientes de pacientes con artritis reumatoide de 1050 ($N = 1050$). El tamaño calculado fue de 247, pero se trabajó con 373 expedientes.

La técnica muestral fue no aleatoria por casos consecutivos y se empleó como marco muestral el listado de pacientes registrados en las hojas diarias del expediente clínico electrónico.

El perfil epidemiológico incluyó 8 dimensiones: a) perfil sociodemográfico (sexo, edad, escolaridad, ocupación, región y etnia), b) perfil de antecedentes heredofamiliares (grado de parentesco, tipo de parentesco, tipo de enfermedad), c) perfil de salud (antecedente de tabaquismo, estado nutricional, infección, comorbilidades, diagnóstico, año de diagnóstico), d) perfil terapéutico (terapia combinada al diagnóstico, terapia combinada al año, terapia combinada a los 2 años, terapia combinada a los 3 años, terapia combinada actual), e) perfil clínico articular (número de articulaciones afectadas, tipo de articulaciones inflamadas, número de articulaciones dolorosas, tipo de articulaciones dolorosas, rigidez articular matutina, duración de las manifestaciones al diagnóstico), f) perfil de manifestaciones extraarticulares, g) perfil de complicaciones y h) perfil bioquímico.

El protocolo se registró ante el Comité de Ética y el Comité Local de Investigación con el número R-2020-

2106-008. Para la recolección de los datos se solicitó el permiso a los responsables del resguardo de la información en el Archivo Clínico. Se codificaron los datos y se vaciaron en la base de datos para proteger la confidencialidad de los participantes.

El análisis estadístico incluyó porcentajes, promedios e intervalos de confianza.

Resultados

Perfil sociodemográfico

En la población estudiada la edad promedio al diagnóstico fue de 44.92 ± 12.72 años, predominó el género femenino con 88.4% (IC 95%: 85.2-91.7%), tenía secundaria o menos estudios el 53.6% (IC 95%: 48.5-58.7%), la ocupación principal fue de empleado con 50.1% (IC 95%: 45.1-52.2%). La mayoría de los pacientes con AR se ubicaron en la región de Valles Centrales con el 75.7% (IC 95%: 71.2-80.0%) y la etnia predominante fue la mestiza con 78.8% (IC 95%: 74.7-83.0%) (cuadro I).

Cuadro I Perfil sociodemográfico del paciente con artritis reumatoide

Característica	%	IC 95%	
		Inferior	Superior
Ocupación			
Empleado	50.1	45.1	55.2
Hogar	35.7	30.8	40.5
Trabajador independiente	8.0	5.3	10.8
Jubilado	3.7	1.8	5.7
Otra	2.5	0.9	4.1
Región			
Valles Centrales	75.7	71.2	80.0
Costa	6.2	3.7	8.6
Mixteca	5.6	3.3	8.0
Papaloapan	4.3	2.2	6.3
Istmo	3.4	1.6	5.3
Otra	4.8	2.6	7.0
Etnia			
Mestizos	78.8	74.7	83
Zapotecos	9.7	6.7	12.6
Mixtecos	5.4	3.1	7.6
Otra	6.1	3.7	8.5

IC 95%: intervalo de confianza del 95%

Perfil heredofamiliar

Tuvo antecedente familiar de enfermedad del tejido conectivo el 15.3% (IC 95%: 11.6-19.0%), en familiares de primer grado 7.0% (IC 95%: 4.4-9.6%), el tipo de parentesco fue la madre con 5.9% (IC 95%: 3.5-8.3%) y el tipo de enfermedad más frecuente fue la AR con 11.3% (IC 95%: 8.1-14.5%) (cuadro II).

Perfil de salud

Hubo antecedente de tabaquismo en el 11% (IC 95%: 7.8%-14.2%) de los pacientes; tuvo sobrepeso u obesidad 57% (IC 95%: 52.0-62.0%); el tipo de infección más común fue viral en 8.7% (IC 95%: 5.9-11.6%); la hipertensión arterial sistémica fue la comorbilidad más frecuente en 25.2% (IC 95%: 20.8-29.6%). El diagnóstico predominante de acuerdo con el CIE-10 fue AR seropositiva con 59.8% (IC 95%: 54.8-64.8%) y entre el año 2010 y el 2014 fue diagnosticado el 30.0% (IC 95%: 25.4-34.7%) de los casos de AR (cuadro III).

Cuadro II Perfil de antecedentes heredofamiliares del paciente con artritis reumatoide

Característica	%	IC 95%	
		Inferior	Superior
Antecedente de enfermedad de tejido conectivo en la familia			
Grado de parentesco			
Ninguno	84.7	81.1	88.4
Familiares de primer grado	7.0	4.4	9.6
Familiares de segundo grado	5.6	3.3	8.0
Familiares de tercer grado	2.4	0.9	4.0
Familiares de cuarto grado	0.3	0.0	0.8
Antecedente de enfermedad de tejido conectivo en la familia			
Tipo de parentesco			
Ninguno	84.7	81.1	88.4
Madre	5.9	3.5	8.3
Padre	0.8	0.0	1.7
Hermana	3.7	1.8	5.7
Otro	4.9	2.7	7.1
Antecedente de enfermedad de tejido conectivo en la familia			
Tipo de enfermedad			
Ninguna	84.7	81.1	88.4
Artritis reumatoide	11.3	8.1	14.5
Lupus eritematoso sistémico	0.5	0.0	1.3
Otra	3.5	1.6	5.4

IC 95%: intervalo de confianza del 95%

Cuadro III Perfil de salud del paciente con artritis reumatoide

Característica	%	IC 95%	
		Inferior	Superior
Infección			
Ninguna	87.0	83.7	90.5
Viral	8.7	5.9	11.6
Bacteriana	3.7	1.8	5.7
Otra	0.6	0.0	1.4
Comorbilidad(es)			
Ninguna	44.7	39.7	49.8
Hipertensión arterial sistémica	25.2	20.8	29.6
Obesidad	20.1	16	24.2
Diabetes mellitus tipo 2	9.9	6.9	12.9
Hipotiroidismo	6.4	3.9	8.9
Dislipidemia	5.6	3.3	8.0
Otra	20.4	16.3	24.5
Diagnóstico de la CIE-10			
Artritis reumatoide seropositiva M059	59.8	54.8	64.8
Artritis reumatoide no especificada M069	33.51	28.7	38.7
Artritis reumatoide seronegativa M060	5.09	2.9	7.3
Otras artritis reumatoides especificadas M068	1.34	0.2	2.5
Artritis reumatoide con compromiso de otros órganos M053	0.26	0.0	0.8
Año de diagnóstico			
De 2010 a 2014	30.0	25.4	34.7

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; CIE-10: Clasificación Internacional de Enfermedades, décima revisión

Perfil terapéutico

La población con antecedente de medicación previa al diagnóstico fue de 44.2% (IC 95%: 39.2-49.3%), de los cuales el 34% utilizó antiinflamatorios no esteroideos (AINE) (IC 95%: 29.2-38.8%); el tratamiento farmacológico de AR con terapia combinada al diagnóstico fue de 97.6% (IC 95%: 96.0-99.1%); la combinación de medicamentos más usada fue fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad (FARME) + corticoesteroides a dosis bajas + AINE en un 48.3% (IC 95%: 43.2%-53.3%); la terapia combinada transcurrida a un año de evolución de la enfermedad continuó siendo la misma con un 51.7% (IC 95%: 46.7-56.8%); el tratamiento farmacológico a los 2 años fueron los FARME + corticoesteroides a dosis bajas + AINE y de FARME + corticoesteroides a dosis altas + AINE en un 49.3% para ambos grupos (IC 95%: 44.2-54.4%); el tratamiento a los 3 años de evolución fueron los FARME + corticoesteroides a dosis bajas + AINE en un 44.5% (IC 95%: 39.5-49.5%) y en la población estudiada el tratamiento actual continúan siendo los FARME + corticoesteroides a dosis bajas + AINE en un 46.9% (IC 95%: 41.8-52.0%) (cuadro IV).

El 55.8% (IC 95%: 50.7-60.8%) de la población cambió su tratamiento farmacológico a lo largo de la evolución de su enfermedad; el 90.9% (IC 95%: 88.0-93.8%) no tuvo remisión de la enfermedad; la duración del tratamiento fue > 10 años en el 34% (IC 95%: 29.2-38.8%); la población que no suspendió el tratamiento farmacológico fue el 85.8% (IC 95%: 82.2-89.3%).

Perfil clínico articular

El número de articulaciones inflamadas fue de una a 3 articulaciones con 23.1% (IC 95%: 18.8-27.3%); las muñecas fueron las articulaciones más afectadas con 44.6% (IC 95%: 39.5-49.6%). El número de articulaciones dolorosas fue de 2 a 10 articulaciones pequeñas y grandes con el 48.6% (IC 95%: 43.3-53.6%); las articulaciones que dolieron más en mayor porcentaje fueron las muñecas con 58.2% (IC 95%: 53.2-63.2%). El 62.5% presentó rigidez articular matutina (IC 95%: 57.5-67.4%); la duración de las manifestaciones fue > 6 semanas al momento del diagnóstico en un 99.4% (IC 95%: 98.7-100.0%) (cuadro V).

Cuadro IV Perfil terapéutico del paciente con artritis reumatoide

Característica	%	IC 95%	
		Inferior	Superior
Terapia combinada al diagnóstico			
FARME-corticoesteroides dosis bajas-AINE	48.3	43.2	53.3
FARME-AINE	44.5	39.5	49.5
FARME-corticoesteroides dosis altas-AINE	4.0	2.0	6.0
Terapia combinada al año			
FARME-corticoesteroides dosis bajas-AINE	51.7	46.7	56.8
FARME-AINE	37.8	32.9	42.7
FARME-corticoesteroides dosis altas-AINE	7.0	4.4	9.6
Terapia biológica-FARME-corticoesteroides dosis bajas-AINE	1.3	0.2	2.4
Terapia biológica-FARME-AINE	0.3	0	0.8
Terapia combinada a los 2 años			
FARME-corticoesteroides dosis bajas-AINE	49.32	44.2	54.4
FARME-corticoesteroides dosis altas-AINE	49.32	44.2	54.4
FARME-AINE	36.99	32.1	41.9
Terapia biológica-FARME-corticoesteroides dosis bajas-AINE	3.21	1.4	5
Terapia biológica-FARME-AINE	1.34	0.2	2.5
Terapia combinada a los 3 años			
FARME-corticoesteroides dosis bajas-AINE	44.5	39.5	49.5
FARME-AINE	29.5	24.9	34.1
FARME-corticoesteroides dosis altas-AINE	6.4	3.9	8.9
Terapia biológica-FARME-corticoesteroides dosis bajas-AINE	5.9	3.5	8.3
Terapia biológica-FARME-AINE	1.6	0.3	2.9
Terapia combinada actual			
FARME-corticoesteroides dosis bajas-AINE	46.9	41.8	52
FARME-AINE	28.8	24.1	33.3
Terapia biológica-FARME-corticoesteroides dosis bajas-AINE	5.9	3.5	8.3
Terapia biológica-FARME-AINE	4.3	2.2	6.3
FARME-corticoesteroides dosis altas-AINE	3.2	1.4	5
Terapia biológica-FARME-corticoesteroides dosis altas-AINE	1.3	0.2	2.5
Terapia biológica-corticoesteroides dosis bajas-AINE	0.8	0.0	1.7

IC 95%: intervalo de confianza del 95%; FARME: fármacos antirreumáticos modificadores de la enfermedad; AINE: antiinflamatorios no esteroideos

Perfil extraarticular y perfil de complicaciones

La manifestación extraarticular con más alta prevalencia fue la astenia con 9.9% (IC 95%: 6.9-12.9%); la complicación más común, la artrosis secundaria con 12.1% (IC 95%: 8.8-15.4%), y hubo secuelas en 8.6% (IC 95%: 5.7-11.4%) (cuadro VI).

Perfil bioquímico

La anemia normocítica-normocrómica estuvo presente

en 4.3% (IC 95%: 2.2-6.3%) y el factor reumatoide positivo alto al momento del diagnóstico fue de 78.28% (IC 95%: 74.1-82.5%). La prevalencia de velocidad de sedimentación globular (VSG) y PCR elevadas al diagnóstico fue de 90.1% (IC 95%: 87.0-93.1%) (cuadro VI).

Discusión

En este estudio, realizado en una población urbana de México, específicamente del estado de Oaxaca, se describe el perfil epidemiológico de la AR, y al interior del perfil se construyen perfiles concretos que agrupan características

Cuadro V Perfil clínico articular del paciente con artritis reumatoide

Característica	%	IC 95%	
		Inferior	Superior
Número de articulaciones inflamadas			
Ninguna	20.9	16.8	25
Una articulación grande	0.8	0.0	1.7
2-10 articulaciones grandes	15.0	11.4	18.6
1-3 articulaciones pequeñas	23.1	18.8	27.3
4-10 articulaciones pequeñas	18.2	14.3	22.1
2-10 articulaciones pequeñas y grandes	19.8	15.8	23.9
Más de 10 articulaciones grandes y pequeñas	2.2	0.7	3.6
Tipo de articulaciones inflamadas			
Ninguna	21.2	17	25.3
Muñecas	44.6	39.5	49.6
Metacarpofalángicas	38.9	33.9	43.8
Interfalángicas proximales	3.8	1.8	5.7
Rodillas	15.8	12.1	19.5
Tobillos	12.1	8.8	15.4
Hombros	3.5	1.6	5.3
Codos	7.8	5.1	10.5
Metatarsofalángicas	3.8	1.8	5.7
Otras articulaciones	1.3	0.2	2.5
Número de articulaciones dolorosas			
Ninguna	0.5	0.0	1.3
Una articulación grande	0.3	0.0	0.8
2-10 articulaciones grandes	19.1	15.0	23.0
1-3 articulaciones pequeñas	16.1	12.4	19.8
4-10 articulaciones pequeñas	12.1	8.8	15.4
2-10 articulaciones pequeñas y grandes	48.6	43.4	53.6
Más de 10 articulaciones grandes y pequeñas	3.3	1.4	5.0
Tipo de articulación dolorosa			
Ninguna	0.5	0.0	1.3
Muñecas	58.2	53.2	63.2
Metacarpofalángicas	47.7	42.7	52.8
Interfalángicas proximales	42.1	37.1	47.1
Rodillas	34.6	29.8	39.4
Tobillos	22.5	18.3	26.8
Codos	16.9	13.1	20.7
Hombros	12.9	9.5	16.3
Metatarsofalángicas	12.6	9.2	16.0
Otras articulaciones	8.9	6.0	11.7
Rigidez articular matutina			
Sí	62.5	57.5	67.4
Duración de las manifestaciones al diagnóstico			
> 6 semanas	99.4	98.7	100.0

IC 95%: intervalo de confianza del 95%

Cuadro VI Perfil extraarticular, de complicaciones y bioquímico del paciente con artritis reumatoide

Característica	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Perfil de manifestaciones extraarticulares			
Ninguna	76.2	71.8	80.5
Astenia	9.9	6.9	12.9
Anemia normocítica-normocrómica	5.9	3.5	8.3
Quistes sinoviales	3.8	1.8	5.7
Otra	6.1	3.7	8.5
Perfil de complicaciones			
Ninguna	76.1	68.6	77.6
Artrosis secundaria	12.1	8.8	15.4
Osteoporosis	13.1	9.7	16.5
Osteopenia	4.8	2.6	7.0
Sjögren secundario	7.2	4.6	9.9
Queratoconjuntivitis sicca	3.2	1.4	5.0
Enfermedad pulmonar intersticial no especificada	2.7	1.1	4.3
Maculopatía por cloroquina	2.9	1.2	4.6
Trastorno de ansiedad y depresión	1.3	0.2	2.5
Linfoma	0.5	0.0	1.3
Otras	5.9	3.5	8.3
Secuelas	8.6	5.7	11.4
Perfil bioquímico			
Anemia normocítica-normocrómica	4.3	2.2	6.3
Factor reumatoide positivo alto al diagnóstico	78.3	74.1	82.5
VSG elevada al diagnóstico	90.1	87.0	93.1
PCR elevada al diagnóstico	90.1	87.0	93.1
Anemia normocítica-normocrómica al diagnóstico	6.4	3.9	8.9
Trombocitosis al diagnóstico	7.5	4.8	10.2

VSG: velocidad de sedimentación globular

comunes, lo cual por sí mismo es una propuesta conceptual. Hay trabajos similares en los que se estudian poblaciones concretas con características particulares.^{17,18} Todos en conjunto, incluido el documento que aquí se presenta, contribuyen al conocimiento de la artritis reumatoide. En ello reside la importancia de este trabajo.

Se podría señalar como debilidad metodológica la técnica muestral, pues lo ideal hubiera sido aleatorizar y no emplear el muestreo por cuota. Al respecto se sabe que la aleatorización tiene menor probabilidad de sesgos, pero se tendrá que reconocer que el tamaño de muestra es lo suficientemente grande para ser considerado como fortaleza.

El perfil sociodemográfico no difiere de lo publicado. Así lo revela la edad de diagnóstico de la artritis reumatoide. Al respecto no existe una explicación fisiopatológica contundente; sin embargo, se podría asumir que influye la exposición

a agentes infecciosos, el tabaquismo y la alimentación,³ pero una explicación lógica conceptual sigue ausente.

Cuando se identifica el predominio del sexo femenino, los argumentos fisiopatológicos son más claros. Al respecto el factor hormonal es importante, específicamente el efecto de los estrógenos que intervienen al inhibir las vías de protección inmunitaria y en la generación de inflamación. Aunado a ello, la susceptibilidad genética de la mujer (como la metilación del cromosoma X) para padecer enfermedades autoinmunes.²¹ Una posible explicación alterna se relaciona con el uso de los servicios de salud. Es sabido que la mujer tiene mayor uso de ellos que el hombre, y se deberá recordar que la información se obtuvo del expediente clínico; es decir, población que acudió a los servicios de salud.

El antecedente heredofamiliar de enfermedad del tejido conectivo está documentado. Al respecto no se puede negar

el peso de la carga genética. La explicación se encuentra en la asociación con antígenos de histocompatibilidad y lo que varía en las poblaciones es la prevalencia. En el grupo estudiado la prevalencia es superior a lo reportado; de igual forma, el tipo de parentesco, específicamente el antecedente en la madre, está presente y se ha documentado para otras patologías, entre ellas la hipertensión arterial y la diabetes mellitus.^{21,22,23}

El nivel de escolaridad bajo se ha identificado como un factor de mal pronóstico en la AR,^{16,24} no porque la educación incida directamente en la enfermedad; la explicación se ofrece en torno a la falta de apego al tratamiento. De igual forma, el ingreso económico también se ha relacionado con el pronóstico, en este caso por considerarse como una barrera para el acceso a los servicios de salud. Por ello, debe considerarse como un posible factor de riesgo e incluirse en los estudios posteriores.²⁴

La edad de presentación de la AR corresponde a población económicamente activa y en la mayoría de los casos representan el sostén económico de la familia. Este es un problema en el mediano plazo si el grado de invalidez los obliga a abandonar el trabajo. El escenario se presenta como un problema de salud pública y un problema económico que deberá atender el sistema de salud.¹¹

La manifestación articular más frecuente de la AR se localiza en las muñecas, condición que no difiere de otras poblaciones. Al respecto la explicación clínica sostiene que son las articulaciones con mayor movilidad, con el rango de movilidad más amplio, además de la hiperlaxitud ligamentaria secundaria a la propia enfermedad.²⁵

El perfil extraarticular identifica a la astenia como el principal síntoma y la explicación incluye el papel de las citoquinas proinflamatorias liberadas al torrente sanguíneo, que también interviene en el estado anímico del paciente.^{19,26}

De igual forma, el riesgo cardiovascular es latente al identificar las comorbilidades asociadas, todas ellas consideradas como factor de riesgo cardiovascular que se añaden al proceso inflamatorio propio de la AR y al riesgo aterogénico.²⁷

En la población estudiada el perfil terapéutico se apega a lo recomendado por las instituciones internacionales de salud;²⁸ sin embargo, el uso de corticoesteroides por tiempo prolongado puede aumentar la resistencia periférica a la insulina y el riesgo cardiovascular.²⁹ Aunado a ello, el efecto de los corticoides en la densidad ósea y en la génesis de la osteoporosis, complicación frecuente en esta población. Ante este panorama, la vigilancia del tratamiento instaurado es una obligación.³⁰

El perfil bioquímico de la población identifica la presencia de trombocitosis al diagnóstico de la enfermedad y este evento se ha descrito también durante la exacerbación de los síntomas. Al respecto, se sabe que las plaquetas intervienen en el proceso inflamatorio y son marcadores de inflamación y podría evaluarse a futuro el uso de la relación plaquetas/linfocitos como marcador de la actividad de la enfermedad en la población estudiada.³¹

Conclusiones

En este trabajo se identifica el perfil epidemiológico de la artritis reumatoide, información que contribuye al conocimiento de la enfermedad y que es una recapitulación clínica que puede ser útil en el control del paciente y en la planeación de políticas públicas.

Declaración de conflicto de interés: los autores han completado y enviado la forma traducida al español de la declaración de conflictos potenciales de interés del Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas, y no fue reportado alguno relacionado con este artículo.

Referencias

1. Firestein GS. Evolving concepts of rheumatoid arthritis. *Nature*, 2003;423(6937):356-61. doi:10.1038/nature01661
2. Scott DL, Wolfe F, Huizinga TW. Rheumatoid arthritis. *Lancet*. 2010; 376(9746):1094-108. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60826-4
3. Combe B, Lukas C, Morel J. Artritis reumatoide del adulto: epidemiología, clínica y diagnóstico. *EM Consulte*. 2015;48(4):1-17. doi: 10.1016/S1286-935X(15)74992-0
4. Carmona L. Epidemiología de la artritis reumatoide. *Revista Española de Reumatología*. 2002;29(3):86-9. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-pdf-13029550>
5. Kalla AA, Tikly M. Rheumatoid arthritis in the developing world. *Best Practice & Research Clinical Rheumatology*. 2003;17(5):863-75. doi: 10.1016/S1521-6942(03)00047-0
6. Da Mota LMH, Brenol CV, Palominos P, et al. Rheumatoid arthritis in Latin America: the importance of an early diagnosis. *Clin Rheumatol*. 2015;34(S1):29-44. doi: 10.1007/s10067-015-3015-x
7. Massardo L, Suárez-Almazor ME, Cardiel MH, 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. *Journal of Clinical Rheumatology*. 2009;15(4):203-10. doi: 10.1097/RHU.0b013e3181a90cd8
8. McInnes IB. The Pathogenesis of Rheumatoid Arthritis. *N Engl J Med*. 2011;15. doi: 10.1056/NEJMra1004965
9. Turrión Nieves A, Martín Holguera R, Pérez Gómez A, et

- al. Artritis reumatoide. *Medicine*. 2017;12(28):1615-25. doi: 10.1016/j.med.2017.02.010
10. Morgan C, McBeth J, Cordingley L, et al. The influence of behavioural and psychological factors on medication adherence over time in rheumatoid arthritis patients: a study in the biologics era. *Rheumatology*. 2015;54(10):1780-91. doi: 10.1093/rheumatology/kev105
 11. García de Yébenes MJ, Loza E. Artritis reumatoide: epidemiología e impacto socio-sanitario. *Reumatol Clin*. 2018;14(s2):3-6. Disponible en: <https://www.reumatologiaclinica.org/es-artritis-reumatoide-epidemiologia-e-impacto-articulo-X1699258X18628548>
 12. Balsa A, Lojo Oliveira L, Alperi López M, et al. Prevalence of comorbidities in rheumatoid arthritis and evaluation of their monitoring in clinical practice: the spanish cohort of the COMORA study. *Reumatología Clínica*. 2019;15(2):102-8. doi: 10.1016/j.reuma.2017.06.002
 13. Morales J, Cázares JM, Gámez Nava JI, et al. La atención médica en reumatología en un hospital de segundo nivel de atención. *Reumatol Clin*. 2005;1:87-94. doi: 10.1016/S1699-258X(05)72721-2
 14. Mercado U, Barbosa B. Manifestaciones extraarticulares de artritis reumatoide. *Med Int Mex*. 2016;32(6):607-11.
 15. Mould Quevedo J, Peláez Ballestas I, Vázquez Mellado J, et al. El costo de las principales enfermedades reumáticas inflamatorias desde la perspectiva del paciente en México. *Gac Med Mex*. 2008;144(3):225-31.
 16. Espinosa Balderas D, Hernández Sosa MC, Cerdán Galán M. Calidad de vida y capacidad funcional en pacientes con artritis reumatoide. *Aten Fam*. 2017;24(2):67-71. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2017/af172e.pdf>
 17. Heimgartnerl E, Rosentha M. La artritis reumatoide en una población indígena (mazahua) del altiplano de México. *Bol Of Sanit Panam*. 1979;86(4):283-92. Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/17371/v86n4p283.pdf?sequence=1>
 18. Peláez Ballestas I, Sanin LH, Moreno Mmontoya J. et al. Epidemiology of the Rheumatic Diseases in Mexico. A Study of 5 Regions Based on the COPCORD Methodology. *The Journal of Rheumatology*. 2011;86(Supplement):3-8; doi: 10.3899/jrheum.100951
 19. Bireme. Descriptores en Ciencias de la Salud. Perfil epidemiológico. Disponible en: https://decs.bvsalud.org/es/ths/resource/?id=16859&filter=ths_termall&q=perfil%20epidemiol%C3%B3gico
 20. Brämer GR. International statistical classification of diseases and related health problems. Tenth revision. *World Health Stat Q*. 1988;41(1):32-6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3376487/>
 21. Jude AN, González AI. Inmunopatogenia de las enfermedades autoinmunes. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2012; 23(4):464-72. doi: 10.1016/S0716-8640(12)70337-1
 22. Frisell T, Saevarsdottir S, Asklung J. Family history of rheumatoid arthritis: an old concept with new developments. *Nat Rev Rheumatol*. 2016;12(6):335-43. doi: 10.1038/nrrheum.2016.52
 23. Reyes Medina EA, Nerey González W, Suárez Rodríguez BL, et al. Caracterización clínico-epidemiológica de los pacientes con artritis reumatoide. *Hospital Universitario Arnaldo Milián Castro. Rev Cuba Reumatol*. 2015;17(1):17-24. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-59962015000100004&lng=es
 24. Cardiel MH. Latin-American Rheumatology Associations of the Pan-American League of Associations for Rheumatology (Panlar), Grupo Latinoamericano de Estudio de Artritis Reumatoide (Gladar), First Latin-American position paper on the pharmacological treatment of rheumatoid arthritis. *Rheumatology (Oxford)*. 2006;45(s2). doi: 10.1093/rheumatology/kei500
 25. Montull Morer S, Salvat Salvat I, Novell I, et al. La mano reumatológica: exploración y tratamiento. *Revisión. Fisioterapia*. 2004;26(2):55-77. doi: 10.1016/S0211-5638(04)73086-2
 26. Mella LF, Bértolo MB, Dalgalarondo P. Síntomas depresivos em pacientes com artrite reumatoide. *Brazilian Journal of Psychiatry*. 2010;32(3):257-63. doi: 10.1590/S1516-44462010005000021
 27. Acosta MF, López N, Burbano JA, et al. Riesgo cardiovascular en artritis reumatoidea: revisión narrativa. *Revista Facultad Ciencias de la Salud*. 2017;19(1):27-33. Disponible en: <https://revistas.unicauca.edu.co/index.php/rfcs/article/view/166/138>
 28. Cardiel MH, Carrillo S, Pérez M, et al. Actualización de las guías del tratamiento farmacológico de la artritis reumatoide del Colegio Mexicano de Reumatología 2018. *Reumatología Clínica*. 2019;S1699258X19300798. doi: 10.1016/j.reuma.2019.04.002
 29. Urquiza Ayala G, Arteaga Coariti R. Diabetes e hiperglicemia inducida por corticoides. *Rev Méd La Paz*. 2017;23(1):60-8. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582017000100011&lng=es
 30. Maldonado G, Messina O, Moreno M, et al. Osteoporosis en enfermedades reumáticas e inducidas por glucocorticoides. *Revista de Osteoporosis y Metabolismo Mineral*. 2017;9(1): 38-49. doi: 10.4321/s1889-836x2017000100007
 31. Zengin O, Onder ME, Kalem A. et al. New inflammatory markers in early rheumatoid arthritis. *Z Rheumatol*. 2018;77:144-150. doi: 10.1007/s00393-016-0187-y