



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS

CARRERA DE MEDICINA

TEMA:

Prevalencia de Espondiloartritis y uso de tratamientos biológicos
y no biológicos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el
año 2016

AUTORES

Álvarez Domínguez, Ana Pamela

Suárez Bastidas, Jamel Sayonara

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de

MÉDICO

TUTOR:

Zúñiga Vera, Andrés Eduardo

Guayaquil, Ecuador

4 de septiembre de 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **ÁLVAREZ DOMÍNGUEZ, ANA PAMELA**, como requerimiento para la obtención del título de MÉDICO.

TUTOR

f. _____

Zúñiga Vera, Andrés Eduardo

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, al 4 de septiembre de 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

CERTIFICACIÓN

Certificamos que el presente trabajo de titulación, fue realizado en su totalidad por **SUÁREZ BASTIDAS, JAMEL SAYONARA**, como requerimiento para la obtención del título de MÉDICO.

TUTOR

f. _____

Zúñiga Vera, Andrés Eduardo

DIRECTOR DE LA CARRERA

f. _____

Aguirre Martínez, Juan Luis

Guayaquil, al 4 de septiembre de 2018



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Álvarez Domínguez, Ana Pamela**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de Espondiloartritis y uso de tratamientos biológicos y no biológicos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2016**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al 4 de septiembre de 2018

LA AUTORA

f. _____

Álvarez Domínguez, Ana Pamela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Yo, **Suárez Bastidas, Jamel Sayonara**

DECLARO QUE:

El Trabajo de Titulación, **Prevalencia de Espondiloartritis y uso de tratamientos biológicos y no biológicos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2016**, previo a la obtención del título de **Médico**, ha sido desarrollado respetando derechos intelectuales de terceros conforme las citas que constan en el documento, cuyas fuentes se incorporan en las referencias o bibliografías. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance del Trabajo de Titulación referido.

Guayaquil, al 4 de septiembre de 2018

LA AUTORA

f. _____

Suárez Bastidas, Jamel Sayonara



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Álvarez Domínguez, Ana Pamela**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de Espondiloartritis y uso de tratamientos biológicos y no biológicos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2016**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al 4 de septiembre de 2018

LA AUTORA

f. _____

Álvarez Domínguez, Ana Pamela



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

AUTORIZACIÓN

Yo, **Suárez Bastidas, Jamel Sayonara**

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **Prevalencia de Espondiloartritis y uso de tratamientos biológicos y no biológicos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2016**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, al 4 de septiembre de 2018

LA AUTORA

f. _____

Suárez Bastidas, Jamel Sayonara

REPORTE URKUND

ALVAREZ DOMÍNGUEZ ANA PAMELA – SUAREZ BASTIDAS JAMEL SAYONARA



Urkund Analysis Result

Analysed Document: ALVAREZ-SUAREZ.docx (D41139430)
Submitted: 9/4/2018 7:39:00 PM
Submitted By: alvarez.pamela31@gmail.com
Significance: 0 %

Sources included in the report:

Instances where selected sources appear:

0

AGRADECIMIENTO

A Dios por haber estado siempre guiando nuestro camino

A nuestros padres y hermanas por el apoyo incondicional

A nuestros amigos que hicieron el camino más fácil y placentero

A nuestro tutor por la paciencia y dedicación

DEDICATORIA

A nuestros padres Rosa y Celso, Ana y Franklin por apoyarnos incondicionalmente, por la paciencia durante todos estos años de carrera universitaria, por confiar en nuestras decisiones y por el amor que nos brindan siempre.

A mi hermana Dayanna por ser mi mejor consejera y la que me inspira a ser mejor persona.

A mis hermanas Luisana y Fabiola por cuidarme, apoyarme y darme ánimos en todo momento.

Sin su ayuda y apoyo nada de esto hubiera sido posible.

Suárez Bastidas, Jamel Sayonara

Álvarez Domínguez, Ana Pamela



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
CARRERA DE MEDICINA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

f. _____

Zúñiga Vera, Andrés Eduardo

TUTOR

f. _____

Aguirre Martínez, Juan Luis

DIRECTOR DE CARRERA

f. _____

Vásquez Cedeño, Diego Antonio

COORDINADOR DEL ÁREA

ÍNDICE

RESUMEN.....	XII
ABSTRACT	XIII
INTRODUCCIÓN	2
MARCO TEÓRICO	3
CAPÍTULO UNO: GENERALIDADES DE ESPONDILOARTRITIS	3
1.1 Clasificación de las Espondiloartritis.....	3
1.2 Manifestaciones clínicas	3
1.3 Diagnóstico	6
CAPÍTULO II: EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ESPONDILOARTRITIS.....	7
2.1 Argentina	7
2.2 Brasil.....	7
2.3 Chile	7
2.4 Costa Rica	8
2.5 México	8
2.6 Perú.....	8
2.7 Uruguay.....	9
2.8 Venezuela	9
2.9 España.....	9
CAPÍTULO III: TRATAMIENTO DE ESPONDILOARTRITIS.....	10
3.1 Tratamiento farmacológico.....	10
3.2 Tratamiento no farmacológico.....	11
OBJETIVOS	12
OBJETIVO GENERAL.....	12
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
METODOLOGÍA.....	13
TIPO DE ESTUDIO.....	13
DISEÑO	13
LOCALIZACIÓN	13
POBLACIÓN DE ESTUDIO.....	13
Pacientes con diagnóstico de Espondiloartritis vistos en consulta externa de Reumatología del HTMC durante el 2016.....	13

OBTENCIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS	13
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	13
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	14
• Historias clínicas incompletas.	14
• Cambio de codificación en visitas posterior.	14
VARIABLES DEL ESTUDIO.....	14
ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS	16
RESULTADOS	16
DISCUSIÓN	34
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	37

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. VARIABLES DE ESTUDIO.....	14
TABLA 2. GÉNERO.....	17
TABLA 3. EDADES.....	19
TABLA 4. PROCEDENCIA.....	19
TABLA 5. TIPOS DE ESPONDILOARTRITIS.....	21
TABLA 6. FORMAS CLÍNICAS DE ESPONDILOARTRITIS.....	23
TABLA 7. SÍNTOMAS EXTRAARTICULARES.....	24
TABLA 8. HLA B27.....	25
TABLA 9. RESONANCIA MAGNÉTICA.....	25
TABLA 10. PCR.....	26
TABLA 11. SACROILITIS.....	27
TABLA 12. HALLAZGOS EN RX.....	28
TABLA 13. COMPLICACIONES.....	29
TABLA 14. TRATAMIENTO.....	30

RESUMEN

Introducción: Espondiloartritis es el término que se le da a un grupo de patologías reumáticas que comprende 5 subtipos: espondilitis anquilosante, artritis reactiva, artritis psoriásica, artritis asociada a la enfermedad inflamatoria intestinal y las espondiloartritis indiferenciadas. Se caracterizan por provocar inflamación crónica de las entesis y otras estructuras, y por su tendencia a causar anquilosis ósea. En varios países iberoamericanos se conoce la prevalencia de cada una de estas enfermedades, en el nuestro no, por lo que nosotros buscamos aportar con un aproximado de ello. **Objetivo:** Conocer la prevalencia de pacientes con Espondiloartritis en la consulta externa de reumatología del HTMC en el año 2016 y el tratamiento empleado. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio no experimental, observacional, descriptivo y transversal, en el que se analizaron a 181 pacientes atendidos en la consulta externa del servicio de reumatología del HTMC en el 2016, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión en dicho estudio. **Resultados:** Se incluyeron 181 pacientes, 115 del género masculino (63,54%) y 66 del género femenino (36,46%), entre las edades de 14 a 88 años, siendo las más frecuente entre 30 a 50 años (42,55%) con una media de 49,2. Los diagnósticos que encontramos en esta población fueron espondilitis anquilosante (65,75%), artritis psoriásica (33, 15%), enfermedad de Reiter (0,55%) y artritis reactiva (0,55%). La presentación clínica más frecuente fue la mixta (49,72%), seguida de la axial (36,46%) y la periférica (13,81%); y el síntoma extraarticular más frecuente fue la dactilitis (16,57%). El 28,73% de pacientes tuvo HLA B27 positivo, y el 40,33% presentaron sacroilítis. Con respecto al tratamiento, el más usado son los biológicos con un 53,59% de casos, seguido del metotrexate con 39,23%, otros fármacos 37,57%, AINES 35,36% y finalmente otros FAMES no biológicos 11,05%. **Conclusiones:** La espondilitis anquilosante es el tipo más frecuente de Espondiloartropatías seguido de la artritis psoriásica en la población ecuatoriana. El tratamiento biológico es el más usado para estas patologías.

Palabras claves: Espondiloartritis, Espondilitis anquilosante, Espondiloartropatías, Artropatía psoriásica, Artritis reactiva, Enfermedad de Reiter.

ABSTRACT

Introduction: Spondyloarthritis is the term used to describe a group of rheumatic pathologies. It includes 5 subtypes: Ankylosing spondylitis, reactive arthritis, psoriatic arthritis, arthritis associated with inflammatory bowel disease and undifferentiated spondyloarthritis. All of these types can produce chronic inflammation of the enthesis and can also affect other structures, moreover, they can cause bone ankylosis. The frequency of this pathology has been determined in many Ibero-American countries, nevertheless Ecuador is not included in this list, so in our study, we are looking to determine an approximate number of cases in our country.

Objective: To know the prevalence of patients with spondyloarthritis treated in the external consultation of rheumatology in HTMC during 2016 and the treatment used. **Material and methods:** We did a non-experimental, observational, descriptive and cross-sectional study, which included 181 patients treated in the external consult of rheumatology in HTMC during 2016, and that met with the inclusion and exclusion criteria.

Results: 181 patients were included, 115 of them are male (63,54%) and 66 are female (36,46%), the age varied since 14 to 88 years old, but the majority were between 30 to 50 years (42,55%) and the mean of the group was 49,2%. The most common diagnostics in this population were ankylosing spondyloarthritis (65,75%), psoriatic arthritis (33,15%), Reiter's disease (0,55%) and reactive arthritis (0,55%). The clinical presentation in the majority of the cases were combined (49,72%), followed by the axial symptoms (36,46%) and the periferic ones (13,8%) and the dactylitis was the predominant extra-articular symptom(16,57%). 28,73 % of the patients had positive HLA B27. About the treatment , the biologic drugs were the most used with 53,59% of the cases, followed by methotrexate that was 39,23%.

Conclusions: The ankylosing spondyloarthritis is the most common type of spondiloarthropathies in Ecuador, followed by the psoriatic arthritis. And the therapy used in the majority of the cases is the biologic treatment.

Key words: Spondyloarthritis, Ankylosing spondylitis, Spondyloarthropathies, Psoriatic arthropathy, Reactive arthritis, Reiter's disease.

INTRODUCCIÓN

Espondiloartritis es el término que se le da a un grupo de patologías reumáticas que se caracterizan por la inflamación de las articulaciones raquídeas y de las extremidades. Comprende 5 subtipos que son: espondilitis anquilosante, artritis reactiva, artritis psoriásica, artritis asociada a la enfermedad inflamatoria intestinal y las espondiloartritis indiferenciadas (1,3). Aunque cada una de las espondiloartritis tiene sus peculiaridades, comparten la característica de provocar inflamación crónica de las entesis y otras estructuras, y por su tendencia a causar anquilosis ósea (5).

Su prevalencia es desconocida en nuestro medio, pero ha sido estimada en otros países como Venezuela, en el cual oscila entre 0,2 a 1,8% de la población (21), y España en la que se encuentra afectada un 1,9% de la población general, y constituye el 13% de los pacientes de los servicios de reumatología españoles, según el Estudio Nacional de Validación de Espondiloartropatías (13). Estudios por los cuales se conoce que pueden causar un impacto sociosanitario importante debido a las complicaciones que pueden presentar los distintos subtipos, como la espondilitis anquilosante, que representa aproximadamente el 61% de los casos (1,7), y puede llegar a provocar anquilosis hasta en el 30% de los pacientes, la cual limita la capacidad funcional de los mismos.(21).

Estas patologías suelen ser poco conocidas por el médico general, ya sea por desinterés durante su formación académica o por no contar con consultores en reumatología que ante la sospecha de algún caso le proporcionen de la información necesaria para un correcto screening de estos cuadros dentro de la consulta general (13). En este estudio buscamos determinar la prevalencia de las SpA en nuestro País con el afán de crear conciencia en los médicos generales para que presten mayor importancia a su estudio, y de igual manera incentivar a la creación de protocolos y guías que faciliten el correcto diagnóstico de cada una de estas enfermedades para su pronto tratamiento.

MARCO TEÓRICO

CAPÍTULO UNO: GENERALIDADES DE ESPONDILOARTRITIS

Las Espondiloartropatías seronegativas, o actualmente conocidas como espondiloartritis, son un conjunto de enfermedades inflamatorias en las que se compromete la integridad de la columna vertebral y articulaciones axiales, en menor medida también se pueden afectar las articulaciones periféricas, sobre todo las inferiores en forma de oligoartritis asimétrica (1,2).

Aunque es un grupo heterogéneo de patologías, comparten ciertas características como la agregación familiar, asociación con el HLA B27, los mecanismos patogénicos, la afectación de las entesis, signos y síntomas articulares como extra-articulares, y la tendencia a producir anquilosis ósea como características principales (3, 4).

1.1 Clasificación de las Espondiloartritis

Según sus diferentes formas de presentación y el predominio de sus síntomas las Espondiloartropatías se clasifican en: (3)

1. Espondiloartritis axial
 - a. Espondiloartritis anquilosante (28)
 - b. Espondiloartritis axial pre radiográfica
2. Espondiloartritis periféricas
 - a. Artritis reactiva
 - b. Artritis psoriásica
 - c. Artritis enteropática (Se asocia a enfermedad inflamatoria intestinal como Enfermedad de Crohn o Colitis ulcerosa)
 - d. Espondiloartropatía indiferenciada
 - e. Espondilitis juvenil

1.2 Manifestaciones clínicas

Manifestaciones articulares.

Síntomas Axiales

- **Dolor lumbar inflamatorio:** Es la principal y primera manifestación clínica de la Espondiloartritis en un 75% de los casos. Por lo general se presenta como un dolor de inicio insidioso que mejora con los

AINES y el ejercicio físico, pero empeora con el reposo e interfiere con el sueño. Debe tener una duración mínima de 3 meses y asociarse a rigidez matutina. A medida que progresa se puede sumar el dolor cervical y dorsal que limita el movimiento (4).

- **Síndrome sacroiliaco:** Es la inflamación de la articulación sacroilíaca que puede presentarse como un dolor en el cuadrante anterosuperior del glúteo y suele irradiarse a la cara posterior del muslo. Inicialmente, puede referirse como un dolor unilateral y alternante, pero progresa hasta ser bilateral y persistente (1, 5).
- **Dolor torácico:** Se presenta cuando se encuentran afectadas las articulaciones condroesternales y esternonclaviculares; por lo general es de forma unilateral y suele acompañarse de dolor, crepitación y en algunos casos de tumefacción (1).

Síntomas periféricos

- **Artritis periférica:** cuando existe compromiso de las articulaciones periféricas por lo general se manifiesta de manera oligoarticular y asimétrica. Existe un predominio en los miembros inferiores (especialmente en rodillas, tobillos y pie), hombros y, de forma excepcional, afecta articulaciones de las manos sin producir deformidad (2).
- **Entesitis:** Es la inflamación de la zona de inserción de los ligamentos, tendones, cápsula articular o fascia en el hueso, lo cual lleva a destrucción ósea, formación de nuevo hueso, erosiones, y por último anquilosis (5).

Manifestaciones extra-articulares

Síntomas asociados al término: Son manifestaciones que aparecen en el curso de la enfermedad, reflejan la actividad de la misma y respuesta al tratamiento (1).

- **Oculares:** La más frecuente es la uveítis, si esta es anterior o también denominada Iritis, suele ser característica de la

espondiloartritis axial. Por lo general es aguda, unilateral y recidivante y se presenta como visión borrosa, fotofobia y dolor ocular, (6).

- **Cutáneas:**
 - Psoriasis
 - Eritema nodoso
 - Pioderma gangrenoso
 - Queratodermia blenorrágica

De todas estas manifestaciones, las más comunes son las lesiones psoriásicas cuyas lesiones características son placas eritematoescamosas cubierta por escamas blanquecinas cuyo tamaño y morfología varía en cada paciente. En estos casos suele ser frecuente el fenómeno de Koebner que consiste en la aparición de las lesiones en áreas de traumatismos (1, 3).

- **Intestinales:** por lo general tenemos dos tipos de afectación intestinal; una aguda, con lesiones que similares a una enterocolitis infecciosa, y otra crónica, con distorsión de las criptas o agregados linfoides (1).
- **Urogenitales:** La más común es la balanitis circinada que consiste en úlceras de aspecto serpiginoso ubicados en el glande y alrededor del meato uretral cuyos bordes están bien definidos y son indoloros (3).

Síntomas no asociados al término: Son infrecuentes y suelen aparecer en enfermos de larga evolución ya que por lo general no están relacionadas con la enfermedad ni responden a su tratamiento (2).

- **Cardiacas:** La relación radica en que en los pacientes con Espondiloartritis suele haber mayor prevalencia de enfermedades cardiovasculares como de sus factores de riesgo(1).
- **Pulmonares:** Lo más frecuente suele ser la restricción pulmonar debido a la rigidez costovertebral y la fibrosis pulmonar relacionada a la evolución de larga data (1,4).

- **Neurológicas:** Se puede presentar como resultado de alguna complicación de la enfermedad vertebral, es decir, luxaciones, subluxaciones o fracturas, que aunque son infrecuentes pueden llegar a producir una compresión medular o de los nervios espinales (5).
- **Renales:** Se ha descrito, aunque de manera infrecuente, la nefropatía por AINES, así como la nefropatía IgA y amiloidosis secundaria (1).

1.3 Diagnóstico

Las manifestaciones clínicas son la principal sospecha diagnóstica de las Espondiloartritis, siendo el dolor lumbar inflamatorio la clave para una detección temprana del cuadro (1,3), a pesar de lo inespecífico que este pueda ser. A lo largo de los años se han ido desarrollando herramientas diagnósticas como los criterios de Roma en 1961 (6,8–10) los criterios de New York en 1966, los cuales se modificaron en 1984 (2,6,8,9) y que aún se usan para el diagnóstico de espondilitis anquilosante, los criterios de Amor et al. en 1990 (3,6,9,10), los criterios preliminares del Grupo Europeo de Estudio de las SpA (ESSG) (6,9,10), y los criterios de ASAS (The Assessment of SpondyloArthritis international Society) en el 2009 (8–10), en donde aparece por primera vez la Resonancia Magnética como una herramienta fundamental para el diagnóstico de la sacroilitis (2,8,11), además, divide los criterios en base al tipo de Espondiloartritis en axial y periférica, estos últimos son los que se están usando actualmente (3).

La mayoría de los síntomas y signos descritos para estos criterios son inespecíficos, por lo que el diagnóstico de espondiloartritis tiene un retraso promedio de 6 años en países como España, en donde cuentan con programas para la detección precoz como el Programa ESPeranza, que cuenta con Unidades específicas para diagnosticar y tratar estas enfermedades. En aquellos países que no cuentan con este tipo de herramientas, es de obvio suponer que el retraso diagnóstico es mucho mayor (9).

CAPÍTULO II: EPIDEMIOLOGÍA DE LAS ESPONDILOARTRITIS

2.1 Argentina

Según los datos obtenidos por el estudio RESPONDIA en Argentina, la artritis psoriásica es la espondiloartropatía prevalente con el 46,7%, seguida por la espondilitis anquilosante con un 30,3% y la SpA indiferenciada con 12,4%. El promedio de edad al inicio fue de $38,4 \pm 16,6$ años y el tiempo de evolución hasta el diagnóstico fue de $7,5 \pm 8,6$ años. Los síntomas más frecuentes al inicio fueron artritis periférica (66%), lumbalgia (54%) y sacroilítis (39%). El 43% presentó dactilitis y el 10%, uveítis durante la evolución de la enfermedad. Los pacientes con Espondilitis anquilosante presentaron una más dolor, edad menor, mayor afectación axial, mayor discapacidad laboral, y más daño radiológico que los pacientes con Artritis psoriásica (12).

2.2 Brasil

En este país la mayoría de los casos de Espondiloartritis lo constituye la espondilitis anquilosante con el 72,3%, luego la artritis psoriásica con 13,7%, seguidas a su vez por las espondiloartritis indiferenciadas con 6,3%, las artritis reactivas con 3,6%, espondiloartritis juveniles con 3,1% y por ultimo las artritis relacionadas con enfermedad inflamatoria intestinal con 1,0%. Se conoce que aproximadamente el 73,6% de los pacientes con Espondiloartropatías son varones. La media \pm desviación estándar de edad al inicio de los síntomas según el estudio RESPONDIA-Brasil, fue de $31 \pm 13,6$ años. Con respecto a la sintomatología, la mayoría de los pacientes (47,9%) tiene afección mixta (axial, periférica y entesopática). Las manifestaciones extraaxiales más frecuentemente encontradas son coxitis, artritis en las extremidades inferiores y superiores, entesitis periférica y dactilitis, en este orden de frecuencia y la afección extraarticular más frecuente es la uveítis anterior. La frecuencia del complejo mayor de histocompatibilidad, HLA-B27, fue del 69,5% y la historia familiar de espondiloartritis definida de un 16,2% (13).

2.3 Chile

La espondiloartritis predominante en este país, de acuerdo al estudio RESPONDIA Chile, es la espondilitis anquilosante con una frecuencia de

58,7%, seguida de la artritis psoriásica con 25,6%, espondiloartritis indiferenciada con 7,3%, artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal con 5,5%, espondiloartritis de inicio juvenil con 1,8% y por último la artritis reactiva con 0,9%. Con respecto a su presentación clínica, la afectación mixta (axial y periférica) predomina en los pacientes con 42,5%, mientras que el 36,3% presenta afectación axial exclusiva, y el 9,7%, afectación periférica exclusiva. El síntoma más frecuentemente encontrado fue el dolor lumbar inflamatorio seguido de artritis de las extremidades inferiores. Por otro lado, la manifestación extraarticular más frecuente es la uveítis presentándose en un 18,6% de los casos. Presentaron algún grado de incapacidad laboral el 40% de los pacientes (14).

2.4 Costa Rica

Según el estudio RESPONDIA Costa Rica, se encontró que en esta población las manifestaciones clínicas más frecuentes son el dolor lumbar inflamatorio, artritis de las extremidades inferiores y entesitis. Un 57,1% presentó HLA-B27 positivo. Con respecto a la frecuencia de las formas clínicas de las Espondiloartropatías, la espondilitis anquilosante y la Espondiloartropatía indiferenciada las más frecuentes (15).

2.5 México

El registro del estudio RESPONDIA México, encontró que la espondiloartropatía más frecuente en esta población es la espondilitis anquilosante; seguida por la espondiloartritis indiferenciada. La edad al inicio fue 28 ± 14 años, llama la atención que el 30% empezó antes de los 16 años. El tiempo hasta el diagnóstico fue de 5 años; y, la forma de inicio más frecuente fue la combinación de artritis periférica y síntomas axiales, mientras que en menor medida los pacientes presentan uveítis (16).

2.6 Perú

De acuerdo al estudio realizado por RESPONDIA, las enfermedades reumáticas en el Perú asignan a las Espondiloartritis el 0,4% de casos. Una muestra de 60 pacientes identificó la presencia del HLA-B27 en el 33% de ellos, de los cuales la mayoría eran de sexo masculino. Además se evidenció, que en las mujeres el cuadro clínico es más benigno y menos

invalidante, y que la afección axial y periférica tienen una alta frecuencia en esta población (17).

2.7 Uruguay

De acuerdo al estudio realizado por RESPONDIA en Uruguay, la población de este país se caracteriza por ser de predominio masculino, raza blanca, clase social media y baja, alfabetos con ejercicio de trabajo no especializado. El tipo más frecuente es la espondiloartritis anquilosante, y predomina la afectación lumbar y periférica de las extremidades inferiores. El tratamiento más utilizado son AINE independientes del tipo, con mejoría a las 48 h en más del 80% de los casos (18).

2.8 Venezuela

Las Espondiloartritis seronegativas en Venezuela oscilan entre el 0,2 y el 1,8% de prevalencia en la población, y la forma de presentación más frecuente es la espondilitis anquilosante. El estudio RESPONDIA realizado en Venezuela que incluyó a 69 pacientes, concluyó que la población masculina es la más afectada con un 62,3% de casos, que el diagnóstico más frecuentemente establecido correspondió a la Espondilitis Anquilosante con 55,1% de casos, que la forma de inicio más común fue la presentación mixta de artritis periférica y afectación del esqueleto axial, en una proporción de 55,1% de casos. Además, que las manifestaciones clínicas iniciales correspondieron a dolor lumbar inflamatorio (73,9%), seguida por dolor cervical (53,6%), artritis de las extremidades inferiores (50,7%), dolor glúteo alternante (43,5%) y entesitis (34,8%) (19).

2.9 España

El estudio RESPONDIA en este país incluyó a 31 hospitales en España, de los cuales se estudiaron 2.367 pacientes con Espondiloartritis. Se concluyó que en esta población el 68% eran de género masculino y el 32% de género femenino, con una edad media entre 47,6 -13,3 años y una duración media de la enfermedad de entre 11,5 - 9,9 años. De los cuales, el 61,5% de los pacientes padecía de espondilitis anquilosante, el 17,5% de artritis psoriásica, el 14,4% de Espondiloartritis indiferenciada, el 1,9% de artritis reactiva, el 1% de artritis asociada a enfermedad inflamatoria intestinal, el

1,5% de espondiloartropatía juvenil, y el 2,1% fueron mal clasificados. La forma clínica más común fue la axial con un 53% de los pacientes, el 17,3% tenía una forma periférica, el 28,8% tenía una forma mixta y el 0,8% de los pacientes tenía una forma entesítica. La lumbalgia con un 56,8% de pacientes fue el síntoma de inicio más frecuente; y en lo que respecta a las manifestaciones extraarticulares, las más frecuentes fueron: psoriasis (23,2%), uveítis anterior (16,2%) y la enfermedad inflamatoria intestinal (5%) (20).

CAPÍTULO III: TRATAMIENTO DE ESPONDILOARTRITIS

El tratamiento tiene como objetivo la remisión de la enfermedad o reducir al mínimo la actividad inflamatoria para mejorar las manifestaciones clínicas y evitar el deterioro de la capacidad funcional, colaborando de esta manera, en la mejoría del estilo de vida de los pacientes (8,21,22).

3.1 Tratamiento farmacológico

Una vez dado inicio al tratamiento farmacológico que mejor se adapte con el paciente, se debe realizar a los 3 o 4 meses una prueba para evaluar la respuesta de este, por medio de una valoración global del paciente (VGP), la presencia de artritis/entesitis, el dolor espinal nocturno, el DAS-28, los reactantes de fase aguda (VSG y PCR), así como el Índice de actividad axial como el BASDAI (Bath Ankilosing Spondylitis Activity Index) y otros índices combinados ASDAS, propuesto por ASAS (23). Entre la medicación usado en la terapia para esta patología tenemos los fármacos biológicos y los no biológicos (1,4,8,21–23).

- Analgésicos: Como el paracetamol y los opiáceos. Están indicados cuando no se consigue controlar el dolor con AINES o si éstos están contraindicados (23).
- AINE: Es el tratamiento de primera línea para el control de la rigidez, el dolor y mejorar la función física. Estos incluyen la indometacina, diclofenaco, ibuprofeno, naproxeno, celecoxib y etoricoxib (23).

- **Glucocorticoides:** Usados en pacientes con artritis periférica o entesitis refractarias a AINE. Los más utilizados son la prednisona, prednisolona y metilprednisolona (23).
- **Inmunomoduladores/ Inmunosupresores:** Conocidos también como FAME (Fármacos Modificadores de la Enfermedad). Se usan como tratamiento de segunda línea y comprenden a la sulfasalazina, metotrexato, leflunomida, apremilast y la ciclosporina A (23).
- **Terapia Biológica:** Son eficaces en pacientes con EA con afectación axial y/o periférica refractaria a AINE y FAME. Aquí están incluidos etanercept, infliximab, golimumab, adalimumab y secukinumab (23).

3.2 Tratamiento no farmacológico

- **Estilo de vida y Educación:** el paciente debe estar bien informado sobre su patología para que comprenda la importancia de contar con un control riguroso en la dieta, y en el abandono del tabaco en caso de que tenga alguna adicción a este, ya que se ha relacionado a un peor estado funcional además de mayor riesgo cardiovascular (3,23)
- **Ejercicio y Rehabilitación:** el objetivo principal se basa en disminuir el dolor, la rigidez, las limitaciones en las actividades cotidianas, y además nos sirve para detener el deterioro funcional. Algunos de estos ejercicios deberán realizarse junto a un fisioterapeuta especializado, pero también el paciente debe ayudar en su tratamiento realizando ejercicios en casa como un complemento del trabajo ya realizado con el profesional, en pro de mejorar su calidad de vida lo más pronto posible (3,23).

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Conocer la prevalencia de pacientes con Espondiloartritis en la consulta externa de reumatología del HTMC en el año 2016 y el tratamiento empleado.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Conocer el número de pacientes con Espondiloartritis en la consulta externa de reumatología en el periodo del estudio.
2. Determinar las características demográficas de la población de estudio.
3. Identificar el tipo de Espondiloartritis más frecuente en esta población.
4. Enumerar los tratamientos empleados en estos pacientes durante ese periodo.

METODOLOGÍA

Se solicitó los registros en el MIS/AS400 del HTMC con los códigos CIE10: M45, L405, M02, M023, M028, M029, M070, M071, M072, M073, M074, M075, K50, K51, M46, M460, M461, M468, M469.

TIPO DE ESTUDIO

No experimental

DISEÑO

Estudio de Prevalencia o de Corte Transversal (observacional, descriptivo).

LOCALIZACIÓN

El presente estudio se realizó en la consulta externa del servicio de reumatología del HTMC de la ciudad de Guayaquil – Ecuador.

POBLACIÓN DE ESTUDIO

Pacientes con diagnóstico de Espondiloartritis vistos en consulta externa de Reumatología del HTMC durante el 2016.

OBTENCIÓN Y RECOLECCIÓN DE DATOS

Se pidió al departamento de Docencia del Hospital Teodoro Maldonado Carbo, previa autorización de la Jefatura de Reumatología, las historias clínicas registradas en el sistema AS400 del HTMC con los código CIE10: M45, L405, M02, M023, M028, M029, M070, M071, M072, M073, M074, M075, K50, K51, M46, M460, M461, M468, M469 en el periodo de estudio (Enero – Diciembre 2016)

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes con Espondiloartritis diagnosticada, CIE10: M45, L405, M02, M023, M028, M029, M070, M071, M072, M073, M074, M075, K50, K51, M46, M460, M461, M468, M469.
- Revisados en Consulta Externa del Servicio de Reumatología del HTMC durante el año 2016 por lo menos una vez.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Historias clínicas incompletas.
- Cambio de codificación en visitas posterior.

VARIABLES DEL ESTUDIO

TABLA 1. VARIABLES DEL ESTUDIO

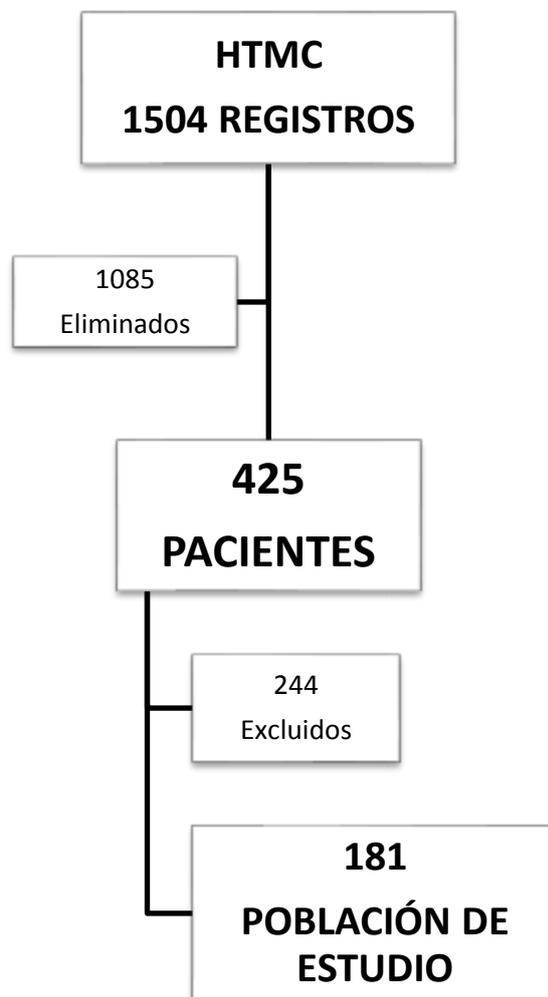
Variables	Definición de la variable	Tipo
Sexo	1: Masculino 2: Femenino	Cualitativa
Edad	1: < 30 años 2: 30 – 50 años 3: > 50 años	Cuantitativa
Procedencia	Provincias del Ecuador	Cualitativa
Tipos de Espondiloartritis	1: Espondilitis anquilosante 2: Artritis psoriásica 3: Enfermedad de Reiter 4: Artritis reactiva	Cualitativa
Sintomatología	1: Axial 2: Periférica 3: Mixta	Cualitativa
Uveítis	1: Si (Positivo) 2: No (Negativo)	Cualitativa
Dactilitis	1: Si (Positivo) 2: No (Negativo)	Cualitativa
Fascitis plantar	1: Si (Positivo) 2: No (Negativo)	Cualitativa
HLA B27	1: Si (Positivo) 2: No (Negativo) 3: No se ha realizado el examen	Cualitativa
Resonancia Magnética	1: Si (Positivo) 2: No (Negativo) 3: No se ha realizado el examen	Cualitativa

PCR >5	1: Si (Positivo) 2: No (Negativo) 3: No se ha realizado el examen	Cualitativa
Sacroilitis en Rx	1: Si (Positivo) 2: No (Negativo) 3: No se ha realizado el examen	Cualitativa
Hallazgos en Rx	1: Erosiones 2: Entesofitos 3: Calcificaciones 4: Pinzamiento articular 5: Sindesmofitos 6: Normal 7: No se ha realizado el examen	Cualitativa
Complicaciones	1: Artrosis 2: Prótesis de cadera 3: Otros 4: Sin complicaciones	Cualitativa
AINES	1: Sí 2: No	Cualitativa
FAMES No Biológicos	1: Sí 2: No	Cualitativa
Metotrexate	1: Sí 2: No	Cualitativa
Biológicos	1: Etanercept 2: Infliximab 3: Golimumab 4: Adalimumab 5: Secukinumab 6: Rituximab	Cualitativa
Corticoides	1: Sí 2: No	Cualitativa
Otros	1: Sí 2: No	Cualitativa

ANÁLISIS ESTADÍSTICO DE LOS DATOS

- La base de datos quedará registrada en el programa de computadora MICROSOFT EXCEL 2010.
- Para el análisis de los datos utilizaremos el programa IBM SPSS V24.
- Se calculó las medidas de tendencia central: media, mediana y moda.
- Se determinó la prevalencia mediante frecuencia y porcentaje.

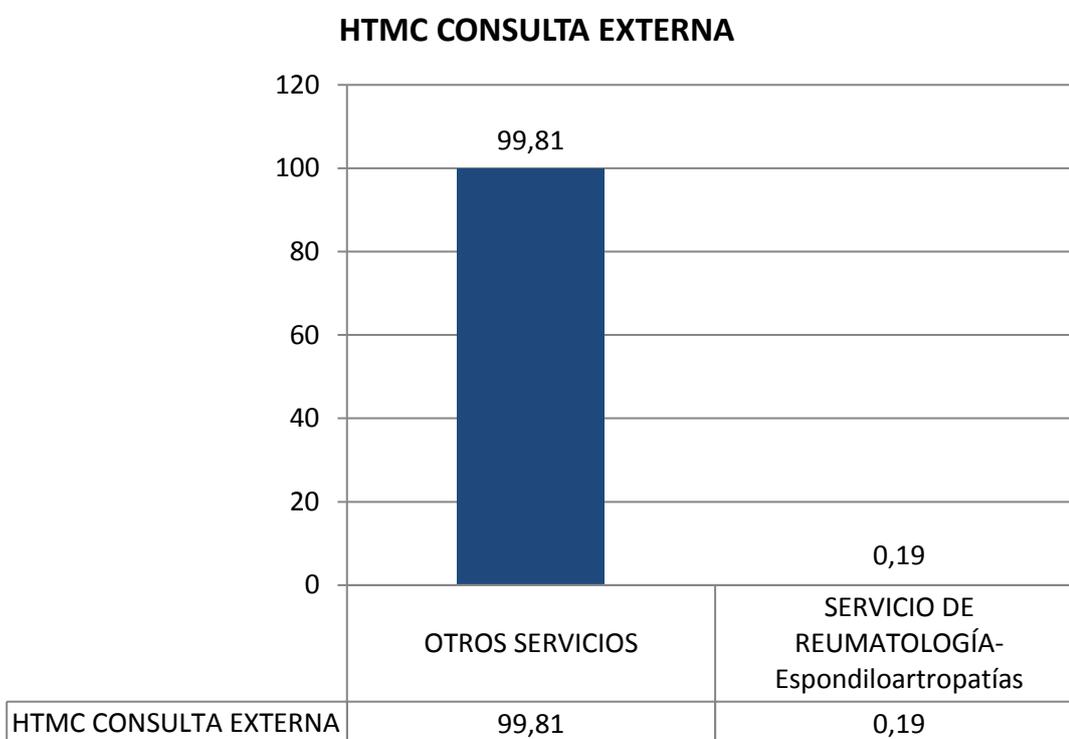
RESULTADOS



Se incluyeron un total de 181 pacientes con diagnóstico confirmado de Espondiloartritis atendidos en la consulta externa del servicio de

reumatología del Hospital “Teodoro Maldonado Carbo” en el año 2016. De los cuales se obtuvo los siguientes resultados:

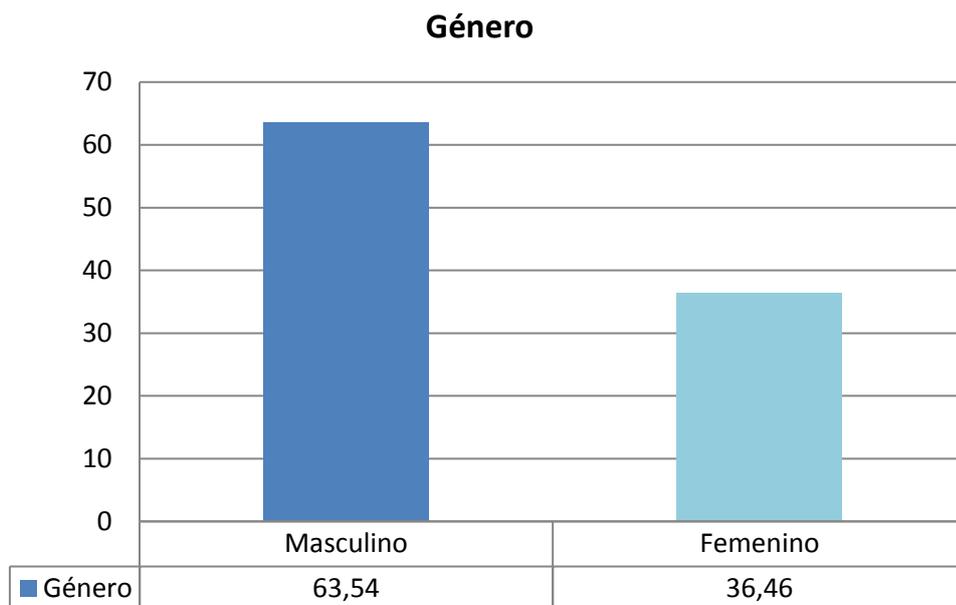
1. La prevalencia de espondiloartritis se calculó de acuerdo al número de consultas que se realizaron durante el año 2016 en la consulta externa del HTMC, en el q reportan un total de 512 599 (29), de las cuales, 997 corresponden a consultas realizadas en el servicio de reumatología con los CIE 10 solicitados. Por lo que estimamos que la prevalencia de consultas por estas enfermedades en este hospital es de un 0,19%.



2. Mediante análisis descriptivo se puede observar que la frecuencia con la que se presentan las Espondiloartritis es mayor en el género masculino con un porcentaje de 63,54% a diferencia del género femenino que le corresponde un 36,46%.

Tabla 2. Género

Etiqueta de valor		Valor	Frecuencia	Porcentaje
Masculino		1	115	63,54
Femenino		2	66	36,46
TOTAL	181	100	100	



3. Se identificó que las edades más frecuentes en las que se presentan estas patologías, se encuentra entre los 30 a 50 años de edad con una prevalencia de 91 casos que corresponde al 50,27% de casos, seguido de los mayores de 50 años con 42,55% de casos y finalmente los menores de 30 años con el 7,18% de casos. Además se observó que la edad mínima en la que se ha presentado estas enfermedades fue de 14 años mientras que la edad máxima fue de 88 años de edad, con una media de 49,2.

Edades

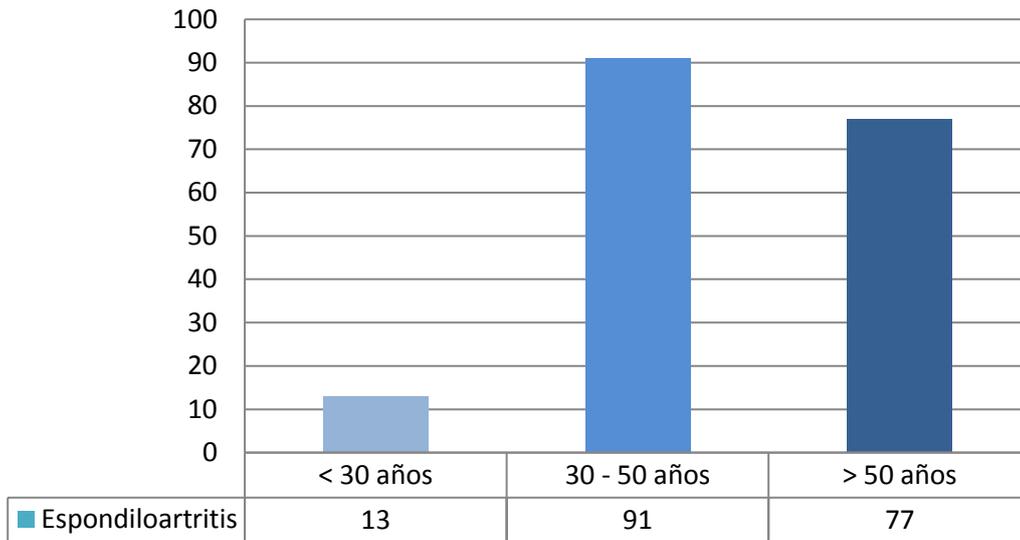


Tabla 3. Edades

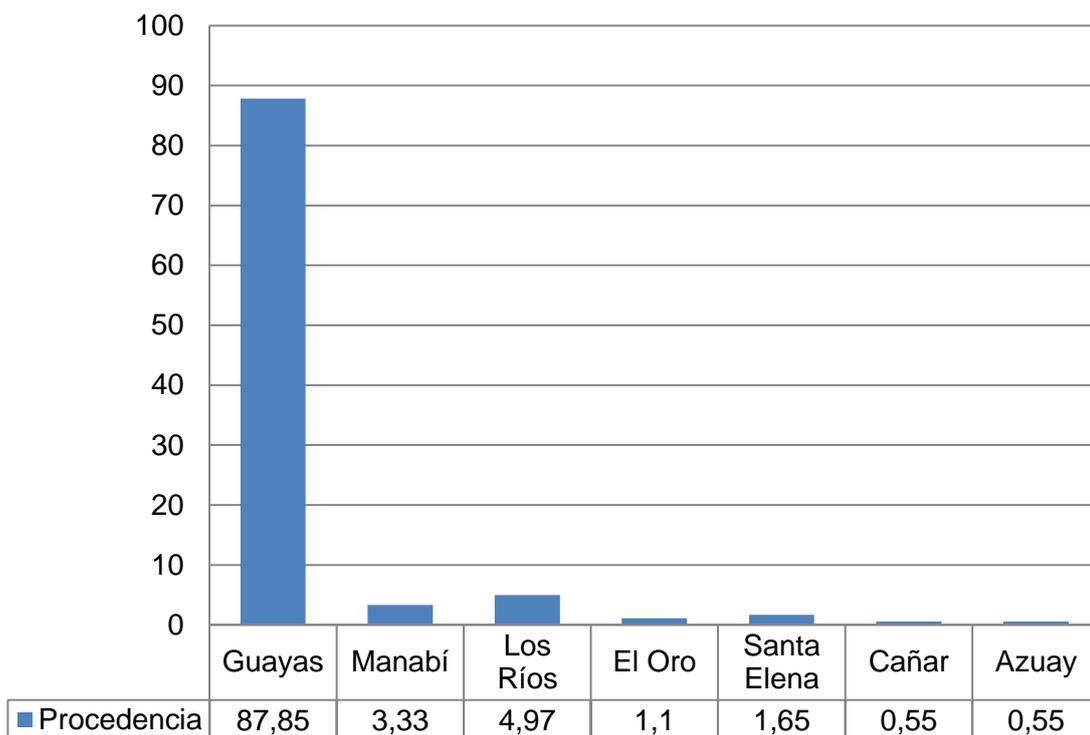
Etiqueta de valor	Frecuencia	Porcentaje
< 30 años	13	7,18
30 – 50 años	91	50,27
>50 años	77	42,54
TOTAL	181	100
Medidas de tendencia central		
Media	49,20	
Mínimo	14	
Máximo	88	
Mediana	49	
Moda	49	

- Se pudo determinar la procedencia de los pacientes que presentan estas patologías, y encontramos que la ciudad de Guayaquil es más frecuente con un 74,59% de casos, seguido de la ciudad de Durán con un 6,08%.

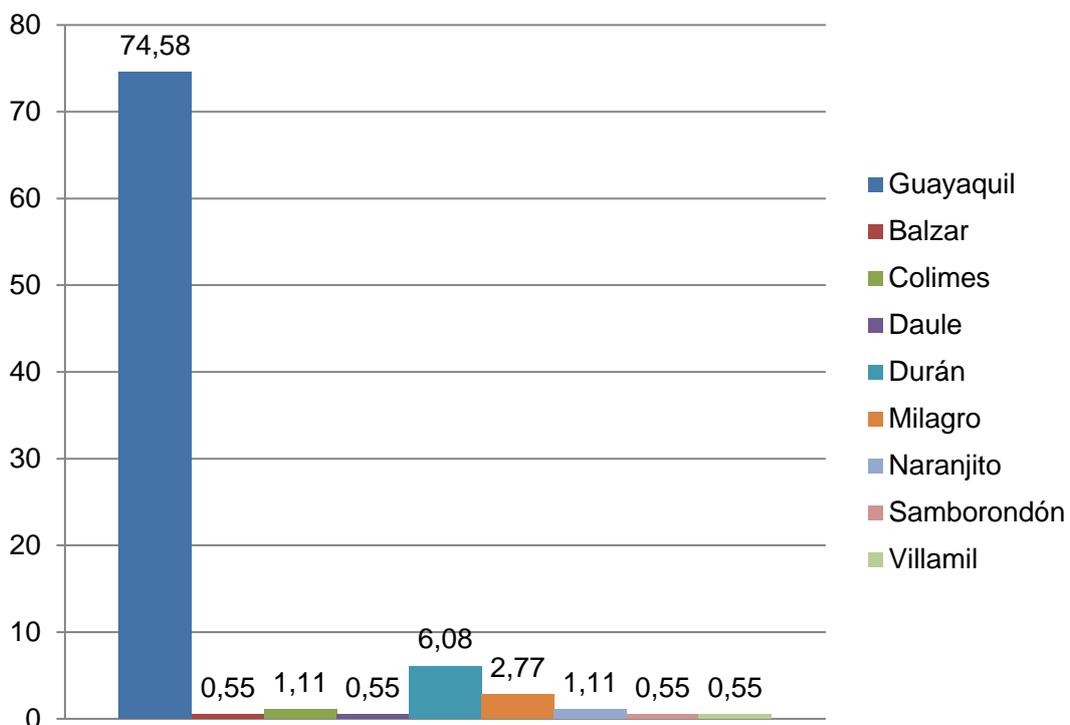
Tabla 4. Procedencia

Provincia	Ciudad	Frecuencia	Porcentaje
Guayas (159)	Guayaquil	135	87,85
	Balzar	1	
	Colimes	2	
	Daule	1	
	Durán	11	
	Milagro	5	
	Naranjito	2	
	Samborondón	1	
	Villamil	1	
	Manabí (6)	Bahía de Caraquez	
Chone		1	
Portoviejo		1	
Manta		3	
Babahoyo		4	
Los Ríos (9)	Quevedo	4	4,97
	Vinces	1	
El Oro (2)	Machala	2	1,10
Santa Elena (3)	Santa Elena	1	1,65
	La Libertad	1	
	Salinas	1	
Cañar	La Troncal	1	0,55
Azuay	Cuenca	1	0,55

Procedencia



PROVINCIA DEL GUAYAS

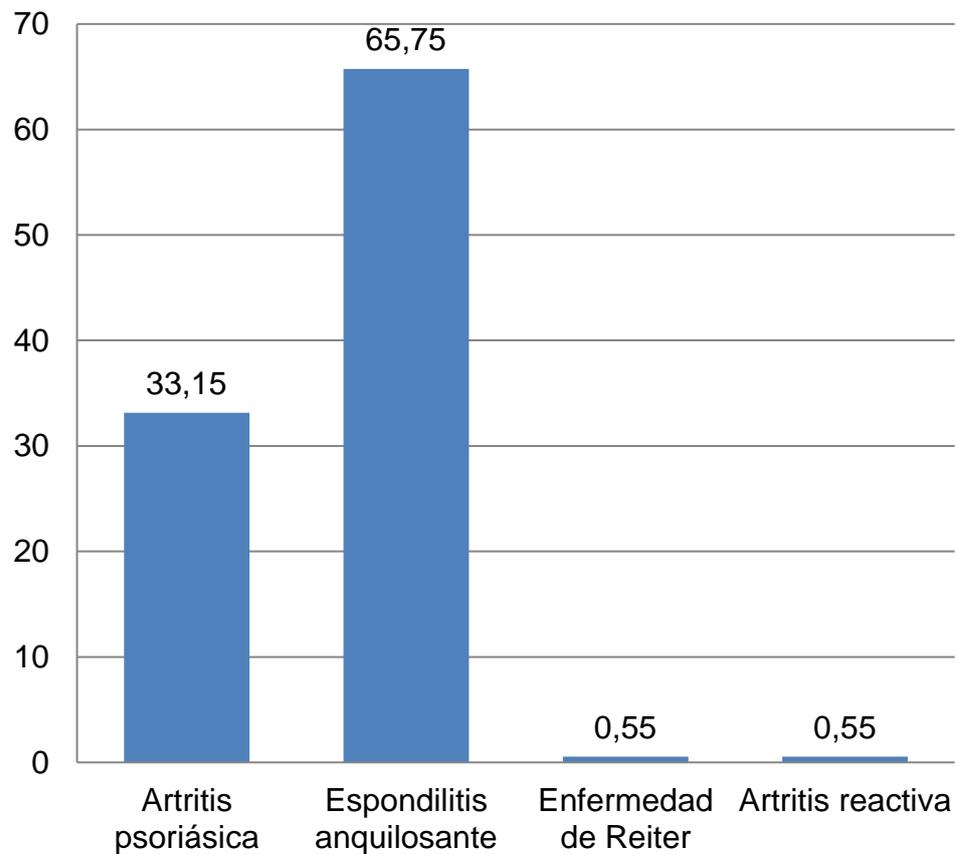


5. Se determinó que entre las diferentes patologías que conforman las Espondiloartropatías, la espondilitis anquilosante es la más frecuente con un 65,75% de casos, seguida de artritis psoriásica 17,13%, otras artropatías psoriásicas 9,94%, artropatías psoriásicas y enteropáticas 6,08%, enfermedad de reiter y artropatía reactiva, no especificada con un 0,55% cada una. De acuerdo a los CIE 10, podemos observar que hay varias formas de designar a las artritis psoriásica por lo que sumando cada uno de ellos tendríamos una prevalencia del 33,15%.

Tabla 5. Tipos de Espondiloartritis

Tipos	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Espondilitis anquilosante	1	119	65,75
Artritis psoriásica	2	31	17,13
Otras artropatías psoriásicas	3	18	9,94
Artropatías psoriásicas y enteropáticas	4	11	6,08
Enfermedad de Reiter	5	1	0,55
Artropatía reactiva	6	1	0,55
TOTAL		181	100

Tipos de Espondiloartropatias

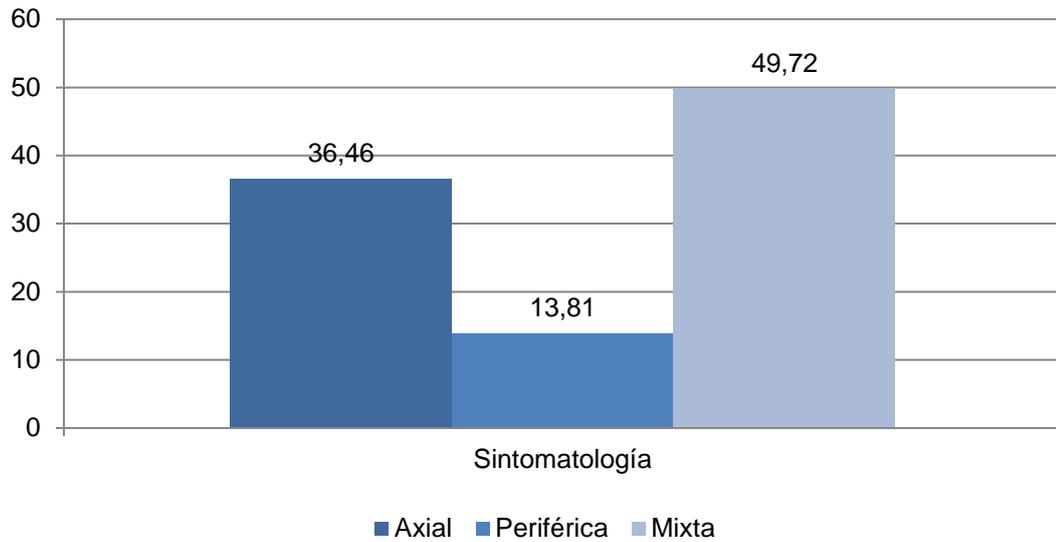


6. Las Espondiloartritis pueden afectar tanto articulaciones periféricas como las axiales (columna vertebral), pudimos observar que con mayor frecuencia compromete a ambos, es decir, de presentación mixta con un 49,72% de casos, seguido de la axial con 36,46% y finalmente la periférica con un 13,81%.

Tabla 6. Forma clínica de Espondiloartritis

Forma clínica	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Axial	1	66	36,46
Periférico	2	25	13,81
Mixto	3	90	49,72
TOTAL		181	100

FORMAS CLÍNICAS DE LAS SPA

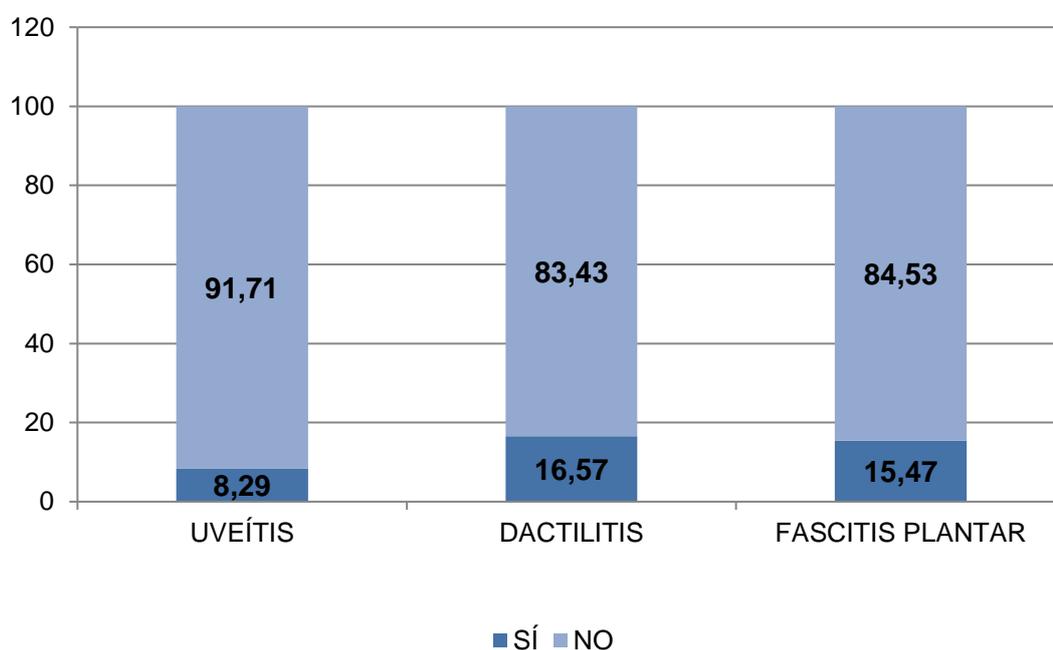


7. Las Espondiloartritis suelen acompañarse de síntomas extraarticulares como la uveítis, dactilitis o fascitis plantar. Logramos observar que estas se presentaron en 29,28% de los casos, de los cuales la dactilitis tuvo mayor frecuencia con un 16,57%, seguido de fascitis plantar con 15,47% y finalmente uveítis con 8,29%.

Tabla 7. Síntomas extraarticulares

Síntomas	Etiqueta de valor	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Uveítis	Sí	1	15	8,29
	No	2	166	91,71
Dactilitis	Sí	1	30	16,57
	No	2	151	83,43
Fascitis plantar	Sí	1	28	15,47
	No	2	153	84,53

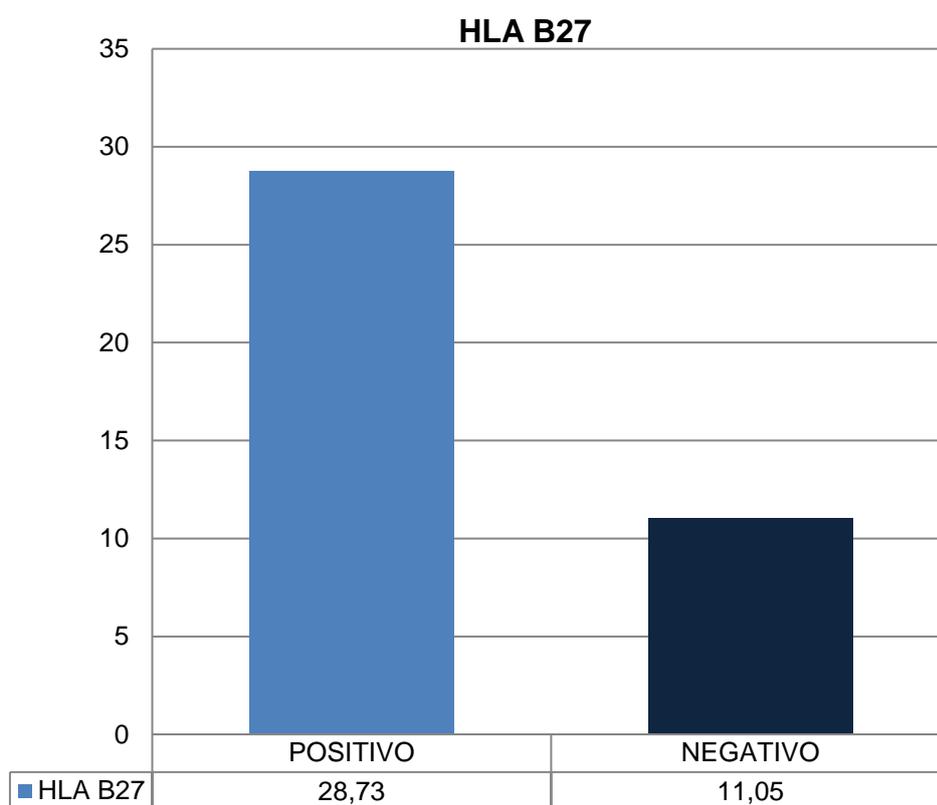
SÍNTOMAS EXTRA ARTICULARES



8. Se identificó que sólo a un 39,78% de pacientes con este diagnóstico se le investigó HLA B27, de los cuales un 28,73% resultaron positivos, mientras que el 11,05% resultó negativo.

Tabla 8. HLA B27

Etiqueta de valor	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Positivo	1	52	28,73
Negativo	2	20	11,05
No se realizó	3	109	60,22

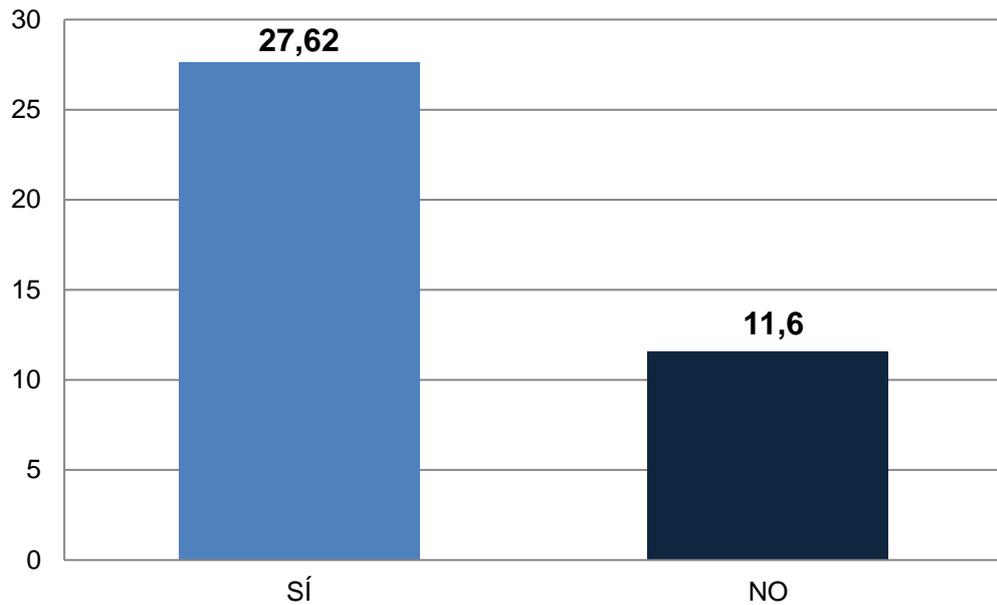


9. Logramos identificar que el 60,77% de pacientes no se ha realizado resonancia magnética como parte del estudio de su Espondiloartritis, del 39,23% que sí se realizó, un 27,62% tuvo hallazgos relevantes para la patología y un 11,60% tuvo todo normal.

Tabla 9. Resonancia magnética

Etiqueta de valor	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Sí	1	50	27,62
No	2	21	11,60
No se realizó	3	110	60,77

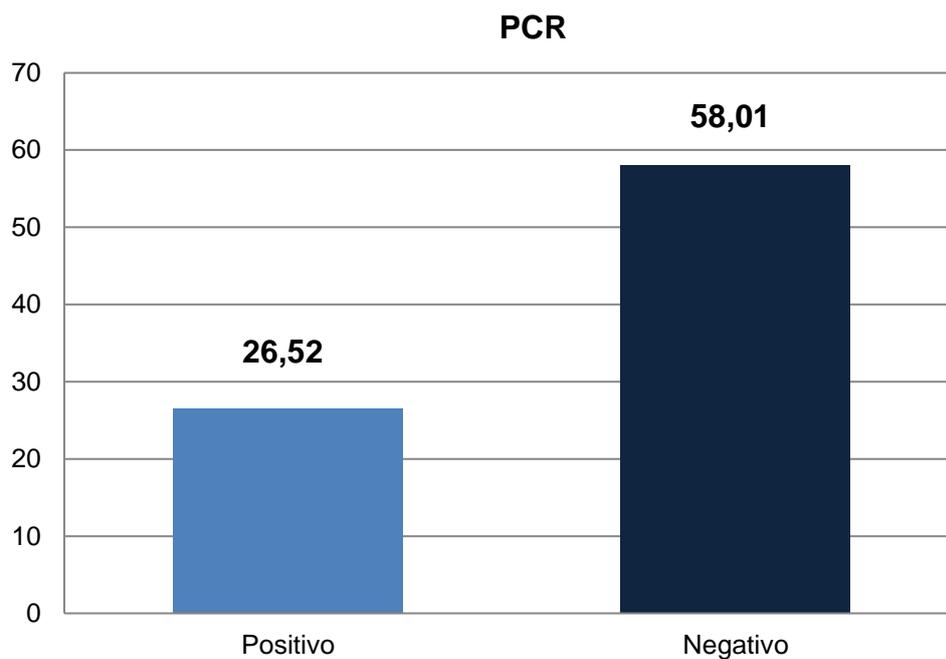
RESONANCIA MAGNÉTICA



10. De los pacientes incluidos en el estudio se pudo observar que solo en un 15,47% de ellos no se tomó en cuenta la cuantificación del PCR, y de los 84,53% en los que sí se valoró se pudo observar que el 26,52% estuvo positivo y un 58,01% estuvo negativo, tomando como referencia el valor de PCR >5 para considerarlo positivo.

Tabla 10. PCR

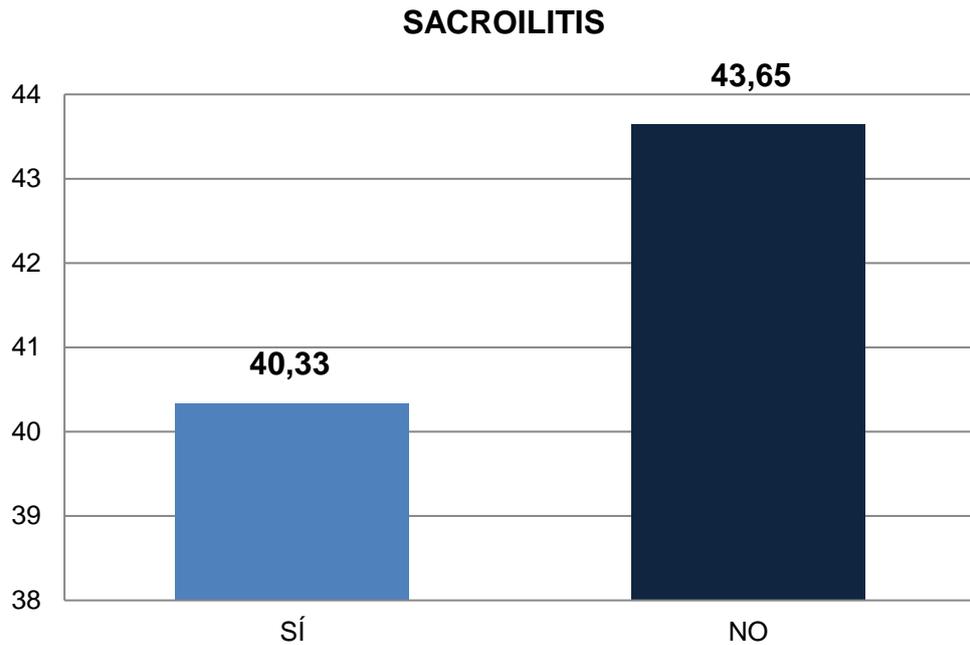
Etiqueta de valor	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Positivo	1	48	26,52
Negativo	2	105	58,01
No se realizó	3	28	15,47



11. La presencia de sacroilitis es uno de los criterios clínicos principales para el diagnóstico de Espondiloartritis, en los pacientes de nuestra muestra observamos que el 40,33% sí tenían sacroilitis, mientras que un 43,65% no lo presentó, y en un 16,02% no hubo evidencia de su presencia porque esos pacientes no contaban con imágenes para descartarla o comprobarla.

Tabla 11. Sacroilitis

Etiqueta de valor	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Sí	1	73	40,33
No	2	79	43,65
No se realizó	3	29	16,02



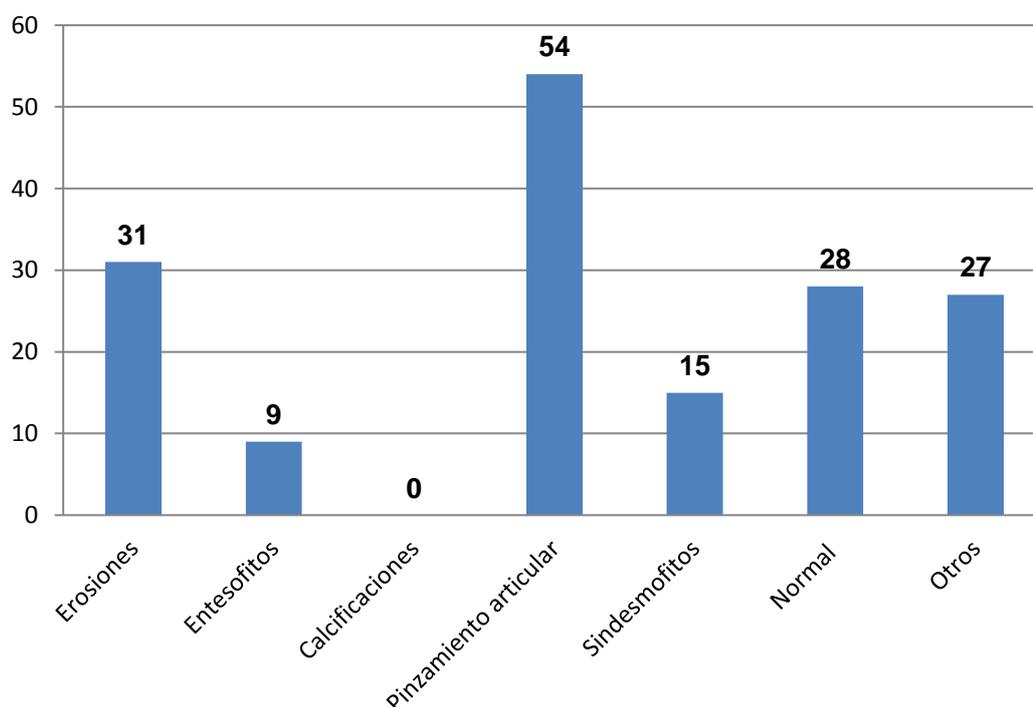
12. Entre los hallazgos radiográficos propios de Espondiloartritis tenemos: erosiones, entesofitos, calcificaciones, pinzamiento articular y sindesmofitos. Identificamos que la mayor parte de estos corresponde a pinzamientos articulares con 54 de casos, seguido de erosiones con 31, sindesmofitos 15 y entesofitos 9 casos; cabe recalcar que en unos 28 pacientes se observó normal, unos 44 pacientes no se realizaron este examen y otros 27 tuvieron hallazgos distintos a nuestras variables en estudio. Cabe recalcar que muchos de estos se encontraban juntos en un mismo paciente, y en esta contabilidad se los tomó como un caso separado.

Tabla 12. Hallazgos en Rx

Etiqueta de valor	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Erosiones	1	31	14,90
Entesofitos	2	9	4,33
Calcificaciones	3	0	0
Pinzamiento articular	4	54	25,96

Sindesmofitos	5	15	7,22
Normal	6	28	13,46
Otros hallazgos	7	27	12,98
No se realizó	8	44	21,15

Hallazgos en Radiografía



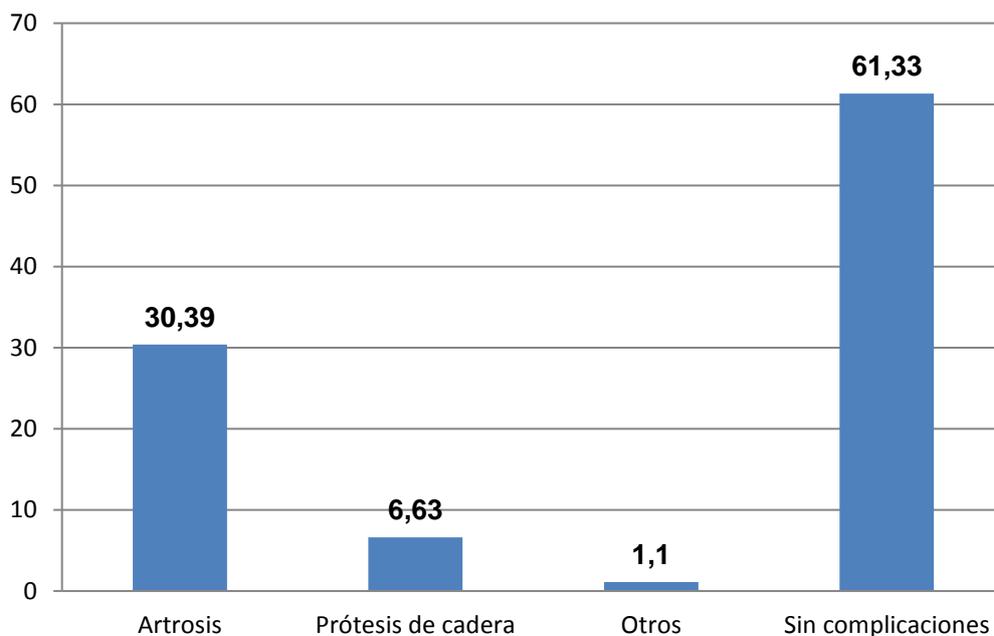
13. Entre las complicaciones más frecuentes tenemos la artrosis con un 30,39% seguido de la prótesis de cadera con un 6,63% de casos, un 1,10% tuvo otras complicaciones como la invalidez y un 61,33% no se encontraron complicaciones.

Tabla 13. Complicaciones

Etiqueta de valor	Valor	Frecuencia	Porcentaje
Artrosis	1	55	30,39
Prótesis de cadera	2	12	6,63

Otros (invalidez)	3	2	1,10
Sin complicaciones	4	111	61,33

Complicaciones



14. El tratamiento de estas patologías es muy variado, nuestro estudio tomó de referencia el medicamento que se encontraban recibiendo en el 2016, y obtuvimos los siguientes resultados:

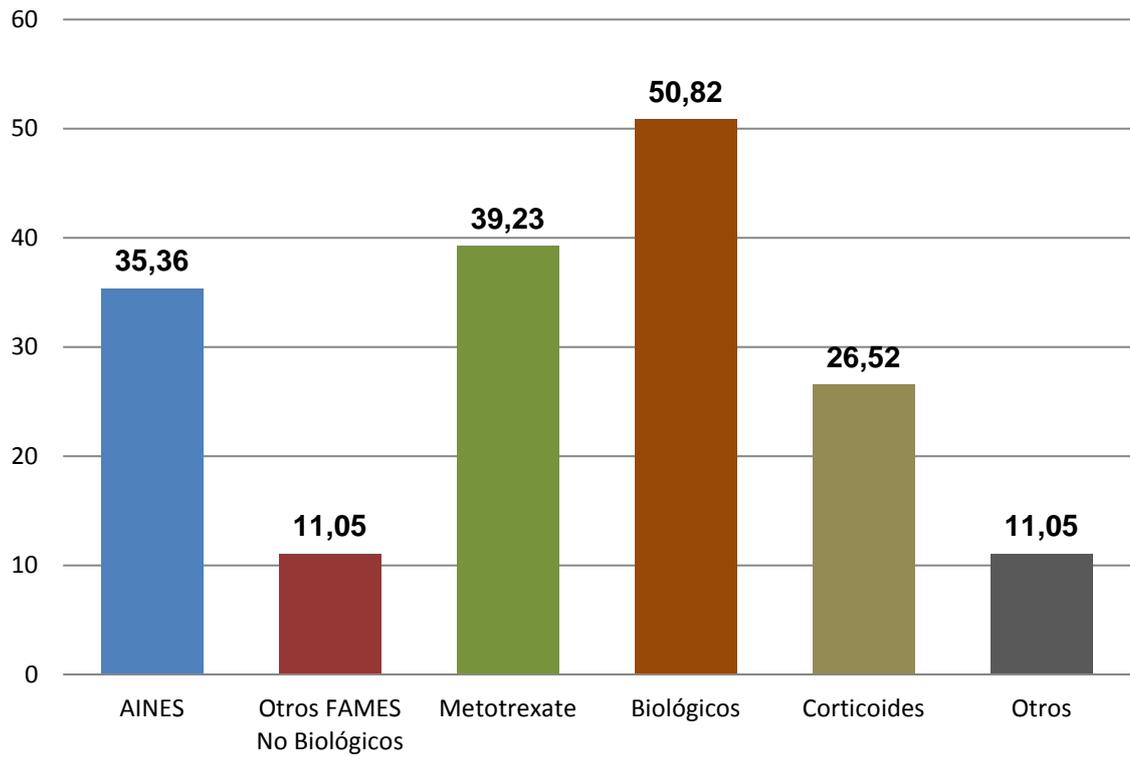
Se puede observar que el grupo de fármacos más usados son los biológicos con un 53,59% de casos, seguido del metotrexate con 39,23%, AINES 35,36%, corticoides 26,52%, otros FAMES no biológicos (Sulfasalazina) 11,05% y finalmente otros fármacos también con 11,05%.

Cabe recalcar que estos fármacos en la mayoría de casos se encontraban combinados entre ellos, con excepción de la terapia biológica, en los cuales se observó que el más frecuente de ellos es Etanercept, seguido de Infliximab, Adalimumab y Rituximab.

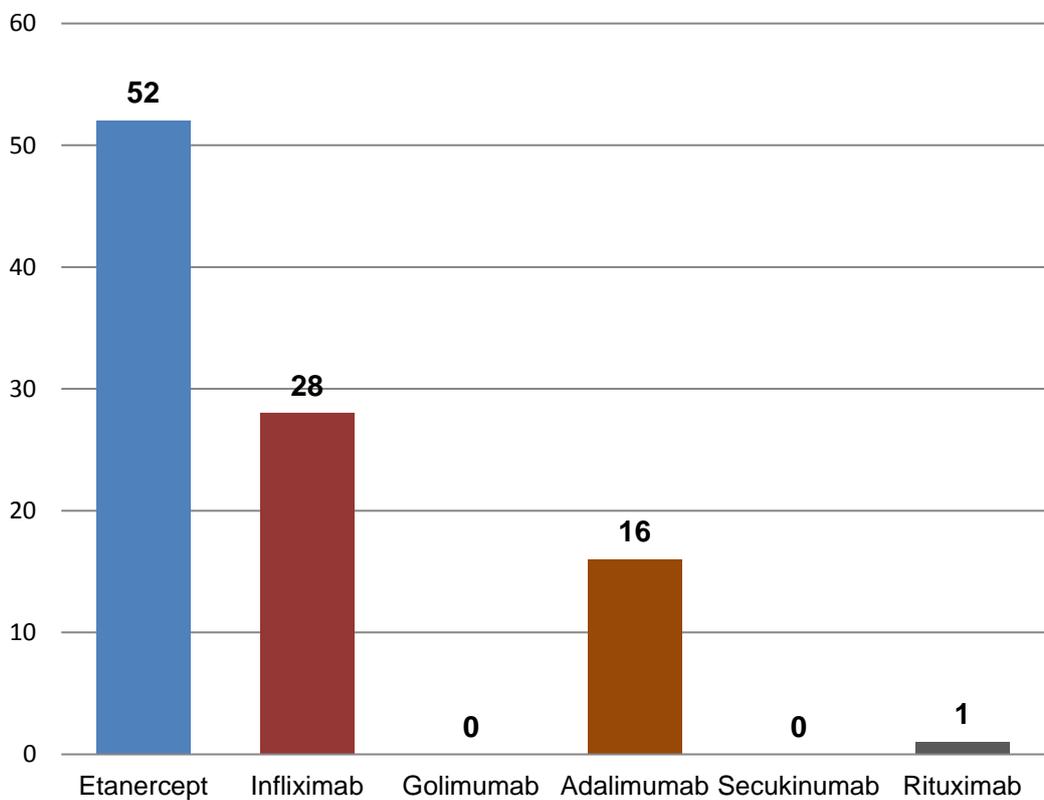
Tabla 14. Tratamiento

Familia de fármacos	Fármacos	Frecuencia	Porcentaje
Biológicos (92)	Etanercept	52	50,82
	Infliximab	28	
	Golimumab	0	
	Adalimumab	16	
	Secukinumab	0	
	Rituximab	1	
AINES	Sí	64	35,36
	No	117	
Corticoides	Sí	48	26,52
	No	133	
Metotrexate	Sí	71	39,23
	No	110	
Otros FAMES no biológicos	Sí	20	11,05
	No	161	
Otros	Sí	20	11,05
	No	161	

FÁRMACOS



BIOLÓGICOS



DISCUSIÓN

En Ecuador no se ha investigado bien la frecuencia de espondiloartritis, pero cabe mencionar que si existen estudios en otros países. Estos fueron realizados por el grupo multinacional de reumatólogos RESPONDIA en donde se preocuparon por analizar y reportar el subtipo más frecuente y su sintomatología en países de Iberoamérica como Chile, Costa Rica, México, Perú, Uruguay, Venezuela y España.

En comparación con las investigaciones realizadas en otros países por este grupo, estos analizaban las características demográficas y clínicas de los pacientes con espondiloartritis, e incluían las mismas variables que analizamos en nuestro estudio. El tiempo de estudio fue de 1 año en nuestra investigación, al igual que en la mayoría de los países analizados por RESPONDIA, a excepción de España en el cual fue de 3 años. Una de las diferencias fue que en algunos países la población analizada no pasaba los 70 pacientes, como es el caso de Costa Rica, Venezuela y Perú, a diferencia del nuestro que tuvo una población de estudio de 181 pacientes, así mismo hubo países cuya población de estudio fue notablemente superior llegando hasta a superar los 2000 pacientes como es el caso de España.

Otro de los resultados que compartimos con estas investigaciones es que la forma más prevalente de presentación fue la Espondilitis anquilosante en la mayoría de países incluidos, al igual que en el nuestro, seguida por la artritis psoriásica o la espondiloartritis indiferenciada, y la menos frecuente fue la espondiloartritis relacionada a enfermedad inflamatoria intestinal.

Al igual que los resultados de nuestro estudio, es más frecuente en varones con un porcentaje mayor al 50% en todos los casos, con una media de edad que rodea los 40 años. Y la forma clínica prevaleciente de presentación fue la forma mixta.

Con respecto a la terapia utilizada, predominaron los fármacos biológicos en nuestro trabajo de investigación, no así en los estudios en otros países, en donde el tratamiento predominante fueron los AINEs con los cuales notaban marcada mejoría de los síntomas y por otro lado el uso de los fármacos

biológicos era limitado debido a su alto costo, y que en algunos países no eran cubiertos por el seguro nacional de salud.

Una de las limitaciones de nuestro estudio, al compararlo con los realizados por RESPONDIA, es que nuestra población de estudio esta confinada a un pequeño grupo que es Guayas, debido a que analizamos los datos de únicamente un hospital, que a pesar de que aquí se atienden pacientes de otras provincias como Manabí, Los Ríos y Santa Elena, no es muestra suficiente para reflejar los datos nacionales sobre la prevalencia de esta patología. Por otra parte, debido a que no nos proporcionaron información de la cantidad de pacientes/consultas que se realizaron en el servicio de reumatología durante el 2016, lo que logramos estimar con nuestra investigación fue la prevalencia de consultas con diagnóstico de espondiloartritis tomando de referencia todas las consultas que se realizaron en los diferentes servicios de la consulta externa del HTMC durante el 2016, es decir, no logramos conocer el porcentaje que le corresponde a los 181 pacientes con estos diagnósticos del total de pacientes que se atienden en el servicio de reumatología.

Sin embargo, a pesar de estas desventajas, los resultados de nuestro estudio podrían ser usados en investigaciones posteriores sobre la prevalencia de Espondiloartritis y de cada uno de sus subtipos para determinar su frecuencia, y también como modelo comparativo en razón de incremento o disminución del número de casos con el paso de los años.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Durante el año 2016 hubo un total de 181 pacientes atendidos en la consulta externa del servicio de reumatología con diagnóstico de espondiloartritis, de los cuales el tipo más frecuente fue la espondilitis anquilosante con 48,07% de los casos, seguida por las artropatías psoriásicas con un 33,15%.

Las Espondiloartritis son más frecuente en el género masculino con un porcentaje de 63,54% en contraste con el género femenino que es de 36,46%. Se presenta con mayor prevalencia entre los 30 a 50 años de edad (50,27%), siendo la edad máxima de presentación 88 años y la mínima 14 años.

Con respecto al tratamiento se observó que al inicio de la enfermedad, los pacientes respondían bien a las diversas combinaciones de fármacos que existen (Aines, Metotrexate, y otros FAMES no biológicos). Sin embargo conforme progresaba la enfermedad, el tratamiento siempre terminaba encaminado al uso de terapia con fármacos biológicos. En nuestro estudio el 53,59% de los pacientes analizados ya se encontraba con terapia biológica durante el año 2016.

Recomendamos que para estudios siguientes se analice una mayor población, es decir que incluyan más hospitales en los que se atiendan pacientes reumatológicos por consulta externa para poder obtener mayor cercanía a los resultados reales de la prevalencia de esta patología a nivel nacional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rivero GM. ESPONDILOARTROPATIAS [Internet]. Pontificia Universidad Católica de Chile. [citado 11 de noviembre de 2017]. Disponible en: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/ApuntesReumatologia/Pdf/Espondilo.pdf>
2. Rudwaleit M, van der Heijde D, Landewe R, Akkoc N, Brandt J, Chou CT, et al. The Assessment of SpondyloArthritis international Society classification criteria for peripheral spondyloarthritis and for spondyloarthritis in general. *Ann Rheum Dis* [Internet]. 1 de enero de 2011 [citado 21 de octubre de 2017];70(1):25-31. Disponible en: <http://ard.bmj.com/cgi/doi/10.1136/ard.2010.133645>
3. Fernández Carballido RMD, San Martín PB. Espondilitis anquilosante y espondiloartritis axiales [Internet]. Sociedad Valenciana de Reumatología. [citado 29 de enero de 2018]. Disponible en: <http://www.svreumatologia.com/wp-content/uploads/2013/10/Cap-25-Espondilitis-anquilosante.pdf>
4. Sala RS. Espondiloartritis. Ed. Médica Panamericana; 2004. 352 p.
5. Sociedad Española de Reumatología-SER. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica [Internet]. España; 2015. Disponible en: http://www.ser.es/wp-content/uploads/2016/01/GPC_Tratamiento_EspAax_APs_Espoguia2015.pdf
6. Joven BE, Navarro-Compán V, Rosas J, Fernandez Dapica P, Zarco P, de Miguel E, et al. Diagnostic Value and Validity of Early Spondyloarthritis Features: Results From a National Spanish Cohort. *Arthritis Care Res.* junio de 2017;69(6):938-42.
8. Banegas Illescas ME, López Menéndez C, Rozas Rodríguez ML, Fernández Quintero RM. Nuevos criterios ASAS para el diagnóstico de espondiloartritis. Diagnóstico de sacroileítis por resonancia magnética. *Radiología* [Internet]. [citado 29 de enero de 2018];7-15. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-radiologia-119-articulo-nuevos-criterios-asas-el-diagnostico-S003383381300115X>
9. Fernández Carballido C. Diagnóstico precoz de las espondiloartropatías en España: el programa ESPeranza. *Reumatol Clínica* [Internet]. 1 de marzo de 2010 [citado 29 de septiembre de 2017];6:6-10. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/diagnostico-precoz-las-espondiloartropatias-espana/articulo/S1699258X10000252/>

10. Rafael Raúl Valle. Diagnóstico temprano de las espondiloartropatías. Reumatología Clínica [Internet]. septiembre de 2015;12:241-62. Disponible en:
file:///C:/Users/hp/Downloads/Diagnostico_temprano_de_las_espondiloartropatias.pdf
11. Eva Tomero, ESPERANZA Study Group, Juan Mulero, Eugenio de Miguel, Cruz Fernández-Espartero, Milena Gobbo, et al. Performance of the Assessment of Spondyloarthritis International Society criteria for the classification of spondyloarthritis in early spondyloarthritis clinics participating in the ESPERANZA programme. 5 Novemb 2013 [Internet]. :353-60. Disponible en: file:///C:/Users/hp/Downloads/tomero2013.pdf
12. Bellomio V, Berman A, Sueldo R R, Molina MJ, Spindler A, Lucero E, et al. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Argentina. Reumatol Clínica [Internet]. 30 de noviembre de 2008 [citado 2 de diciembre de 2017];4:23-9. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/registro-iberoamericano-espondiloartritis-respondia-argentina/articulo/13130692/>
13. Sampaio-Barros PD, Gonçalves CR, Silva B da, Antonio J, Ximenes AC, Azevedo VF, et al. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Brasil. Informe del Registro Brasileño de Espondiloartritis. Reumatol Clínica [Internet]. 30 de noviembre de 2008 [citado 2 de diciembre de 2017];4:30-5. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/registro-iberoamericano-espondiloartritis-respondia-brasil/articulo/13130693/>
14. Gutiérrez MA, Pérez C, Saavedra J, Silva F, Fuentealba C, Pozo P, et al. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Chile. Reumatol Clínica [Internet]. 30 de noviembre de 2008 [citado 2 de diciembre de 2017];4:41-7. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/registro-iberoamericano-espondiloartritis-respondia-chile/articulo/13130695/>
15. Sáenz Castro R. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Costa Rica. Reumatol Clínica [Internet]. 30 de noviembre de 2008 [citado 2 de diciembre de 2017];4:36-40. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/registro-iberoamericano-espondiloartritis-respondia-costa/articulo/13130694/>
16. Casasola-Vargas JC, Flores-Alvarado DE, Huerta-Sil G, Espinoza Villalpando J, Bernard-Medina AG, Rodríguez-Amado J, et al. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): México. Reumatol Clínica [Internet]. 30 de noviembre de 2008 [citado 2 de diciembre de

2017];4:56-62. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/registro-iberoamericano-espondiloartritis-respondia-mexico/articulo/13130697/>

16. Chávez-Corrales JE, Montero Jáuregui M, Alva Linares M, Mora C, Ramos Valencia P, García E, et al. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Perú. Reumatol Clínica [Internet]. 30 de noviembre de 2008 [citado 2 de diciembre de 2017];4:63-7. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/registro-iberoamericano-espondiloartritis-respondia-peru/articulo/13130698/>

17. Palleiro DR, Spangenberg E. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Uruguay. Reumatol Clínica [Internet]. 30 de noviembre de 2008 [citado 2 de diciembre de 2017];4:73-8. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/registro-iberoamericano-espondiloartritis-respondia-uruguay/articulo/13130700/>

19. Chacon R, Granados Y, Esteva MH. Registro Iberoamericano de Espondiloartritis (RESPONDIA): Venezuela | Reumatología Clínica [Internet]. Reumatología clínica. 2008 [citado 29 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/registro-iberoamericano-espondiloartritis-respondia-venezuela/articulo/13130701/>

20. García M, Dolores M, Font Ugalde P, Muñoz Gomariz E, Collantes Estévez E, Zarco Montejó P, et al. Registro Nacional de Pacientes con Espondiloartritis (REGISPONSER). Análisis descriptivo de los 2.367 pacientes españoles incluidos. Reumatol Clínica [Internet]. 30 de noviembre de 2008 [citado 2 de diciembre de 2017];4:48-55. Disponible en: <http://www.reumatologiaclinica.org/es/registro-nacional-pacientes-con-espondiloartritis/articulo/13130696/>

21. van Mens LJJ, van de Sande MGH, Baeten DLP. New treatment paradigms in spondyloarthritis. Curr Opin Rheumatol. 4 de octubre de 2017;

22. Sociedad Española de Reumatología-SER. Guía de Práctica Clínica para el Tratamiento de la Espondiloartritis Axial y la Artritis Psoriásica [Internet]. España; 2015. Disponible en: http://www.ser.es/wp-content/uploads/2016/01/GPC_Tratamiento_EspAax_APs_Espoguia2015.pdf

23. van der Heijde D, Ramiro S, Landewé R, Baraliakos X, Van den Bosch F, Sepriano A, et al. 2016 update of the ASAS-EULAR management recommendations for axial spondyloarthritis. Ann Rheum Dis [Internet]. junio de 2017 [citado 21 de octubre de 2017];76(6):978-91. Disponible en: <http://ard.bmj.com/lookup/doi/10.1136/annrheumdis-2016-210770>

24. Fernández-Espartero C, de Miguel E, Loza E, Tomero E, Gobbo M, Descalzo MA, et al. Validity of the ankylosing spondylitis disease activity

score (ASDAS) in patients with early spondyloarthritis from the Esperanza programme. *Ann Rheum Dis.* julio de 2014;73(7):1350-5.

25. López-González R, Hernández-Sanz A, Almodóvar-González R, Gobbo M, Grupo Esperanza. Are spondyloarthropathies adequately referred from primary care to specialized care? *Reumatol Clin.* abril de 2013;9(2):90-3.

26. Ariza-Ariza R, Hernandez-Cruz B, Collantes E, Batlle E, Fernandez-Sueiro JL, Gratacos J, et al. Work Disability in Patients with Ankylosing Spondylitis. *J Rheumatol [Internet]*. 1 de noviembre de 2009 [citado 21 de octubre de 2017];36(11):2512-6. Disponible en: <http://www.jrheum.org/cgi/doi/10.3899/jrheum.090481>

27. Ortega Castro R, Font Ugalde P, Castro Villegas MC, Calvo Gutiérrez J, Muñoz Gomariz E, Zarco Montejo P, et al. Diferente expresión clínica de los pacientes con espondilitis anquilosante según el sexo en función del tiempo de evolución. Datos de REGISPONSER. *Reumatol Clínica [Internet]*. 1 de julio de 2013 [citado 2 de diciembre de 2017];9(4):221-5. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1699258X13000065>

28. Reveille JD. A registry of ankylosing spondylitis registries and prospects for global interfacing. *Curr Opin Rheumatol [Internet]*. julio de 2013 [citado 4 de septiembre de 2018];25(4):468-76. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3758684/>

29. INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL. INFORME DE RENDICIÓN DE CUENTAS HOSPITAL DE ESPECIALIDADES TEODORO MALDONADO CARBO [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/ca59fdd0-924d-4369-ae31-09ae21f376ee>

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Álvarez Domínguez, Ana Pamela** con C.C: # **0940805708** autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia de Espondiloartritis y uso de tratamientos biológicos y no biológicos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2016** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 4 de septiembre de 2018

f. _____

Nombre: **Álvarez Domínguez, Ana Pamela**

C.C: **0940805708**

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Suárez Bastidas, Jamel Sayonara** con C.C: # **0950843623** autor/a del trabajo de titulación: **Prevalencia de Espondiloartritis y uso de tratamientos biológicos y no biológicos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2016** previo a la obtención del título de **Médico** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 4 de septiembre de 2018

f. _____

Nombre: **Suárez Bastidas, Jamel Sayonara**

C.C: **0950843623**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TÍTULO Y SUBTÍTULO:	Prevalencia de Espondiloartritis y uso de tratamientos biológicos y no biológicos en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo en el año 2016		
AUTOR(ES)	Álvarez Domínguez, Ana Pamela; Suárez Bastidas, Jamel Sayonara		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Zúñiga Vera, Andrés Eduardo		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Facultad de Ciencias Médicas		
CARRERA:	Carrera de Medicina		
TÍTULO OBTENIDO:	Médico		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	4 de septiembre de 2018	No. DE PÁGINAS:	53
ÁREAS TEMÁTICAS:	Reumatología, Inmunología, Medicina Interna		
PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:	Espondiloartritis, Espondilitis anquilosante, Espondiloartropatías, Artropatía psoriásica, Artritis reactiva, Enfermedad de Reiter.		
RESUMEN/ABSTRACT:	<p>Espondiloartritis es el término que se le da a un grupo de patologías reumáticas que comprende 5 subtipos: espondilitis anquilosante, artritis reactiva, artritis psoriásica, artritis asociada a la enfermedad inflamatoria intestinal y las espondiloartritis indiferenciadas. Se caracterizan por provocar inflamación crónica de las entesis y otras estructuras, y por su tendencia a causar anquilosis ósea. En varios países iberoamericanos se conoce la prevalencia de cada una de estas enfermedades, en el nuestro no, por lo que nosotros buscamos aportar con un aproximado de ello. Objetivo: Conocer la prevalencia de pacientes con Espondiloartritis en la consulta externa de reumatología del HTMC en el año 2016 y el tratamiento empleado. Materiales y métodos: Se realizó un estudio no experimental, observacional, descriptivo y transversal, en el que se analizaron a 181 pacientes atendidos en la consulta externa del servicio de reumatología del HTMC en el 2016, que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión en dicho estudio. Resultados: Se incluyeron 181 pacientes, 115 del género masculino (63,54%) y 66 del género femenino (36,46%), entre las edades de 14 a 88 años, siendo las más frecuente entre 30 a 50 años (42,55%) con una media de 49,2. Los diagnósticos que encontramos en esta población fueron espondilitis anquilosante (65,75%), artritis psoriásica (33, 15%), enfermedad de Reiter (0,55%) y artritis reactiva (0,55%). La presentación clínica más frecuente fue la mixta (49,72%), seguida de la axial (36,46%) y la periférica (13,81%); y el síntoma extraarticular más frecuente fue la dactilitis (16,57%). El 28,73% de pacientes tuvo HLA B27 positivo, y el 40,33% presentaron sacroilítis. Con respecto al tratamiento, el más usado son los biológicos con un 53,59% de casos, seguido del metotrexate con 39,23%, otros fármacos 37,57%, AINES 35,36% y finalmente otros FAMES no biológicos 11,05%. Conclusiones: La espondilitis anquilosante es el tipo más frecuente de Espondiloartropatías seguido de la artritis psoriásica en la población ecuatoriana. El tratamiento biológico es el más usado para estas patologías.</p>		
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593-992614260; +593-969062091	E-mail: jamel_suarezb@hotmail.com ; alvarez.pamela31@gmail.com	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Vásquez Cedeño, Diego Antonio		
	Teléfono: +593-982742221		
	E-mail: diegoavasquez@gmail.com		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			