



**UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL**

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

**TEMA**

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES  
DIAGNOSTICADOS CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL HOSPITAL LUIS  
VERNAZA 2005 – 2018**

**AUTORES:**

**CANELOS MORENO TABATA KARINA**

**SÁNCHEZ SÁNCHEZ LORENA MERCEDES**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL  
TÍTULO DE MÉDICO**

**TUTOR:**

**DRA. VERA LANDIVAR GLORIA**

**Guayaquil, Ecuador**

**06 de Mayo del 2019**



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 **CANELOS MORENO TABATA KARINA Y SÁNCHEZ SÁNCHEZ LORENA MERCEDES** como requerimiento para la obtención del Título de **MÉDICO**

### **TUTORA**

f. \_\_\_\_\_

**DRA. VERA LANDIVAR GLORIA**

### **DIRECTOR DE LA CARRERA**

f. \_\_\_\_\_

**DR. AGUIRRE MARTÍNEZ JUAN LUIS, MGS.**

**Guayaquil, 6 de mayo del 2019**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

**DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD**

Nosotras, **CANELOS MORENO TABATA KARINA Y SÁNCHEZ SÁNCHEZ  
LORENA MERCEDES**

**DECLARAMOS QUE:**

El Trabajo de Titulación, **CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL HOSPITAL LUIS VERNAZA 2005 – 2018**, 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, 6 de mayo del 2019**

**LOS AUTORES:**

f. \_\_\_\_\_

**CANELOS MORENO TABATA KARINA**

f. \_\_\_\_\_

**SÁNCHEZ SÁNCHEZ LORENA MERCEDES**



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**

**CARRERA DE MEDICINA**

**AUTORIZACIÓN**

Nosotras, **CANELOS MORENO TABATA KARINA Y SÁNCHEZ SÁNCHEZ  
LORENA MERCEDES**

Autorizamos a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil a la **publicación** en la biblioteca de la institución del Trabajo de Titulación, **CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL HOSPITAL LUIS VERNAZA 2005 – 2018**, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

**Guayaquil, 6 de mayo del 2019**

**LOS AUTORES:**

f. \_\_\_\_\_

**CANELOS MORENO TABATA KARINA**

f. \_\_\_\_\_

**SÁNCHEZ SÁNCHEZ LORENA MERCEDES**

# URKUND



<b>Documento</b>	<a href="#">TRABAJO PREVIO A OBTENCION DEL TITULO ARTRITIS REUMATOIDE.</a> <a href="#">URKUND.docx (D50082352)</a>
<b>Presentado</b>	2019-04-02 14:44 (-05:00)
<b>Presentado por</b>	GLORIA VERA LANDIVAR (gveral@yahoo.com)
<b>Recibido</b>	andres.ayon.ucsg@analysis.urkund.com
<b>Mensaje</b>	TESIS : CARACTERISTICAS CLINICOEPIDEMIOLOGICAS EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDE . AÑO 2005-2018 <a href="#">Mostrar el mensaje completo</a>

0% de estas 20 páginas, se componen de texto presente en 0 fuentes.



UNIVERSIDAD CATÓLICA  
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL

**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
CARRERA DE MEDICINA**

**TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN**

f. \_\_\_\_\_

**DR. BEMBIBRE MESA ANTONIO ADRIAN**

f. \_\_\_\_\_

**DR. VÁSQUEZ CEDEÑO DIEGO ANTONIO**

## **AGRADECIMIENTO**

*A nuestras familias, por el apoyo, el amor y la motivación.*

*A la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, donde nos formamos y aprendimos las bases para ejercer responsablemente esta hermosa carrera.*

*A la Doctora Gloria Vera Landívar por sus aportes desinteresados y correcciones oportunas que contribuyeron al desarrollo de la investigación.*

**CANELOS MORENO TABATA KARINA**

**SÁNCHEZ SÁNCHEZ LORENA MERCEDES**

## **DEDICATORIA**

*A nuestros padres, familiares y amigos que nos acompañaron y apoyaron durante los años de carrera. Han sido un gran pilar en nuestras vidas.*

**CANELOS MORENO TABATA KARINA**

**SÁNCHEZ SÁNCHEZ LORENA MERCEDES**

## INDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO .....	VII
DEDICATORIA .....	VIII
INDICE DE TABLAS .....	X
RESUMEN .....	XI
ABSTRACT .....	XII
INTRODUCCION .....	2
OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS .....	4
OBJETIVO GENERAL.....	4
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	4
MARCO TEORICO.....	5
Definición: .....	5
Epidemiología.....	6
Factores de riesgo .....	7
Diagnóstico.....	8
Tratamiento.....	14
MATERIALES Y MÉTODOS.....	23
Diseño del estudio:.....	23
Población de estudio:.....	23
Variables:.....	24
Análisis estadístico: .....	26
RESULTADOS .....	27
DISCUSIÓN.....	37
CONCLUSIONES .....	41
RECOMENDACIONES .....	43
BIBLIOGRAFÍA .....	44

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> Número de pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza, años 2005 a 2018.....	27
<b>Tabla 2.1</b> Edad de los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza 2005 a 2018.....	28
<b>Tabla 2.2</b> Sexo de los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza 2005 a 2018.....	29
<b>Tabla 2.3</b> Presencia de Antecedentes Familiares de Enfermedades Autoinmunes en pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza 2005 a 2018.....	30
<b>Tabla 2.4</b> Hábito tabáquico como factor de riesgo en pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza 2005 a 2018 .....	31
<b>Tabla 2.5</b> Número de articulaciones afectadas en pacientes con artritis Reumatoide Hospital Luis Vernaza 2005 a 2018 .....	32
<b>Tabla 2.6</b> Tiempo de evolución de la enfermedad en pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza 2005 a 2018 .....	34
<b>Tabla 2.7</b> Factor Reumatoide en pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza 2005 a 2018.....	35
<b>Tabla 2.8</b> Tratamiento de los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza años 2005 a 2018.....	36

## RESUMEN

**Objetivos:** Identificar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en la consulta del Hospital Luis Vernaza.

**Diseño:** Es un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo realizado durante el período de Enero del 2005 a Enero del 2018. Los datos fueron recolectados en una ficha electrónica de Microsoft Office Excel versión 2010, para su posterior transferencia y procesamiento en el software estadístico IBM SPSS V22. Los estadísticos para el análisis incluyen el porcentaje para variables cualitativas, y la media, mediana, rango y desviación estándar para las variables cuantitativas.

**Resultados:** El 85,2% de los pacientes fueron mujeres. La relación mujeres/hombres fue de 5 a 1. La media de edad de los pacientes fue de 48,03 años. El 41,9% de los pacientes tenían antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes. El 23,3% de los pacientes estuvieron expuestos activa o pasivamente al humo del tabaco. El 79.3% de la muestra debutaron clínicamente con poliartritis. El 80,8% fueron seropositivas, es decir con Factor Reumatoide positivo. El 43,7% se encuentran medicados con esteroides orales y fármacos modificadores de la enfermedad. **Conclusión:** El perfil más frecuente del enfermo con Artritis Reumatoide corresponde a una mujer adulta con antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes, que acude a la consulta por poliartritis y que es tratada con fármacos modificadores de la enfermedad. Si bien el hábito tabáquico se han reportado como factor de riesgo para AR, su presencia no ha sido notable en los casos observados.

**Palabras clave:** Artritis Reumatoide, características clínicas, factores de riesgo.

## ABSTRACT

**Objectives:** To identify the clinical and epidemiological characteristics of patients diagnosed with Rheumatoid Arthritis in the Luis Vernaza Hospital. **Design:** This is an observational, descriptive, cross-sectional and retrospective study conducted during the period from January 2005 to January 2018. The data was collected in an electronic file of Microsoft Office Excel version 2010, for later transfer and processing in the statistical software IBM SPSS V22. The statistics for the analysis include the percentage for qualitative variables, and the mean, median, range and standard deviation for the quantitative variables. **Results:** 85.2% of the patients were women. The women / men ratio was 5 to 1. The average age of the patients was 48.03 years. 41.9% of patients had a family history of autoimmune diseases. 23.3% of patients were actively or passively exposed to tobacco smoke. The 79.3% of the sample debuted clinically with polyarthritis. 80.8% were seropositive, that is, with a positive Rheumatoid Factor. 43.7% are medicated with oral steroids and drugs that modify the disease. **Conclusions:** The most frequent profile of the patient with Rheumatoid Arthritis corresponds to an adult woman with a family history of autoimmune diseases, who comes to the office for polyarthritis and who is treated with drugs that modify the disease. Although smoking has been reported as a risk factor for RA, its presence has not been noticeable in the cases observed.

**Key words:** Rheumatoid arthritis, clinical characteristics, risk fact

## INTRODUCCION

La artritis reumatoide (AR) es una poliartritis periférica, inflamatoria y simétrica de etiología desconocida. (1) Una de sus características es que lleva a la deformación y destrucción de las articulaciones a través del estiramiento de los tendones y ligamentos y de la erosión del cartílago y el hueso. De no ser tratada o si no responde al tratamiento la AR puede llevar a pérdida de función articular con la consiguiente inhabilidad de llevar a cabo tareas diarias comunes y laborales. (1)

La dificultad para distinguirla de otras poliartritis periféricas se asienta en el hecho de que sus signos distintivos (como erosiones, nódulos reumatoides y otras manifestaciones extrarticulares), aparecen en pacientes con enfermedad de larga duración y mal controlada, pero con frecuencia están ausentes en la presentación inicial. Esto complica el diagnóstico temprano de esta enfermedad crónica, dolorosa y debilitante. (2)

Nuestra investigación pretende conocer las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados con AR, mediante la recolección de datos ingresados en las historias clínicas del Hospital Luis Vernaza durante los últimos 13 años. Al analizar esta información esperamos contribuir con información válida sobre el comportamiento de la AR en el país e influenciar la génesis de más interés sobre esta enfermedad que bien es cierto no representa un gran porcentaje de la morbilidad ecuatoriana, pero que no puede dejarse pasar por alto debido a su pronóstico debilitante y al empeoramiento de la calidad de vida que conlleva.

## JUSTIFICACION

Nuestra investigación se enfocará en conocer el estado clínico de los pacientes con Artritis Reumatoide y los factores de riesgo asociados a esta patología. Como se ha descrito anteriormente, la AR es una enfermedad reumatológica común que necesita un abordaje temprano y seguimiento frecuente; lastimosamente en Latinoamérica y en nuestro país las enfermedades reumatológicas en general no reciben la atención que su gravedad merece. La importancia de estudiar estas enfermedades se refleja en los datos de la Organización Panamericana de la Salud, según la cual hay 34 millones de personas con discapacidad permanente, y 140 millones con discapacidad temporal en la región latinoamericana a causa de las enfermedades reumáticas. Por esto y más la AR debería ser una prioridad de salud pública en todos los países de América Latina.

Buscamos que los resultados de la investigación puedan reflejar el comportamiento de la AR en la ciudad de Guayaquil, ya que el Hospital Luis Vernaza representa una de las entidades de salud más importantes y cuenta con especialistas que valoran esta enfermedad. Conoceremos la edad promedio a la que se diagnostica AR, la gravedad de la misma y su perfil epidemiológico, con el objetivo de impulsar la investigación básica, clínica y epidemiológica de las enfermedades reumáticas y motivar a la formación de recursos humanos especializados en nuestro país.

# **OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS**

## **OBJETIVO GENERAL**

Identificar las características clínico epidemiológicas de portadores de Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza 2005 – 2018.

## **OBJETIVOS ESPECIFICOS**

1. Determinar la prevalencia de Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza desde el año 2005 al 2018.
2. Conocer los factores epidemiológicos: edad, sexo, antecedentes familiares y hábito tabáquico en los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital Luis Vernaza desde el año 2005 al 2018.
3. Identificar el número de articulaciones afectadas en los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital Luis Vernaza desde el año 2005 al 2018.
4. Estimar el tiempo de evolución de la enfermedad en pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital Luis Vernaza desde el año 2005 al 2018.
5. Indicar quienes presentaron factor reumatoide positivo en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide año 2005 al 2018.
6. Establecer el manejo terapéutico de los pacientes con diagnóstico de Artritis Reumatoide atendidos en el Hospital Luis Vernaza desde el año 2005 al 2018.

## MARCO TEORICO

### Definición:

La artritis reumatoide (AR) es la enfermedad inflamatoria articular más común. Es una inflamación crónica progresiva y simétrica. Cuando se deja sin tratar lleva a la destrucción articular. También hay afectación de tendones, vasos y órganos internos. La enfermedad puede ocurrir a cualquier edad, preferiblemente entre los 35 y 50 años de vida. El género femenino se ve afectado 3 veces más a menudo que el masculino. (1)

En la AR los tejidos sinoviales proliferan descontroladamente originando una excesiva producción de líquido, destruyendo el cartílago, erosionando el hueso subyacente y produciendo daño de tendones y ligamentos. A pesar de que el tejido diana de la AR es la sinovial, prácticamente todos los pacientes muestran alguna manifestación sistémica. (2)

Mundialmente, las enfermedades musculoesqueléticas representan una amenaza para el envejecimiento saludable, siendo la segunda causa más común de discapacidad. (3) Esta enfermedad con frecuencia lleva a limitación funcional y muerte prematura. Si bien es cierto el pronóstico a largo plazo de la AR ha mejorado exponencialmente a partir de la introducción de fármacos modificadores de la enfermedad; la carga global de AR está aumentando debido a su curso progresivo y el aumento de la expectativa de vida alrededor del mundo. (3)

## **Epidemiología**

La AR se distribuye mundialmente, con una prevalencia constante del 0.5% a 1% de los adultos variando entre grupos poblacionales. El género femenino se ve afectado 3 veces más a menudo que el masculino. La incidencia anual es de 40 por 100000 habitantes en las mujeres y alrededor de la mitad en los varones; en los varones la incidencia aumenta de forma constante y se acerca a la de las mujeres del grupo mayor de los 65 años. (4)

El comienzo de la aparición de la AR es entre los 35 y 50 años, aunque puede aparecer a cualquier edad. La AR es 2-3 veces más frecuente en los padres de las personas afectadas. Su concordancia en los gemelos monocigotos es del 15-30%, y en los dicigotos, del 5-10%. (4) Según los países y etnias existen grandes variaciones en la frecuencia de la AR. Por ejemplo en Europa del Norte y en Norteamérica la AR se presenta en el 0.8% de la población, pero en Asia la prevalencia es del 0.3 al 0.8%. En las zonas rurales de Sudáfrica diagnosticar AR es excepcional, pero en el medio urbano su prevalencia puede llegar a ser del 3,3% de la población (especialmente en algunas poblaciones con alto índice de consanguinidad). (1)

Latinoamérica se caracteriza por ser multiétnica con un estimado de 600 millones de habitantes que muestran una gran heterogeneidad entre sus naciones. (5) Un estudio realizado en Brasil determinó que la prevalencia de AR en la población latinoamericana es cercana al 0.5%. (6) Existe un estudio en el Pacífico colombiano que reporta una prevalencia del 0,01%. (7) En Argentina, Scublinsky et al proyectaron una prevalencia cercana al 1% en una población de 70000 pacientes en Buenos Aires.

(8) Así vemos, que en nuestra región los resultados en cuanto a prevalencia de AR difieren llamativamente.

Analizar epidemiológicamente la AR es un reto, debido primero a que es una patología heterogénea en su forma de debutar y segundo, que no contamos con una prueba complementaria lo suficientemente sensible y específica para identificarla tempranamente. (4)

### **Factores de riesgo**

Existe variedad de factores genéticos y ambientales asociados con el riesgo de desarrollar artritis reumatoide (AR). Las asociaciones más fuertemente involucradas son el sexo femenino, los antecedentes familiares de AR, el factor genético del "epítopo compartido" y el hábito tabáquico o la exposición al mismo. (9) Recientes estudios proponen a la inflamación de la mucosa y factores microbianos como contribuyentes al desarrollo de la AR. (10)

Es necesario resaltar que los factores anteriormente nombrados no contribuyen al 100% de la heredabilidad. Aún se desconoce el disparador que hace la diferencia entre el riesgo hereditario y el riesgo genético, pero es probable que se deba a un gen desconocido así como factores ambientales no estudiados.

Se han asociado múltiples factores ambientales, dietéticos y de estilo de vida con la AR. Aunque la mayoría de estas asociaciones solo se ven en estudios individuales, o existen discrepancias entre resultados en múltiples estudios, el factor ambiental que

tiene asociaciones fuertes y consistentes con la AR, es la exposición al tabaco. (2) A continuación se enumeran los factores asociados con riesgo de desarrollar AR:

<b>Factores ambientales (y otros) asociados con riesgo de desarrollar AR.</b>
<u>Riesgo Alto</u> Sexo femenino. Exposición al humo del tabaco. Exposición ocupacional al silicio. Polución Ambiental. Alto consumo de sodio, carnes rojas y hierro. Obesidad. Baja ingesta y niveles de vitamina D.
<u>Riesgo bajo</u> Consumo de pescado y ácidos grasos omega 3. Ingesta moderada de alcohol. Dieta saludable. Uso de estatinas. Uso de anticonceptivos orales / reemplazo hormonal.

Tomado y modificado de Sherine E Gabriel MD Epidemiology of, risk factors for, and possible causes of rheumatoid arthritis.

## **Diagnóstico**

Diagnosticar AR es un proceso fundamentalmente clínico basado en el interrogatorio, examen físico, evolución de los signos encontrados y respuesta al tratamiento. Se conoce que el tratamiento es más eficaz en la fase inicial, por lo cual se recomienda que el diagnóstico se efectúe tempranamente; antes de que aparezcan lesiones irreversibles. (11)

La forma de presentación de la Artritis Reumatoide suele ser insidiosa, una poliartritis simétrica de las manos, muñecas y pies que ha durado semanas a meses. También debuta con sintomatología sistémica como fatiga, pérdida de peso y fiebre; cuando se deja a la enfermedad sin control seguir su evolución, ocurren complicaciones extraarticulares e incluyen el compromiso hematológico, oftalmológico, vascular, pulmonar, cardiaco, renal y neurológico. (12) El compromiso articular específico, duración de los síntomas y la presencia o ausencia de hallazgos de laboratorio anormales (factor reumatoide, ACPA, VSG, PCR) son factores usados en sistemas de puntuación y clasificación que buscan clasificar a los pacientes para el tratamiento temprano de la AR. (4)

Se requiere la presencia de sinovitis en al menos una articulación, ausencia de diagnósticos alternativos que expliquen mejor la sinovitis y un puntaje (al menos 6 de 10) usando los criterios de la American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism. (13) Los criterios se enumeran a continuación:

### **Criterios para el diagnóstico de Artritis Reumatoide 2010 ACR/EULAR**

<b>CRITERIOS PARA CLASIFICAR A LOS PACIENTES CON AR 2010 ACR/EULAR</b>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presencia de sinovitis clínica (hinchazón) en al menos una articulación no explicada por otra enfermedad (por ejemplo, la artritis psoriásica, sistémica lupus eritematoso u otras enfermedades reumáticas que se manifiestan con artritis inflamatoria).</li> <li>• Tener un puntaje acumulado de al menos 6 de cada 10 puntos de los siguientes.</li> </ul>	
Cuatro categorías (utilizando la puntuación más alta de cada categoría):	
	PUNTOS
1 articulación grande	0
2–10 articulaciones grandes	1
1–3 articulaciones pequeñas	2
4–10 articulaciones pequeñas	3
> 10 articulaciones con inclusión de al menos 1 articulación pequeña (puede también incluir articulaciones distintas a las enumeradas anteriormente, excepto las articulaciones excluidas).	5

**I. Afectación articular** (Incluye articulaciones sensibles o inflamadas indicativas de la sinovitis activa. Las articulaciones grandes incluyen hombros, codos, caderas, rodillas, y tobillos. Las articulaciones pequeñas incluyen articulaciones metacarpofalángica, articulaciones interfalángicas proximales, segunda a quinta. Articulaciones metatarsfalángicas, articulaciones interfalángicas del pulgar, y muñecas. Articulaciones interfalángicas distales, y la primera carpometacarpiana las primeras articulaciones metatarsfalángicas están excluidas).

**II. Categorías serológicas (RF ¼ factor reumatoide, ACPA ¼ anticitrulinado)**

El valor negativo es ULN (superior al límite normal para la respectiva prueba de laboratorio); bajo-positivo es > ULN pero <3 ULN; alto positivo es > 3 ULN).

	PUNTOS
RF negativo y ACPA negativo	0
Baja-positiva RF o baja-positiva ACPA	2
RF positivo alto o ACPA 3 positivo alto	3

**III. Respuesta de fase aguda**

	PUNTOS
PCR normal y VSG normal	0
PCR anormal o VSG anormal	1

**IV. Duración de los síntomas** (Según los síntomas autoinformados por el paciente de sinovitis).

	PUNTOS
<6 semanas	0
6 semanas	1

**Otros pacientes clasificados con RA:**

- Pacientes con cambios radiográficos que son muy característicos de la artritis reumatoide (por ejemplo, erosiones óseas periarticulares) que han cumplido los criterios anteriores en el pasado.
- Pacientes con síntomas prolongados (activos o inactivos) con o sin tratamiento que hayan cumplido lo anterior.

Criterios en el pasado basados en datos retrospectivos.

Tomado de la guía NICE: Rheumatoid arthritis in adults:management.

Es importante reconocer que la AR se ha definido prácticamente en todos los ensayos clínicos de medicamentos para la AR iniciados desde 1987 hasta 2010, según los criterios desarrollados y validados por la ACR (anteriormente conocida como American Rheumatism Association). En 1987 se clasificó a un paciente como AR si al menos cuatro de estos siete criterios se cumplieran; cuatro de los criterios deben haber estado presentes durante al menos seis semanas: rigidez matutina, artritis de

tres o más áreas articulares, artritis de las manos y artritis simétrica. El factor reumatoide (RF) se incluyó como criterio, pero la prueba de anticuerpos contra el péptido citrulinado anticíclico (ACPA) no estaba disponible en ese momento. Los otros dos criterios fueron nódulos reumatoides y cambios erosivos radiológicos típicos de la AR, pero estos generalmente no están presentes en las etapas tempranas de la enfermedad. (13)

### **Presentación clínica**

El debut de la AR, como ya se dijo, suele ser insidioso, durante semanas o meses, Los síntomas sistémicos suelen aparecer primero en algunos pacientes. Los síntomas articulares iniciales suelen aparecer en las manos, las muñecas y los pies. (14)

El mayor porcentaje (70%) de pacientes con AR debutan con una oligo o poliartritis distal progresiva y simétrica que toma las siguientes articulaciones: muñeca, segundas o terceras metacarpofalángicas, interfalángicas proximales e incluso antepié; pero no de las interfalángicas distales. Las articulaciones involucradas son dolorosas, parcialmente rígidas. El ritmo de los dolores es característico del reumatismo inflamatorio: nocturno, despertando a los enfermos, máximo en la mañana provocando rigidez en las articulaciones que cede con el paso del tiempo. (11) Es infrecuente que la AR debute en rodillas, codos u hombros pero existen casos descritos. En algunos casos puede comenzar el daño articular por las rodillas o los codos. En aproximadamente el 20% de los casos, la AR comienza como una poliartritis febril aguda con gran alteración de la condición general, evocando fácilmente un estado infeccioso. (11)

En todos los casos es necesario buscar implicaciones tendinosas. La tendosinovitis, que es común en AR temprana, tiene gran valor diagnóstico. Pueden comprometer los tendones extensores de los dedos, formando un edema móvil con los tendones en la parte posterior de la muñeca y los flexores de los dedos, determinando un síndrome del túnel carpiano o más raramente, afectando el peroné largo. (15)

### **Exámenes complementarios**

En el 90% de los casos existe un síndrome inflamatorio inespecífico, con un aumento de la velocidad de sedimentación globular (VSG) y / o proteína C reactiva (PCR). (1)  
La electroforesis sérica muestra un aumento de alfa-2 y gamma globulinas. A veces hay anemia moderada, normo o hipocrómica, hiposiderémica, de origen inflamatorio, bien correlacionada con la evolución de la enfermedad articular. Puede suceder que aparezca anemia hemorrágica, generalmente por lesión crónica gastrointestinal. (11)

En aproximadamente el 25% de los casos existe hiperleucocitosis con polinucleosis y, a veces, eosinofilia. La leucogranulopenia es más rara, se convierte en parte de un síndrome de Felty (0,5% de la AR) o incluso parte de un síndrome de grandes linfocitos granulares. La hipertrombocitosis está bien correlacionada con la condición articular inflamatoria. (16)

*Anticuerpos Factor Reumatoide (FR) y anti péptidos citrulinados (ACPA):*

El factor reumatoide (FR) es un anticuerpo anti-gamma globulina que más comúnmente pertenece a la clase de IgM, también puede ser IgA, IgG, IgD o IgE,

cualquiera que sea la clase de inmunoglobulinas, su punto común es estar siempre dirigido contra la inmunoglobulina G humana o animal.

Los anticuerpos factor reumatoide y anti péptidos citrulinados se usan en la evaluación inicial de un paciente con sospecha de AR. Hay que recordar los resultados de ambas pruebas son meramente informativos, ya que un resultado positivo para cualquiera de las pruebas aumenta la sensibilidad diagnóstica general, mientras que la especificidad aumenta cuando ambas pruebas son positivas. (17) Al comienzo de la enfermedad, los resultados del factor reumatoide (FR), son a menudo negativos. Sin embargo, varios estudios de cohorte recientes encuentran que la presencia de un nivel significativo de FR en esta etapa es un elemento de mal pronóstico (11). En algunos pacientes, la FR puede estar presente en el suero sin manifestación clínica y esto puede suceder años antes del inicio de las manifestaciones clínicas. Sin embargo podemos encontrar FR en sujetos que nunca desarrollarán AR.

En la fase de estado, el FR está presente en 70 a 85% de los casos, lo que corresponde a las llamadas AR "seropositivas" a diferencia de las AR "seronegativas" en los que no hay FR detectable. Parece que hay una alguna correlación entre el título de positividad de FR y la progresión radiológica de la AR, ya que las artritis graves con signos extraarticulares son casi siempre muy seropositiva.

Los anticuerpos contra péptidos / proteínas citrulinados (CCP) generalmente se miden mediante ensayos de inmunoabsorción ligados a enzimas (ELISA) utilizando CCP como antígeno. Los anticuerpos anti-CCP tienen una sensibilidad similar a la FR para la AR, pero tienen una especificidad mucho mayor (95 a 98 por ciento). La

especificidad es mayor en pacientes con títulos más altos de anticuerpos anti-CCP (al menos tres veces el límite superior de lo normal). (17) (18)

#### *Prueba de anticuerpos antinucleares (ANA):*

La búsqueda de anticuerpos antinucleares (ANA) debe ser sistemática durante la investigación inicial de AR, especialmente para descartar lupus eritematoso sistémico. Los ANA se encuentran en 15 a 30% de los casos, en un título generalmente más bien débil. (17) Los anticuerpos anti-ADN nativos, característicos del LES son muy raros durante la AR (menos del 5% de los casos por el método de Farr, más frecuente por ELISA). Los anticuerpos antinucleares solubles (anti-RNP, anti-SSA o anti-SSB) son excepcionales en la AR, excepto en casos de síndrome de superposición. (11)

#### *Radiografías de las manos, las muñecas y los pies:*

Se obtienen durante la evaluación inicial principalmente como una línea de base para monitorear la progresión de la enfermedad. (11) Sin embargo, se pueden observar erosiones articulares características en pacientes que presentan síntomas por primera vez y, por lo tanto, ayudan en el diagnóstico. Además, en pacientes con otros trastornos, como artritis psoriásica, espondiloartropatía, gota o condrocalcinosis, los cambios radiográficos más característicos de estas afecciones pueden indicar un diagnóstico alternativo. (2)

### **Tratamiento**

El tratamiento de la artritis reumatoide se dirige hacia el control de la sinovitis y la prevención de lesiones articulares. La elección de las terapias depende de varios

factores, incluida la gravedad de la actividad de la enfermedad cuando se inicia la terapia y la respuesta del paciente a las intervenciones terapéuticas anteriores. (11) Los medios terapéuticos utilizados en la AR incluyen general y local, información al paciente, rehabilitación funcional y equipamiento, abordaje médico-psicológico y cirugía. La atención será multidisciplinaria y será de interés para el reumatólogo de acuerdo con cada uno los pacientes, de la etapa evolutiva y la gravedad de la enfermedad. (19)

Durante los últimos diez años los objetivos terapéuticos se han vuelto más ambiciosos; al comienzo de la evolución de una poliartritis aún indeterminada, uno de los primeros objetivos es obtener la opinión de un especialista, si es posible en los tres primeros meses. Esta opinión es fundamental para confirmar el diagnóstico. (15) A corto plazo se busca lograr la remisión temprana de la enfermedad. Se define esta remisión por una desaparición de los síntomas y signos de artritis, la restauración de las capacidades funcionales y una regresión del síndrome inflamatorio. (20)

Actualmente hay tres clases principales de medicamentos disponibles para el tratamiento de la AR: antiinflamatorios no esteroideos (AINES), corticosteroides y tratamientos de fondo, llamados modificadores de la enfermedad DMARD (disease-modifying antirheumatic drugs), los llamados fármacos antirreumáticos de los cuales hay dos grupos: tratamientos de fondo convencional (DMARD sintético) y bioterapias (biológicas FAME). (19)

### *Elección de la terapia*

Las opciones de tratamiento se basan en múltiples factores, que incluyen:

1. Nivel de actividad de la enfermedad (p. Ej., Leve versus moderado a grave)
2. Presencia de condiciones comórbidas.
3. Etapa de la terapia (p. Ej., Terapia inicial versus terapia posterior en pacientes resistentes a una intervención determinada).
4. Restricciones reglamentarias (por ejemplo, limitaciones de cobertura del gobierno o de la compañía de seguros de salud).
5. Preferencias del paciente (p. Ej., Ruta y frecuencia de administración de medicamentos, requisitos de monitoreo, costo personal).
6. Presencia de signos pronósticos adversos. (15)

Se puede usar una combinación de los siguientes tipos de terapias: medicamentos antiinflamatorios de acción rápida, que incluyen medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINES) y glucocorticoides sistémicos e intraarticulares; Los DMARD, incluidos los DMARD no biológicos (moléculas pequeñas o sintéticas tradicionales) y biológicos, y un inhibidor de la quinasa de moléculas pequeñas administrado por vía oral, todos ellos tienen el potencial de reducir o prevenir el daño articular y preservar la integridad y función de la articulación y los DMARD no biológicos (o sintéticos convencionales) que se usan con más frecuencia incluyen la hidroxcloroquina (HCQ), la sulfasalazina (SSZ) y el Metrotexato MTX. (15)

## **Prevención y manejo no farmacológico**

A pesar de los avances en la terapia farmacológica para la artritis reumatoide (AR), muchos pacientes continúan experimentando en alguna forma la actividad de la enfermedad con el riesgo de desarrollar discapacidad. Las medidas dirigidas a identificar la enfermedad activa temprana y controlar la inflamación son esenciales pero la enfermedad en sí misma y los medicamentos utilizados para el tratamiento pueden contribuir al aumento de los riesgos de enfermedad cardiovascular, pérdida ósea e infección grave. Muchos de estos riesgos pueden reducirse sustancialmente mediante una serie de intervenciones preventivas. (5)

## **Tratamiento farmacológico**

### *Antiinflamatorios no esteroideos*

Los AINES utilizados en la AR son numerosos, son muy útiles debido a su efecto antiinflamatorio y analgésico. La toxicidad de los AINES se ve principalmente en el tracto gastrointestinal y desempeñan un papel importante en el aumento de la mortalidad observado en la AR. (11)

Los coxibs son inhibidores selectivos de la ciclooxigenasa (COX) tipo 2 y han demostrado capacidad de reducir en un 50 a 80% el riesgo de complicaciones digestivas graves. La principal diferencia entre los AINE y coxibs se trata de la tolerancia digestiva, los otros eventos adversos parecen ampliamente comparables entre los diferentes productos, ya sea un AINES "clásico" o un coxib especialmente en el riñón y aparato cardiovascular. Se recomienda ser particularmente vigilante en sujetos con antecedentes de enfermedades cardiovasculares como infarto de

miocardio o accidente cerebrovascular, para limitar la dosis y la duración del tratamiento tanto como sea posible. (21)

Los AINES suelen recetarse como primera línea durante las primeras semanas de progresión de la AR, antes de realizar el diagnóstico. (22) Son efectivos en el dolor inflamatorio, hinchazón y rigidez matutina, pero estos fármacos solos no impiden la progresión clínica o estructural de la enfermedad, y su uso es recomendado en combinación con DMARD. (23)

### *Glucocorticoides*

La terapia con corticosteroides tiene un beneficio importante durante la AR. Sus indicaciones han evolucionado mucho desde hace algunos años. La acción rápida de los corticosteroides a menudo puede controlar ciertas situaciones difíciles. (24) Trabajos recientes han demostrado que a dosis bajas un tratamiento prolongado con corticosteroides puede enlentecer la destrucción osteocartilaginosa. Esta noción parece especialmente cierta al inicio de la enfermedad y sigue siendo objeto de discusión (13).

Los corticosteroides orales se basan en prednisona y derivados de prednisolona. La dosis que se recomienda generalmente e inicialmente del orden de 10 a 15 mg de prednisona equivalente por día, esta la dosis se reduce progresivamente hasta que se obtiene la llamada dosis efectiva mínima. (25) Cabe destacar que trabajos recientes confirman el rol potencialmente nocivo de la terapia a largo plazo con corticosteroides en la AR, porque aumentan el riesgo de eventos trombotico (infarto de miocardio y accidente cerebrovascular). (19)

Los corticosteroides en forma intravenosa a dosis altas pueden usarse en casos especiales: mayor empuje articular de la poliartritis, complicaciones viscerales

incluyendo vasculitis. Entonces se recomienda Metilprednisolona en una dosis que varía de 100 mg a 1 g / día durante 1 a 3 días seguidos. (26)

### *Drogas antirreumáticas modificadoras de la enfermedad DMARD*

Son un grupo de fármacos que tienen efectos sintomáticos y propiedades modificadoras de la enfermedad. Retrasan y evitan la destrucción de las estructuras articulares y así preservan el funcionamiento de las mismas. A diferencia de los AINES y corticoides orales influyen en el curso de la enfermedad alcanzando un inicio de la acción a las 4 a 16 semanas. (21)

El metotrexato (MTX) es un inmunosupresor antifólico con propiedades antiproliferativas cuando se usa en altas dosis en hematología u oncología, y antiinflamatorio cuando se usa en una dosis más baja. (27) Es el tratamiento de fondo más recetado y uno con la tasa más alta de mantenimiento a largo plazo. Cuando el metotrexato solo ya no controla la enfermedad, se recomienda asociarlo con las bioterapias. La combinación de metotrexato + bioterapia es de hecho más efectiva que la bioterapia sola y tan bien tolerada.

Este medicamento está contraindicado en casos de embarazo, enfermedad hepática, intoxicación crónica por alcohol e insuficiencia renal crónica. Muchos estudios han demostrado su efectividad durante la AR, sobre los síntomas, aspectos clínicos y biológicos de la enfermedad. El MTX es actualmente el primer tratamiento recomendado a largo plazo asociado al comienzo de la enfermedad con corticosteroides. (22)

La hidroxiclороquina (HCQ) pertenece a la clase terapéutica de los antipalúdicos antirreumáticos y sintéticos. Tiene una acción antiinflamatoria y reguladora sobre el sistema inmunológico. Recientemente, sus propiedades anti-ateromatosas y antitrombóticas (protección cardiovascular) han sido subrayadas. Actualmente se utiliza principalmente en el lupus; su lugar es limitado en la AR, reservado para formas benignas de poliartritis no diferenciadas en los primeros meses de evolución. Se puede asociar especialmente con otros tratamientos convencionales. (28)

La sulfasalazina (SZP), pertenece a la clase terapéutica de antiinflamatorios digestivos. Se utiliza como tratamiento a largo plazo para la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa. La sulfasalazina actúa inhibiendo la producción de ácido araquidónico (efecto antiinflamatorio), pero se cree que también tiene una acción inmunosupresora cuyo mecanismo aún no se conoce bien. Tiene una eficacia modesta y efectos secundarios potenciales como hematológicos, hepáticos, y más raramente hipersensibilidad. (27) Ciclosporina y azatioprina todavía son útiles y eficaces solos o en combinación con los DMARD, en pacientes que no pueden beneficiarse de bioterapia. (20)

Se utilizaron sales de oro desde la década de 1930, pero su escasa relación beneficio / riesgo (dérmica, hematológica, toxicidad renal) ha llevado a un casi abandono de su prescripción hoy en día. (27) Por las mismas razones, moléculas sulfhidriladas (d-penicilamina, tiopronina) están excluidos de los regímenes actuales. (22)

La leflunomida (LEF) se ha utilizado desde el 2000 a dosis de 20 mg / día. Está contraindicado en caso de embarazo, enfermedad hepática e insuficiencia renal

crónica. Los estudios han confirmado que tiene una eficacia comparable a la del MTX sobre los síntomas y signos de la AR. Se puede utilizar en primera línea o como una alternativa a MTX, a la que puede posiblemente asociarse con la condición de una vigilancia de los marcadores hepáticos. (20)

### *Bioterapias*

Estos medicamentos, procedentes de un mejor conocimiento de la fisiopatología de la AR son moléculas sintéticas dirigidas contra un objetivo específico de la respuesta inmune. Pueden ser anticuerpos monoclonales o proteínas de fusiones capaces de destruir, o inactivar una citoquina, de neutralizar una célula inmunitaria, o evitar su activación. (15)

### *Antagonistas de Factor de necrosis tumoral alfa - TNF $\alpha$*

Estos medicamentos son capaces de bloquear o inactivar el TNF, una de las citoquinas más involucradas en la respuesta inflamatoria y destrucción osteoarticular. La demostración de la eficacia del anti-TNF se realizó en pacientes que tenían una respuesta inadecuada al MTX, situación que corresponde su indicación de comercialización actual.

Se registraron mejores resultados sobre los síntomas clínicos y la prevención de lesiones estructurales durante la AR reciente (menos de tres años), en asociación con MTX. En ausencia de un juicio controlado comparando la eficacia de los tres anti-TNF, no hay una superioridad demostrada de un producto sobre otro. (24)

### *Agentes anti-interleucina-1 (IL-1)*

En asociación con MTX, los estudios han observado una mejoría en 16 semanas de los signos y síntomas de AR y ralentizaron la progresión de las lesiones radiográficas. Sin embargo, este producto es considerado menos efectivo que los anti-TNF y no se recomienda en caso de fallo de estos. El setenta por ciento de los pacientes tienen una reacción eritematosa de la piel en el lugar de la inyección. Hay un mayor riesgo infecciones bacterianas severas, especialmente cuando son utilizado en dosis altas (> 100 mg / día), pero no se encontró mayor riesgo de tuberculosis e infecciones oportunistas. Su asociación con etanercept está contraindicada. (20)

## **MATERIALES Y MÉTODOS**

### **Diseño del estudio:**

Se trata de un estudio transversal, cualitativo y descriptivo que busca conocer las características clínicas de la Artritis Reumatoide y su asociación con los factores de riesgo conocidos en el Hospital Vernaza desde enero del 2005 a enero del 2018.

### **Población de estudio:**

Todos los pacientes atendidos en el Hospital Luis Vernaza entre Enero del 2005 a Enero del 2018 con el diagnóstico de Artritis Reumatoide, se incluyeron 605 pacientes.

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes entre 30 años y 70 años.
- Pacientes de sexo masculino y femenino.
- Pacientes que cumplan más de 4 criterios ACR (American College of Rheumatology) (1987).
- Historia clínica completa.

### **Criterios de exclusión**

- Portadores de artritis juvenil, artritis psoriásica, espondilitis anquilosante.
- Pacientes con enfermedades acompañantes aparte de su enfermedad eje.
- Pacientes que no hayan seguido el tratamiento.

**Variables:**

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>TIPO</b>	<b>INDICADORES Y ESCALA VALORATIVA</b>
<b>1. EDAD</b>	Tiempo transcurrido desde el nacimiento	Cuantitativa discreta	Años  SUBGRUPOS 30 años 31-52 años >52 años
<b>2. SEXO</b>	Características fenotípicas generada por cromosoma sexual	Cualitativa politómica	Escala nominal Masculino Femenino
<b>3. ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	Antecedentes Familiares de enfermedades autoinmunes en la familia del paciente	Cualitativa dicotómica	Si No
<b>4. HÁBITO TABÁQUICO</b>	Hábito Tabáquico Definido como no fumador, ex fumador o fumador activo	Cualitativa dicotómica	No fumador Ex fumador Fumador activo
<b>5. NUMERO DE ARTICULACIONES AFECTADAS</b>	Forma de debut de la clínica del paciente	Cualitativa politómica	Monoarticular Oligoarticular Poliarticular

<b>6. TIEMPO DE EVOLUCIÓN</b>	Tiempo de duración de la enfermedad conocida	Cuantitativa discreta	Subgrupos <ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt; 1 año</li> <li>• 3 - 5 años</li> <li>• 5 - 10años</li> <li>• &gt;10 años</li> </ul>
<b>7. FACTOR REUMATOIDE</b>	Un auto anticuerpo, una inmunoglobulina de tipo IgM producida por el sistema inmune.	Cuantitativa discreta	Escala ordinal Si No
<b>8. TRATAMIENTO</b>	Conjunto de medios para aliviar o curar una enfermedad	Cuantitativa continua	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Esteroides</li> <li>- Antiinflamatorios no esteroideos (AINES)</li> <li>- Esteroides, AINE y fármacos modificadores del curso de la evolución de la enfermedad (FAME)</li> </ul>

### **Análisis estadístico:**

El universo estuvo conformado por 605 pacientes que abarca la totalidad de atendidos en los 13 años que comprendía el período de estudio, del cual se obtuvo una muestra, mediante la fórmula de cálculo de muestra, que proporcionó como resultado 386 pacientes, con un intervalo de confianza del 95%, y un margen de error de 5%, que fueron escogidos de manera aleatoria. La fórmula incluye como parámetros el número de elementos de la población (N), el nivel de confianza del 95% (Z), la proporción de elementos de la población con una característica, 20% que es el valor que provee una muestra más exacta (p), y el porcentaje de error estadístico tolerable que es de 5%. El estudio comprendió todos los pacientes ingresados en hospitalización con los siguientes diagnósticos de la CIE 10: 1. Artritis reumatoide, no especificada. 2. Artritis reumatoide seronegativa y 3. Artritis reumatoidea seropositiva, sin otra especificación; además de cumplir con las variables propuestas en la operacionalización. La base de datos fue incluida en el Software SPSS versión 22.0, con datos obtenidos del Historial Médico de los pacientes incluidos.

## RESULTADOS

**1. Prevalencia:** Durante los 13 años del estudio, en el Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil se atendieron 506,749 pacientes en el servicio de Consulta Externa; de los cuales 605 pacientes coincidieron con el diagnóstico de AR. Podemos entonces decir que la prevalencia de artritis reumatoide en el Hospital Luis Vernaza entre los años 2005 a 2018 fue del 0,1%, es decir uno de cada 1000 pacientes atendidos fue diagnosticado con Artritis Reumatoide. En la tabla 1 se muestran las variaciones en el número de diagnósticos de AR durante los 13 años del estudio. En el gráfico 1 podemos observar que la tendencia de los diagnósticos de AR no es estable; hay años como el 2012 donde se duplican los valores promedio.

**Tabla 1 Número de pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza, años 2005 a 2018.**

AÑO	Número de Pacientes diagnosticados con AR
2005	21
2006	52
2007	56
2008	71
2009	27
2010	10
2011	54
2012	104
2013	32
2014	56
2015	40
2016	21
2017	59
2018	2
TOTAL	605

Tabla 1. Elaborado por: Canelos Tábata y Sánchez Lorena.

**Número de pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza, años 2005 a 2018.**

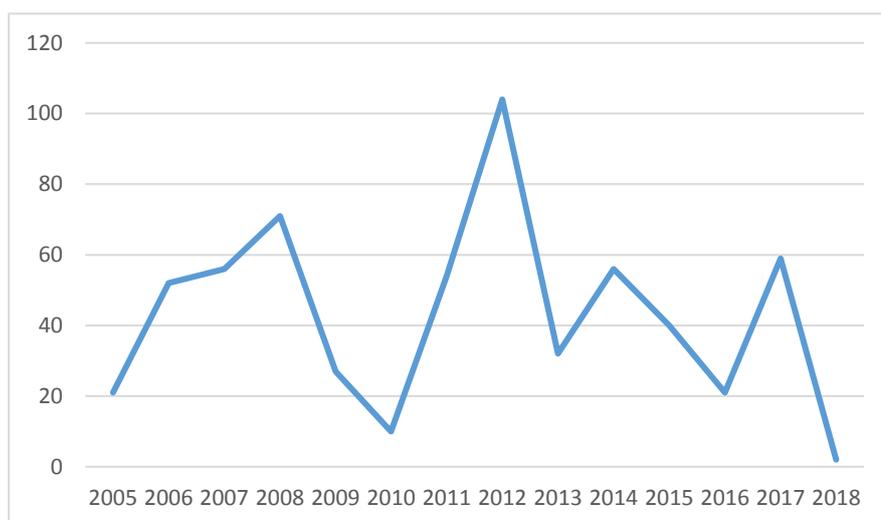


Gráfico 1. Elaborado por: Canelos Tábata y Sánchez Lorena.

**2. Factores epidemiológicos asociados con Artritis Reumatoide**

**2.1 Edad:** La media de la edad fue de 48,03 años con una desviación estándar de 11,74. La mediana de esta variable fue 45 años. Al analizar los datos por grupos de edad observamos que de 46 a 60 años hubieron más diagnósticos de AR (n: 217, 56.2%). El grupo de edad menos afectado fue de 61 a 75 años con el 17,9%. (tabla 2.1) (gráfico 2.1)

**Tabla 2.1 Edad de los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza 2005 a 2018**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	DE 30 A 45 AÑOS	100	22,9	25,9
	DE 46 A 60 AÑOS	217	49,7	56,2
	DE 61 A 75 AÑOS	69	15,8	17,9
	Total	386	88,3	100,0
Tabla 2.1 Elaborado por Canelos Tábata y Sánchez Lorena.				

## Edad de los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza 2005 a 2018

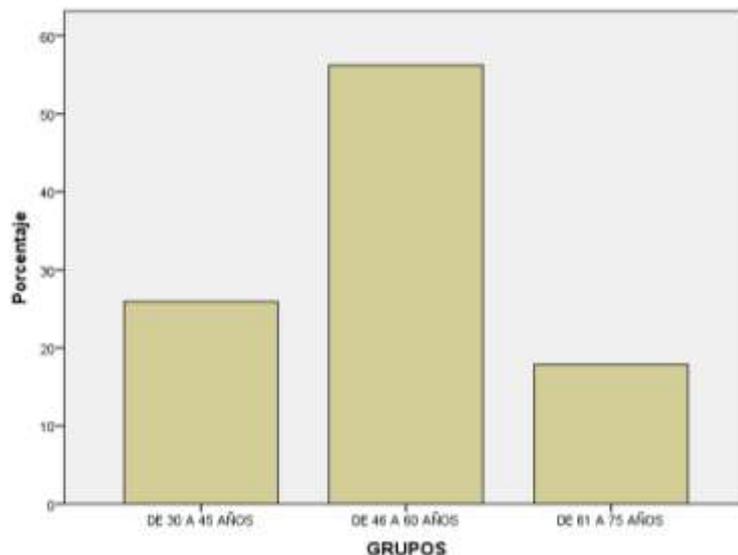


Gráfico 2.1 Elaborado por Canelos Tábata y Sánchez Lorena.

**2.2 Sexo:** Del total de pacientes de la muestra, encontramos que el sexo femenino lidera en cuanto a frecuencia de diagnóstico de AR. La razón mujeres/hombres fue de 5, 77. El 85, 2% de los pacientes diagnosticados con AR fueron mujeres mientras el 14, 8% correspondieron al género masculino. (Tabla 2.2) (Gráfico 2.2)

**Tabla 2.2 Sexo de los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza 2005 a 2018.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	MASCULINO	57	13,0	14,8
	FEMENINO	329	75,3	85,2
	Total	386	88,3	100,0

Tabla 2.2 Elaborada por Canelos Tábata y Sánchez Lorena.

**Sexo de los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza 2005 a 2018.**

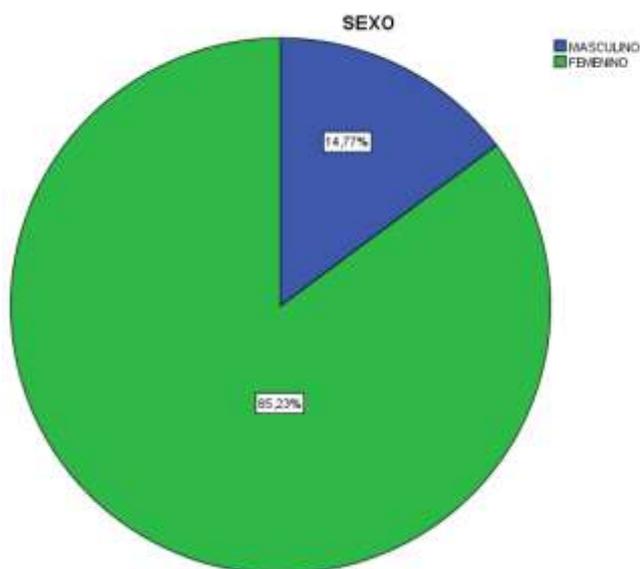


Gráfico 2.2 Elaborado por Canelos Tábata y Sánchez Lorena.

**2.3 Antecedentes Familiares de enfermedades autoinmunes:** En relación con el análisis de los antecedentes familiares, encontramos que el 47,4% (n: 183) de los pacientes refirieron que algún familiar suyo fue diagnosticado con alguna enfermedad autoinmune. El 52,6% (n: 203) restante negó tener conocimiento sobre sus antecedentes familiares. (Tabla 2.3) (Gráfico 2.3)

**Tabla 2.3 Presencia de Antecedentes Familiares de Enfermedades Autoinmunes en pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza 2005 a 2018**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	SI	183	41,9	47,4
	NO	203	46,5	52,6
	Total	386	88,3	100,0

Tabla 2.3 Elaborado por Canelos Tábata y Sánchez Lorena.

**Presencia de Antecedentes Familiares de Enfermedades Autoinmunes en pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza 2005 a 2018**

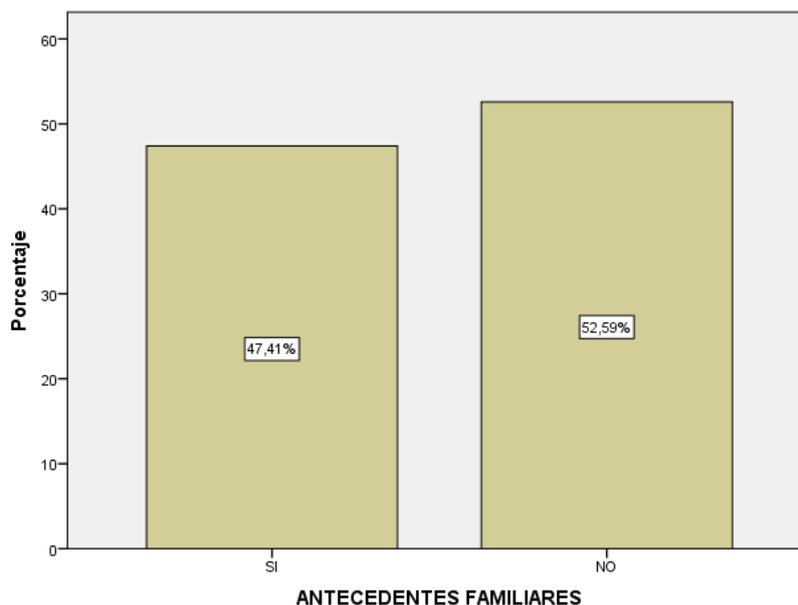


Gráfico 2.3. Elaborado por Canelos Tábata y Sánchez Lorena.

**2.4 Hábito Tabáquico:** En la base de datos obtenida del Hospital Luis Vernaza con los pacientes diagnosticados con AR, se encontró que el 26,4% (n: 102) durante su anamnesis reportaron haber estado expuestos activa o pasivamente al humo del tabaco. El mayor porcentaje de pacientes negaron esta exposición 73,6% (n: 284) (Tabla 2.4) (Gráfico 2.4)

**Tabla 2.4 Hábito tabáquico como factor de riesgo en pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza 2005 a 2018**

TABACO		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	SI	102	23,3	26,4
	NO	284	65,0	73,6
	Total	386	88,3	100,0

Tabla 2.4 Elaborado por Canelos Tábata y Sánchez Lorena.

## Hábito tabáquico como factor de riesgo en pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza 2005 a 2018

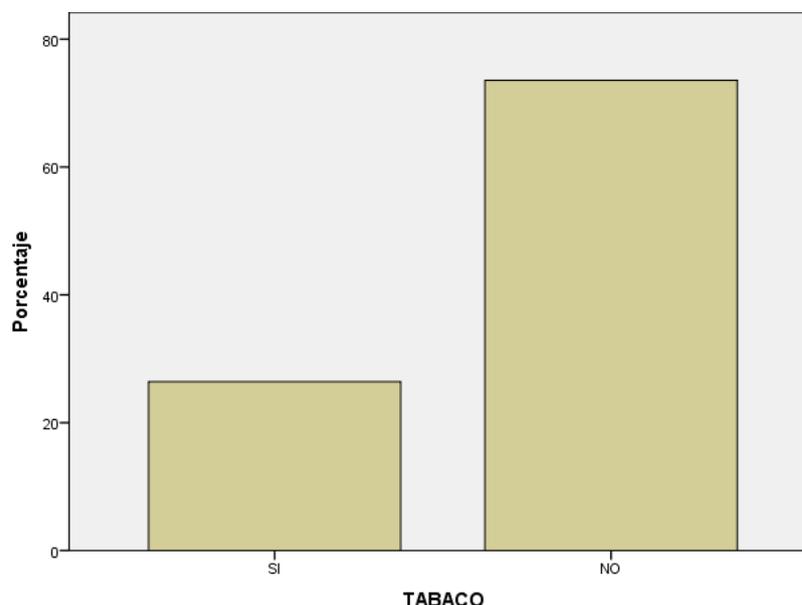


Gráfico 2.4 Elaborado por Canelos Tábata y Sánchez Lorena.

**2.5 Número de articulaciones afectadas:** En relación a las manifestaciones articulares de la AR, se buscó la forma de debut de la misma; el 79.3% (306 pacientes) manifestaron poliartritis (esto es 4 articulaciones o más) el 18.1% (70 pacientes) presentó oligoartritis (dos a 3 articulaciones) y solamente el 2,6% (10 pacientes) debutaron como monoartritis, la que es la menos frecuente de las presentaciones. (Tabla 2.5) (Gráfico 2.5)

**Tabla 2.5 Número de articulaciones afectadas en pacientes con artritis Reumatoide Hospital Luis Vernaza 2005 a 2018**

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido POLIARTRITIS	306	70,0	79,3
OLIGOARTRITIS	70	16,0	18,1
MONOARTRITIS	10	2,3	2,6
Total	386	88,3	100,0

Tabla 2.5. Elaborado por Canelos Tábata y Sánchez Lorena.

## Número de articulaciones afectadas en pacientes con artritis Reumatoide Hospital Luis Vernaza 2005 a 2018

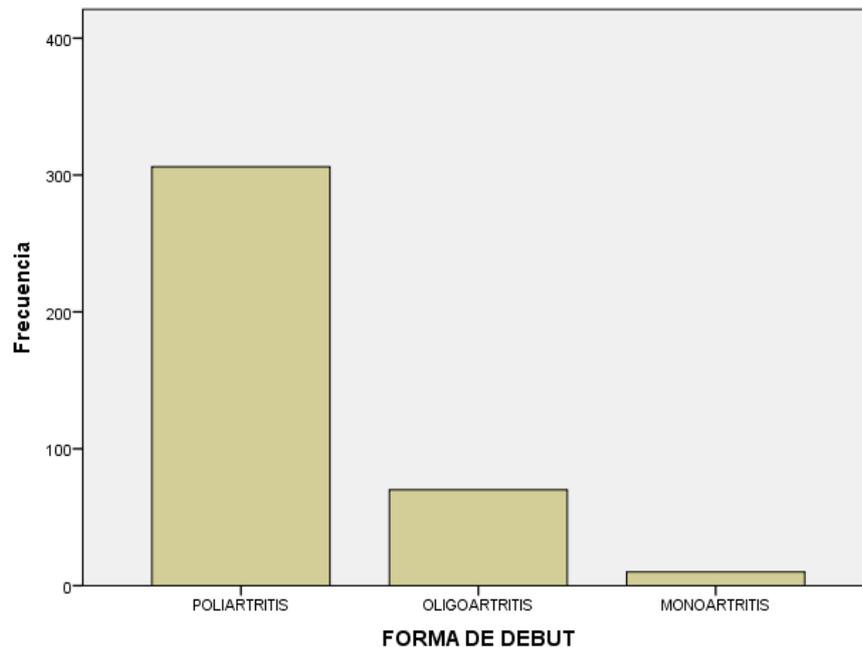


Gráfico 2.5. Elaborado por Canelos Tábata y Sánchez Lorena.

**2.6 Tiempo de evolución de la enfermedad:** En relación al tiempo de evolución de la inflamación articular, se estima que el 40,15% de la muestra tiene una enfermedad que ha durado de 2 a 5 años aproximadamente. Solamente un 25,3% lleva una enfermedad con menos de 1 año de evolución. Mientras en los rangos mayores de 5 años tenemos frecuencias similares: 17,35% para 5 a 10 años y 17,09% para enfermedades mayores a 10 años de evolución. (Tabla 2.6) (Gráfico 2.6)

**Tabla 2.6 Tiempo de evolución de la enfermedad en pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza 2005 a 2018**

Grupos por años de evolución	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
< 1 año	98	24,3	25,3
2 a 5 años	155	41,25	40,15
5 a 10 años	67	15,35	17,35
>10 años	66	14,09	17,09
Total	386	94,99	100,0

Tabla 2.6 Elaborado por Canelos Tábata y Sánchez Lorena.

### ***Tiempo de evolución***

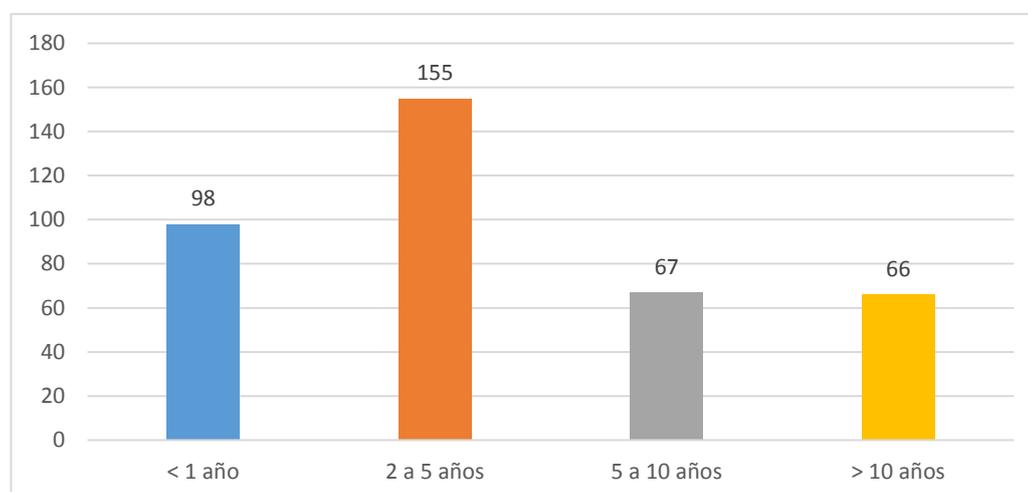


Gráfico 2.6. Elaborado por Canelos Tábata y Sánchez Lorena.

**2.7 Factor reumatoide positivo:** Investigando la seropositividad de la AR encontramos que el 80,8% fueron seropositivas, es decir con Factor Reumatoide positivo. El 19,2% fueron seronegativas. (Tabla 2.7) (Gráfico 2.7)

**Tabla 2.7 Factor Reumatoide en pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza 2005 a 2018**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	SI	312	71,4	80,8
	NO	74	16,9	19,2
	Total	386	88,3	100,0

Tabla 2.7. Elaborado por Canelos Tábata y Sánchez Lorena.

**Factor Reumatoide en pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza 2005 a 2018**

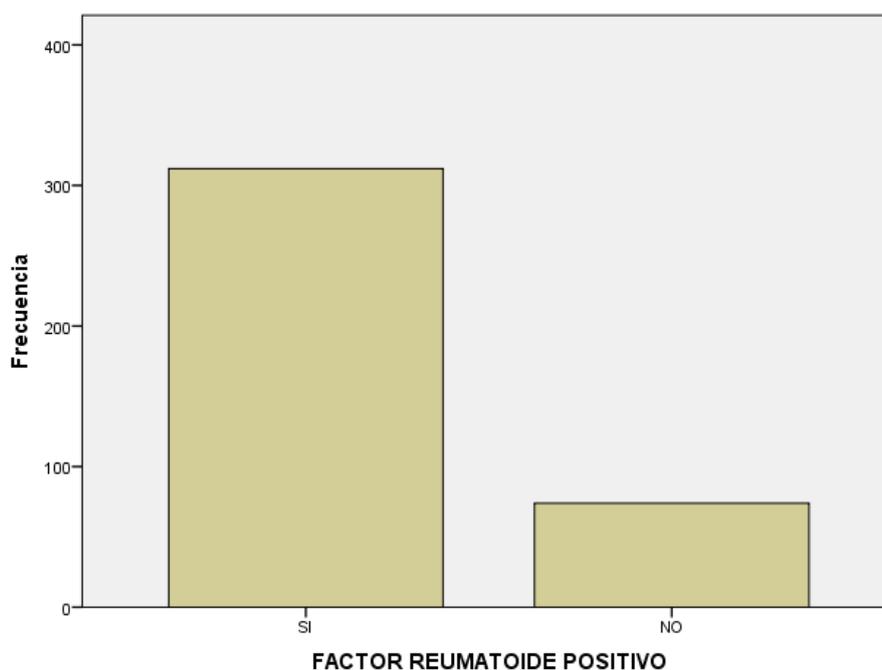


Gráfico 2.7. Elaborado por Canelos Tábata y Sánchez Lorena.

**2.8 Tratamiento:** El tratamiento de la AR fue el siguiente: el 21.5% de los pacientes se tratan con AINES; el 29% usan esteroides orales y el 49,5% se encuentran medicados con esteroides orales y fármacos modificadores de la enfermedad. (Tabla 2.8) (Gráfico 2.8)

**Tabla 2.8 Tratamiento de los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza años 2005 a 2018**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido
Válido	AINES	83	19,0	21,5
	ESTEROIDES ORALES	112	25,6	29,0
	ESTEROIDES Y FAME	191	43,7	49,5
	Total	386	88,3	100,0

Tabla 2.8. Elaborado por Canelos Tábata y Sánchez Lorena.

**Tratamiento de los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza años 2005 a 2018**

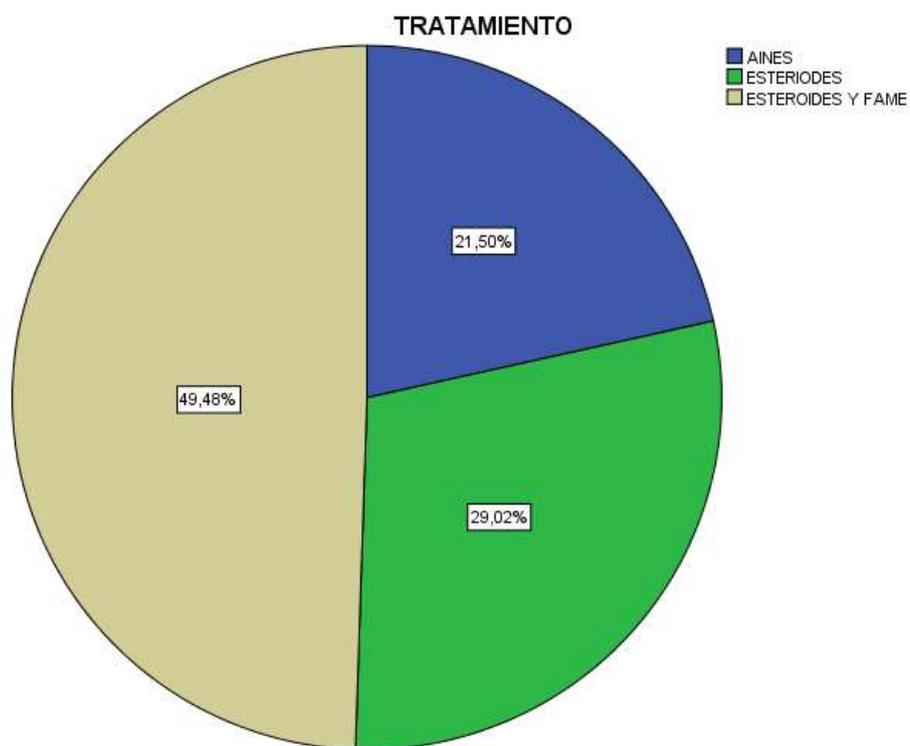


Gráfico 2.8. Elaborado por Canelos Tábata y Sánchez Lorena

## DISCUSIÓN

En este trabajo hemos buscado definir ciertas características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en el Hospital Luis Vernaza de la ciudad de Guayaquil durante los años 2005 a 2018. Analizaremos los resultados de las variables estudiadas comparándolas con otros estudios citados.

Mundialmente la prevalencia de artritis reumatoide es del 0.5% a 1% de los adultos. En Argentina, Di Wai Tan et al encontraron una prevalencia de 0.32% en el Hospital Italiano. Díaz Rojas et al publicaron una aproximación a la prevalencia de la artritis reumatoide en Colombia con un resultado de 0.9 por cada 1000 habitantes. La prevalencia de artritis reumatoide en el Hospital Luis Vernaza entre los años 2005 a 2018 fue del 0,1%, es decir uno de cada 1000 pacientes atendidos fue diagnosticado con Artritis Reumatoide. Nuestra prevalencia difiere con las estadísticas mundiales, pero son similares a las latinoamericanas en el hecho de ser menor al 0,5% de la población estudiada.

En cuanto a la edad y sexo, Bautista Molano et al realizaron un estudio en Centro Médico Palermo en Bogotá, arrojando los siguientes resultados: El promedio de edad fue de 58 años y el 85% de los pacientes pertenecían al género femenino, con una relación hombre/mujer de 6:1. En Cuba, González-Otero Z et al obtuvieron los siguientes resultados: de un total de 280 pacientes, predominó el sexo femenino y el grupo etario entre 40 y 59 años. La razón femenino/masculino tuvo una relación 5:2. En nuestro estudio encontramos que la mediana de edad fue 45 años con una relación femenino/masculino de 5,77 a 1. Al analizar los datos por grupos de edad observamos

que de 46 a 60 años hubieron más diagnósticos de AR (n: 217, 56.2%). Estos resultados latinoamericanos solo difieren con la bibliografía mundial en que la relación femenino/masculino se duplica pero la media de edad en el diagnóstico de artritis reumatoide sigue estando entre los 40 y 60 años.

Los antecedentes familiares de AR representan un factor de riesgo importante y a la vez difícil de investigar, ya que la mayoría de pacientes desconoce el diagnóstico exacto de las “reumas” de sus familiares o incluso desconocen el estado de salud de los mismos. García de Veas, en España obtuvo un 21% de respuestas afirmativas a la pregunta: ¿Algún familiar suyo tiene/tuvo artritis reumatoide? En Cuba, González Otero solo en 20 casos (de 280) pudo recoger antecedentes familiares de enfermedad reumática (7.14 %) y los más frecuentes fueron: fiebre reumática (2.86 %) y artritis reumatoide (2.50 %). Sin embargo en nuestro estudio un 47,4% de pacientes dijo tener al menos un familiar con AR.

Se sabe, gracias a un estudio publicado en 1999 por Uhling T et al, que el consumo de tabaco es un factor de riesgo general para el desarrollo de AR. Un estudio realizado en por Batún Garrido et al en Tabasco-México que incluyó 126 pacientes y estudió los factores de riesgo tradicionales y no tradicionales en una población de pacientes con artritis reumatoide, con respecto al hábito tabáquico solo 9 pacientes eran fumadoras con un índice tabáquico de 2.6 paquetes/año. Hay que recordar que el tabaco puede precipitar el proceso de citrulinación en personas genéticamente predispuestas. Por ejemplo en un estudio a cargo de Cabrera Pulla Juan en, Cuenca Ecuador, la condición de fumar tabaco se muestra en una frecuencia menor (19%) en el grupo con AR con respecto de los que no tienen la enfermedad (30%). En relación a esta variable en el Hospital Luis Vernaza encontramos lo siguiente: el 26,4% (n: 102)

durante su anamnesis reportaron haber estado expuestos activa o pasivamente al humo del tabaco. El mayor porcentaje de pacientes negaron esta exposición (73,6%).

La forma de presentación de la AR es muy variada, casi siempre como una poliartritis. En la Habana, Cuba Prada Hernández et al hallaron un patrón poliarticular con más frecuencia (85,7%) en los pacientes con AR. En esta revisión encontramos lo siguiente: el 79,3% de la muestra debutó como Poliartritis, 18,1% como oligoartritis, 2,6% como monoartritis. Nuestros hallazgos son similares a la literatura médica americana y europea.

Un estudio Argentino a cargo de Malenco José et al en el 2016 estimó que el 67% de los pacientes argentinos acuden a la consulta de especialidad con una enfermedad de más de 5 años de evolución. En relación al tiempo de evolución de la inflamación articular, nuestro estudio estima que el 40,15% de la muestra tiene una enfermedad que ha durado de 2 a 5 años aproximadamente. Solamente un 25,3% lleva una enfermedad con menos de 1 año de evolución. Mientras en los rangos mayores de 5 años tenemos frecuencias similares: 17,35% para 5 a 10 años y 17,09% para enfermedades mayores a 10 años de evolución.

En un estudio de pacientes colombianos con artritis reumatoide evaluados en una clínica especializada de atención integral se halló que los niveles séricos de factor reumatoide fueron positivos en el 80% (n=457/567) de los pacientes. En el Hospital Luis Vernaza investigando la seropositividad de la AR encontramos que el 80,8% fueron seropositivas, es decir con Factor Reumatoide positivo. El 19,2% fueron seronegativas. Dato similar a nuestro país vecino. Mundialmente se sabe que el factor

reumatoide es positivo en el 70 a 80% de los casos de AR. En cuanto a la seropositividad de la AR, nuestro estudio no difiere de las estadísticas mundiales.

Hablando del tratamiento que reciben los pacientes con AR, un estudio reciente realizado por Blanco y colaboradores en España, refiere que del total de pacientes evaluados, al 96,7 % se les instauró tratamiento con al menos un FAME, al 62,1 % se les administraron AINES, al 59,2 % corticosteroides orales y al 3,8 % una terapia biológica. En el estudio colombiano realizado en la Clínica de Artritis Reumatoide, Centro Médico Palermo en Bogotá, predominaron los pacientes con tratamiento compuesto por anti-inflamatorios no esteroideos asociado a esteroides orales que representó el 45,36 % del total. Por otro lado, nuestro estudio arrojó que el 21.5% de los pacientes se tratan con AINES; el 29% usan esteroides orales y el 49,5% se encuentran medicados con esteroides orales y fármacos modificadores de la enfermedad. Se puede observar que existen diferencias notables; en España casi todos los pacientes recibieron un FAME, pero en ambas referencias latinoamericanas se manejan con corticoides orales y AINES principalmente.

## CONCLUSIONES

Lo expuesto a lo largo de este trabajo nos permite arribar a las siguientes conclusiones:

1. Se esperaba que la prevalencia de artritis reumatoide en nuestro estudio sea similar a los trabajos latinoamericanos citados y así fue, pero difiere grandemente de los datos mundiales. Podemos concluir que estimar la prevalencia de una enfermedad en un país habiendo estudiado una población perteneciente solo a un hospital de una ciudad no es lo ideal. Además el Hospital Luis Vernaza no es el de mayor afluencia de pacientes. Sumado a esto tenemos el hecho de que acceder a un especialista en Medicina Interna o Reumatología es difícil para el ecuatoriano, por lo que sigue tratamientos sintomáticos sin valoración de pronóstico o gravedad; esto complica la estimación de la prevalencia real. Suceso que ocurre en países vecinos.
2. La mediana de la edad fue 45 años, lo que coincide con los rangos tanto Europeos como Americanos.
3. Como era de esperarse la AR fue más frecuente en el sexo femenino. La razón mujeres/hombres, sin embargo fue mayor en nuestro estudio en comparación con lo que la literatura médica americana y europea señalan. Esto puede deberse a que, en Latinoamérica las mujeres suelen consultar más tempranamente al médico por sus molestias que los hombres; todo esto por motivos socioculturales.
4. EL 47,4% de pacientes dijo tener al menos un familiar con AR. Esto es notablemente mayor a los estudios citados. Quizá se deba a que no todos los

pacientes conocen el historial médico de su familia, y tienden a confundir la AR a cualquier molestia articular.

5. El mayor porcentaje de pacientes negaron exposición al humo del tabaco (73,6%). Pero es difícil asociar directamente el consumo del tabaco con el desarrollo de AR, ya que el tabaco no solo aumenta el riesgo de AR y su efecto no es homogéneo en toda la población.
6. El 79,3% de los pacientes diagnosticados con AR debutó como poliartritis coincidiendo con lo que se esperaba encontrar; al igual que el hallazgo de la seropositividad a factor reumatoide de la mayoría de casos de AR.
7. En relación al manejo de la enfermedad, el 49,5% de los pacientes fueron tratados con esteroides orales y fármacos modificadores de la enfermedad. En Europa y EEUU, sucede un fenómeno opuesto: se trata con FAME precozmente. Claramente debido al fácil acceso a estos fármacos y sistemas de salud enfocados en identificar tempranamente y tratar oportunamente. En nuestro país, y en Latinoamérica aún se usan esquemas con AINES y esteroides orales en buena parte de la población con AR.

## RECOMENDACIONES

1. Extender los estudios sobre Artritis Reumatoide y otras enfermedades reumatológicas en nuestra ciudad y país.
2. Analizar con mayor detenimiento y buscar la razón de las diferencias entre la prevalencia de esta enfermedad entre Ecuador y el resto del mundo.
3. Impulsar una formación médica continua en atención primaria para identificar tempranamente la AR y referir oportunamente al especialista.

## BIBLIOGRAFÍA

1. B. Combe CLJM. Artritis reumatoide del adulto: epidemiología, clínica y diagnóstico.. Elsevier Masson. 2015 Diciembre; 48([Artículo E – 14-246].).
2. Elsevier - Clinical Key. CLINICAL OVERVIEW Rheumatoid arthritis. [Online].; 2018 [cited 2018. Available from: HYPERLINK "[https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical\\_overview/67-s2.0-1fa35675-4cbb-41aa-aad0-31569e366b19](https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-1fa35675-4cbb-41aa-aad0-31569e366b19)" [https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical\\_overview/67-s2.0-1fa35675-4cbb-41aa-aad0-31569e366b19](https://www.clinicalkey.es/#!/content/clinical_overview/67-s2.0-1fa35675-4cbb-41aa-aad0-31569e366b19) .
3. al. BOe. Prevalence of arthritis according to age, sex and socioeconomic status in six low and middle income countries: analysis of data from the World Health Organization study on global AGEing and adult health (SAGE). BMC Musculoskeletal Disorders. 2017 Junio; 18(271).
4. Sherine E Gabriel MD CSCM. Epidemiology of, risk factors for, and possible causes of rheumatoid arthritis. Up to Date. 2018 Diciembre.
5. Cardiel RBV&MH. Rheumatoid arthritis in Latin America. Important challenges to be solved. Clinical Rheumatology - Springer. 2015 Agosto; 34(S1 - S3 ).
6. Senna ER DBASECIPLCRea. Prevalence of rheumatic diseases in Brazil: a study using the COPCORD approach.. Journal of Rheumatology. 2004; 31(594-7).
7. Angélica María Delgado-Vega JMJJMA. Epidemiología genética de la artritis reumatoide. ¿Qué esperar de América Latina?. Biomédica. 2006; 26(562-584).

8. Lee Goldman MDAAMAISM. Goldman-Cecil. Tratado de medicina interna. 25th ed.: Elsevier; 2016.
9. Jiang X FTAJKEKLALea. To what extent is the familial risk of rheumatoid arthritis explained by established rheumatoid arthritis risk factors?. *Arthritis Rheumatol.* 2015; 67(2).
10. al. ADe. Rheumatoid arthritis classification criteria: an American College of Rheumatology/European League Against Rheumatism collaborative initiative. *Arthritis and Rheumatism.* 2010 Septiembre; 62(9)(2569-81).
11. Peter C Taylor PhD RNMB. Biologic markers in the diagnosis and assessment of rheumatoid arthritis.. Up to date.. 2017 Noviembre.
12. Felipe Andrade EDAR. Autoanticuerpos en la artritis reumatoide.. In Gary S. Firestein WNKRCBSEGIBMJRO. *Kelley's Textbook of Rheumatology. Volumen 1..* España: Elsevier ; 2018. p. 831-832..
13. Whiting PF SNSJea. Systematic review: accuracy of anti-citrullinated Peptide antibodies for diagnosing rheumatoid arthritis. *Annals of Internal Medicine.* 2010; 152.
14. O'Dell JR. Tratamiento de la artritis reumatoide. In *Kelley's Textbook of Rheumatology. Volumen 1.* Barcelona, España. : Elsevier; 2017.
15. NICE. Rheumatoid arthritis in adults:management. NICE guideline. 2018 Julio.
16. ord. LJC. Use of NSAIDs in treating patients with arthritis. *Arthritis Research & Therapy.* 2013; 15(3).

17. Daniel H Solomon MMDEFM(PLRM(. NSAIDs: Therapeutic use and variability of response in adults. UptoDate. 2017 Agosto .
18. JR K. The effect of glucocorticoids on joint destruction in rheumatoid arthritis. The Arthritis and Rheumatism Council Low-Dose Glucocorticoid Study Group. N Engl J Med. 1995. 1995.
19. Kirwan JR BJBMSB. Effects of glucocorticoids on radiological progression in rheumatoid arthritis. Cochrane Database Syst Rev.. 2007.
20. al. LFR. Pharmacogenetics of methotrexate in rheumatoid arthritis: A systematic review. Revista Colombiana de Reumatologia.. 2016; 26(3).
21. amiro S GVCNJea. Safety of synthetic and biological DMARDs: a systematic literature review informing the 2013 update of the EULAR recommendations for management of rheumatoid arthritis. Annals of the Rheumatic Diseases. 2014; 73.
22. Jose L. Marengo de la Fuente RRSD. Antagonistas del TNF. Nuevos datos de eficacia. Reumatologia Clinica. 2015; 5(1).
23. CDC. Centers for Disease Control and Prevention , National Center for Chronic Disease Prevention and Health. [Online].; 2017 [cited 2019 Enero 15. Available from:       HYPERLINK    "https://www.cdc.gov/arthritis/basics/rheumatoid-arthritis.html"    <https://www.cdc.gov/arthritis/basics/rheumatoid-arthritis.html> .
24. Mercado U BB. Manifestaciones extraarticulares de la artritis reumatoide. Medicina Interna México. 2016 Noviembre; 32(6).

## DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, **Canelos Moreno Tábata Karina**, con C.C: 0924152689 y **Sánchez Sánchez Lorena Mercedes**, con C.C: 0926909292 autoras del trabajo de titulación: **Características clínico epidemiológicas de pacientes diagnosticados con artritis reumatoide en el Hospital Luis Vernaza 2005-2018**, 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, 6 de mayo del 2019

f. \_\_\_\_\_

Canelos Moreno Tábata Karina

C.C: 0924152689

f. \_\_\_\_\_

Sánchez Sánchez Lorena Mercedes

C.C: 0926909292

## **REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA**

### **FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN**

<b>TÍTULO Y SUBTÍTULO:</b>	CARACTERÍSTICAS CLÍNICO EPIDEMIOLÓGICAS DE PACIENTES DIAGNOSTICADOS CON ARTRITIS REUMATOIDE EN EL HOSPITAL LUIS VERNAZA 2005 – 2018.		
<b>AUTOR(ES)</b>	CANELOS MORENO TABATA KARINA, SÁNCHEZ SÁNCHEZ LORENA MERCEDES		
<b>REVISOR(ES)/TUTOR(ES)</b>	DRA. VERA LANDIVAR GLORIA		
<b>INSTITUCIÓN:</b>	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
<b>FACULTAD:</b>	Facultad de Ciencias Médicas		
<b>CARRERA:</b>	Carrera de Medicina		
<b>TITULO OBTENIDO:</b>	Médico		
<b>FECHA DE PUBLICACIÓN:</b>	6 de mayo del 2019	<b>No. DE PÁGINAS:</b>	46
<b>ÁREAS TEMÁTICAS:</b>	Medicina Interna, Reumatología, Enfermedades crónico degenerativa		
<b>PALABRAS CLAVES/ KEYWORDS:</b>	Factores de riesgo, perfil epidemiológico, perfil clínico artritis reumatoide, prevalencia, enfermedades reumatológicas.		
<b>RESUMEN/ABSTRACT:</b>	<p><b>Objetivos:</b> Identificar las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes diagnosticados con Artritis Reumatoide en la consulta del Hospital Luis Vernaza. <b>Diseño:</b> Es un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo realizado durante el periodo de Enero del 2005 a Enero del 2018. Los datos fueron recolectados en una ficha electrónica de Microsoft Office Excel versión 2010, para su posterior transferencia y procesamiento en el software estadístico IBM SPSS V22. Los estadísticos para el análisis incluyen el porcentaje para variables cualitativas, y la media, mediana, rango y desviación estándar para las variables cuantitativas. <b>Resultados:</b> El 85,2% de los pacientes fueron mujeres.</p> <p>La relación mujeres/hombres fue de 5 a 1. La media de edad de los pacientes fue de 48,03 años. El 41,9% de los pacientes tenían antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes. El 23,3% de los pacientes estuvieron expuestos activa o pasivamente al humo del tabaco. El 79.3% de la muestra debutaron clínicamente con poliartritis. El 80,8% fueron seropositivas, es decir con Factor Reumatoide positivo. El 43,7% se encuentran medicados con esteroides orales y fármacos modificadores de la enfermedad. <b>Conclusión:</b> El perfil más frecuente del enfermo con Artritis Reumatoide corresponde a una mujer adulta con antecedentes familiares de enfermedades autoinmunes, que acude a la consulta por poliartritis y que es tratada con fármacos modificadores de la enfermedad. Si bien el hábito tabáquico se han reportado como factor de riesgo para AR, su presencia no ha sido notable en los casos observados.</p>		
<b>ADJUNTO PDF:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
<b>CONTACTO CON AUTOR/ES:</b>	<b>Teléfono:</b> 0983840233, 0969870631	E-mail: tabatakarinacanelosm@outlook.com, lorena90sanchez@gmail.com	
<b>CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::</b>	Ayon Genkuong, Andres Mauricio		
	Teléfono: 593+997572784		
	Email: andres.ayon@cu.ucsg.edu.ec		
<b>SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA</b>			
<b>Nº. DE REGISTRO (en base a datos):</b>			
<b>Nº. DE CLASIFICACIÓN:</b>			
<b>DIRECCIÓN URL (tesis en la web):</b>			